

WELCOME

PATIENT INFORMATION

DATE/FECHA _____
SS/ID# _____
PATIENT NAME/NOMBRE _____
LAST NAME/APELLIDO _____
FIRST NAME/PRIMERO NOMBRE _____ MIDDLE INITIAL/SEG. INICIAL _____
ADDRESS/LA DIRECCIÓN _____
CITY/CIUDAD _____
STATE/ESTADO _____ ZIP/CODIGO POSTAL _____
EMAIL _____ @ _____
SEX/EL SEXO M F AGE _____
BIRTHDAY/CUMPLEAÑOS _____
 MARRIED/CASADO WIDOWED/VIUDA SINGLE /SOLO
 MINOR/MENOR DE EDAD SEPARATED/APARTADO
 DIVORCED/DIVORCIADO PARTNERED FOR ___ YEARS/
ACOMPaña PARA _____ AÑOS
OCCUPATION/OCUPACIÓN _____
PATIENT EMPLOYER/SCHOOL/EMPLEADOR/ESCUELA _____
EMPLOYER/SCHOOL ADDRESS/LA DIRECCIÓN DE
EMPLEADOR O ESCUELA _____
SPOUSE'S NAME/NOMBRE DE ESPOSO(A) _____
BIRTHDAY/CUMPLEAÑOS DE ESPOSO(A) _____
WHO REFERRED YOU?/QUIEN LO REFIRIÓ? _____

INSURANCE

WHO IS RESPONSIBLE FOR THIS ACCOUNT? /QUIEN ES EL RESPONSIBLE DEL PAGO? _____
INSURANCE CO./COMPAÑIA DE SEGURO _____
IS PATIENT COVERED BY ADDITIONAL INSURANCE? LA PACIENTE TIENE SEGURO ADICIONAL? YES/SÍ NO
SUBSCRIBER'S NAME/NOMBRE DEL ASEGURADO _____
BIRTHDATE/CUMPLEAÑOS DEL ASEGURADO _____
RELATIONSHIP/ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____
ASSIGNMENT AND RELEASE/ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN
CERTIFICO QUE YO [Y/O MIS DEPENDIENTE(S)] TENEMOS COBERTURA DE SEGURO MÉDICO CON _____
INSURANCE COMPANY/LA COMPAÑIA DE SEGUROS _____
Y ASIGNAR DIRECTAMENTE AL **DR. ERIC GOLDBERG** TODOS LOS BENEFICIOS DEL SEGURO, DE OTRA MANERA PAGABLE A MÍ POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS PAGADOS O NO POR EL SEGURO. AUTORIZO EL USO DE MI FIRMA PARA TODAS LAS PRESENTACIONES DE SEGURO. EL MÉDICO MENCIONADO ANTERIORMENTE PUEDE UTILIZAR MI INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA Y PUEDE DIVULGAR DICHA INFORMACIÓN A LA COMPAÑIA DE SEGUROS MENCIONADA ANTERIORMENTE Y SUS AGENTES CON EL FIN DE OBTENER PAGOS POR SERVICIOS Y DETERMINAR LOS BENEFICIOS DEL SEGURO O LOS BENEFICIOS A PAGAR POR SERVICIOS RELACIONADOS. ESTE CONSENTIMIENTO TERMINARÁ CUANDO SE COMPLETE MI PLAN DE TRATAMIENTO ACTUAL O UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA FIRMADA A CONTINUACIÓN.
SIGNATURE OF PATIENT, PARENT, GUARDIAN OR PERSONAL REPRESENTATIVE
FIRMA DE PACIENTE, GUARDIÁN O REPRESENTANTE PERSONAL _____
PRINT NAME/IMPRIME NOMBRE DE PACIENTE, GUARDIÁN O REPRESENTANTE PERSONAL _____
DATE/FECHA _____ RELATIONSHIP TO PATIENT/RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

PHONE NUMBERS

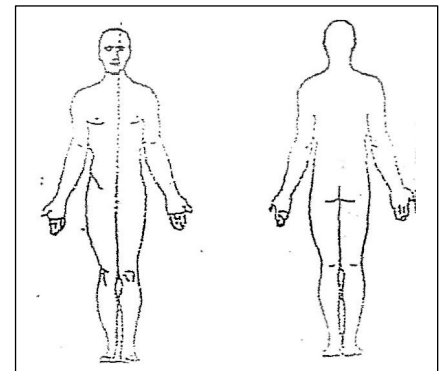
HOME PHONE/TELÉFONO DE CASA _____
CELL PHONE/TELÉFONO MÓVIL _____
BEST TIME & PHONE TO REACH YOU/MEJOR MOMENTO Y TELÉFONO CONTACTARTE _____
IN CASE OF EMERGENCY, CONTACT/CONTACTO DE EMERGENCIA: NAME _____
RELATIONSHIP/RELACIÓN CON EL CONTACTO _____
PHONE NUMBER/TELÉFONO _____

ACCIDENT INFORMATION

IS CONDITION DUE TO AN ACCIDENT?/LA CONDICIÓN SE DEBE A UN ACCIDENTE? YES NO DATE _____
TYPE OF ACCIDENT/TIPO DE ACCIDENTE: _____
 AUTO WORK/TRABAJO OTHER/OTRO _____
TO WHOM HAVE YOU REPORTED OF YOUR ACCIDENT?
 AUTO INSURANCE/SEGURO EMPLOYER/EMPLEADOR
 WORKERS COMP/COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES
ATTORNEY NAME/NOMBRE DEL ABOGADO: _____

PATIENT CONDITION

REASON FOR VISIT/MOTIVO DE LA VISITA _____ HEIGHT/TALLA _____ WEIGHT/PESA _____
WHEN DID YOUR SYMPTOMS APPEAR?/CUÁNDO COMENZARON TUS SÍNTOMAS? _____
IS CONDITION GETTING PROGRESSIVELY WORSE?/LOS SÍNTOMAS ESTÁN EMPEORANDO?
 YES/SÍ NO UNKNOWN/DESCONOCIDO
MARK AN X ON THE PICTURE WHERE YOU CONTINUE TO HAVE PAIN, NUMBNESS, OR TINGLING:
MARQUE CON UN X EN LA IMAGEN DONDE SIGUE TENIENDO DOLOR, ENTUMECIMIENTO U HORMIGUEO:
RATE THE SEVERITY OF YOUR PAIN ON A SCALE FROM 1(LEAST PAIN) TO 10 (SEVERE PAIN):
CUAL ES LA SEVERIDAD DE TU DOLOR DEL 1 (MENOS DOLOR) AL 10 (DOLOR SEVERO): _____
TYPE OF PAIN/TIPO DE DOLOR: SHARP/AFILADO DULL/SORDO THROBBING/PALPITANTE
 NUMBNESS/ENTUMECIDO TINGLING/HORMIGUEO SHOOTING/DOLOR PUNZANTE
 BURNING/ARDIENTE ACHING/DOLORIDO CRAMPS/CALAMBRES STIFFNESS/RÍGIDO
 SWELLING/HINCHAZÓN OTHER/OTRO _____
HOW OFTEN DO YOU HAVE THIS PAIN?/CON QUÉ FRECUENCIA TIENE DOLOR? _____
IS IT CONSTANT OR DOES IT COME AND GO?/ES CONSTANTE O VA Y VIENE? _____
DOES IT INTERFERE/INTERFIERE CON WORK/TRABAJO SLEEP/DORMIR DAILY ROUTINE/RUTINA RECREATION/RECREACIÓN



HEALTH HISTORY SU HISTORIAL DE SALUD

What treatment have you received for your condition?/Qué tratamiento ha recibido para su condición?

MEDICATIONS/MEDICAMENTOS SURGERY/CIRUGÍA PHYSICAL THERAPY/TERAPIA FÍSICA
 CHIROPRACTIC/QUIROPRÁCTICA NONE/NINGUNO OTHER/OTRO _____

Name & address of other doctors who have treated your condition/Nombre y dirección de otros médicos que han tratado su condición _____

DATE OF LAST PHYSICAL EXAM/Examen físico _____ SPINAL XRAY/Radiografía espinal _____
 FECHA DE ÚLTIMA: BLOOD TEST/Análisis de sangre _____ SPINAL EXAM/Examen de columna _____
 CHEST X-RAY /Radiografía de pecho _____ URINE TEST/Examen de orina _____

MRI, CT SCAN, BONE SCAN/Resonancia magnética, tomografía computerizada, escaneo de huesos _____

Please mark the "Yes"/"No" to indicate if you have the following/Marca "sí"/"no" para indicar si tienes los siguiente:

AIDS/HIV <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DIABETES <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MEASLES <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	EMFISEMA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MIGRAINES. <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO DOLORES DE CABEZA	RHEUMATIC FEVER <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO FIEBRE REUMÁTICA
ALERGIAS(VACUNA) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	EPILEPSIA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MISCARRIAGE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	SCARLET FEVER <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ESCARLATINA
ANEMIA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	FRACTURAS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MONONUCLEOSIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	STROKE/DERRAME <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO CEREBRAL
ANOREXIA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	GLAUCOMA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	ESCLEROSIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO MÚLTIPLE	INTENTO DE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO SUICIDIO
APENDICITIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	GOITER <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ENFERMEDAD DE BOCIO	MUMPS/PAPERAS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	THYROID <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO PROBLEMAS TIROIDEOS
ARTRITIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	GONORREA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	TONSILITIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
ASMA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	GOUT/GOTA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	PACEMAKER <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
BLEEDING DISORDERS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO TRASTORNOS HEMORRAGICOS	HEART DISEASE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO CARDIOPATÍA	PARKINSON'S <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO DISEASE	CRECIMIENTO DE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO TUMORES
BREAST LUMP/BULTO EN EL PECHO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	HEPATITIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	PINCHED NERVE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO NERVIO PELLIZCADO	FIEBRE TIROIDEA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
BRONQUITIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	HERNIA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	NEUMONÍA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	ÚLCERAS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
BULIMIA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DISCO HERNIADO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	POLIO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	VAGINALES. <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO INFECCIONES
CÁNCER <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	HERPES <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	PROBLEMA DE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO PRÓSTATA	VENEREAL DISEASE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ENFERMEDAD VENÉREA
CATARATAS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	HIGH CHOLESTEROL <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO COLESTEROL ALTO	PRÓTESIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	WHOOPIING COUGH <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO TOS FERINA
CHEMICAL <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO DEPENDENCIA QUÍMICA	KIDNEY DISEASE. <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ENFERMEDAD RENAL	ARTRITIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO REUMATOIDE	OTHER/OTRO _____
CHICKEN POX <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO VARICELA	LIVER DISEASE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ENFERMEDAD HEPÁTICA	PSYCHIATRIC <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	

EXERCISE/EJERCICIO <input type="checkbox"/> NONE/NADA <input type="checkbox"/> MODERATE/UN POCO <input type="checkbox"/> DAILY/CADA DÍA <input type="checkbox"/> HEAVY/MUCHAS VECES	WORK/ACTIVIDAD DE TRABAJO <input type="checkbox"/> SITTING/SENTADO <input type="checkbox"/> STANDING/EN PIE <input type="checkbox"/> LIGHT LABOR/TRABAJO LIGERO <input type="checkbox"/> HEAVY LABOR/TRABAJO PESADO	HABITS/HÁBITOS <input type="checkbox"/> SMOKING/DE FUMAR: PACKS A DAY/PAQUETES AL DÍA _____ <input type="checkbox"/> ALCOHOL: DRINKS A WEEK/BEBIDAS POR SEMANA _____ <input type="checkbox"/> COFFEE/CAFFEINE/CAFÉ/BEBIDAS CON CAFEÍNA: CUPS/DAY ____ <input type="checkbox"/> HIGH STRESS/ALTA ESTRÉS CAUSA _____
--	---	--

ARE YOU PREGNANT?/ESTÁS EMBARAZADA? YES/SÍ NO DUE DATE/FECHA DE VENCIMIENTO _____

<u>INJURY/SURGERY HISTORY/HISTORIAL DE LESIONES O CIRUGÍAS:</u>	<u>DESCRIPTION /DESCRIPCIÓN</u>	<u>DATE/FECHA</u>
FALLS/CAÍDAS	_____	_____
HEAD INJURIES/LESIONES EN LA CABEZ	_____	_____
BROKEN BONES/HUESOS ROTOS	_____	_____
DISLOCATIONS/DESLOCALIZACIÓN	_____	_____
SURGERIES/CIRUGÍAS	_____	_____

<u>MEDICATIONS/MEDICAMENTOS</u> _____ PHARMACY NAME/NOMBRE DE LA FARMACIA _____ TEL#: _____	<u>ALLERGIES/ALERGIAS</u> _____ _____ _____	<u>VITAMINS/HERBS/MINERALS/VITAMINAS/HIERBAS/MINERALES</u> _____ _____ _____
---	---	--

PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT
RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ACKNOWLEDGEMENT FORM / FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO

I HAVE RECEIVED THE NOTICE OF PRIVACY PRACTICES AND I HAVE BEEN PROVIDED AN OPPORTUNITY TO REVIEW IT. / HE RECIBIDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE REVISARLO.

NAME/NOMBRE _____

BIRTHDAY/ CUMPLEAÑOS _____

SIGNATURE/FIRMA _____

DATE/FECHA _____

TOTAL MEDICAL N.Y. PC
93-24 QUEENS BLVD. SUITE 1G
REGO PARK, NY, 11374
(T) 718-730-9040 (F) 718-730-9043

ASSIGNMENT AND RELEASE/ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

I CERTIFY THAT I, AND/ OR MY DEPENDANT(S) HAVE INSURANCE COVERAGE WITH /
CERTIFICO QUE YO Y/O MI DEPENDIENTE(S) TEMENOS COBERTURA DE SEGURO CON

NAME OF INSURANCE COMPANY / NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS

AND ASSIGN DIRECTLY TO **DR. ERIC GOLDBERG** ALL INSURANCE BENEFITS, IF ANY OTHERWISE PAYABLE TO ME FOR SERVICES RENDERED. I UNDERSTAND THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR ALL CHARGES WHETHER OR NOT PAID BY INSURANCE. I AUTHORIZE THE USE OF MY SIGNATURE FOR ALL INSURANCE SUBMISSIONS. THE ABOVE-NAMED DOCTOR MAY USE MY HEALTH CARE INFORMATION AND MAY DISCLOSE SUCH INFORMATION TO THE ABOVE- NAMED INSURANCE COMPANY(IES) AND THEIR AGENTS FOR THE PURPOSE OF OBTAINING PAYMENTS FOR SERVICES AND DETERMINING INSURANCE BENEFITS OR THE BENEFITS PAYABLE FOR RELATED SERVICES. THIS CONSENT WILL END WHEN MY CURRENT TREATMENT PLAN IS COMPLETED OR ONE YEAR FROM THE DATE SIGNED BELOW.
Y ASIGNAR DIRECTAMENTE AL **DR. ERIC GOLDBERG** TODOS LOS BENEFICIOS DEL SEGURO, SI LOS HUBIERE, PAGADEROS A MÍ POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS, YA SEA QUE LOS PAGUE O NO EL SEGURO. AUTORIZO EL USE DE MI FIRMA PARA TODAS LAS PRESENTACIONES DE SEGUROS. EL MEDICO MENCIONADO ANTERIORMENTE PUEDE USAR MI INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA Y PUEDE DIVULGER DICHA INFORMACIÓN A LA COMPAÑÍA(S) DE SEGUROS MENCIONADA ANTERIORMENTE Y SUS AGENTES CON EL FIN DE OBTENER PAGOS POR LOS SERVICIOS Y DETERMINER LOS BENEFICIOS DEL SEGURO O LOS BENEFICIOS PAGADEROS POR LOS SERVICIOS RELACIONADOS. ESTE CONSENTIMIENTO FINALIZARÁ CUANDO SE COMPLETE MI PLAN DE TRATAMIENTO ACTUAL O UN AÑO DESPUÉS DE LA FECHA FIRMADA A CONTINUACIÓN.

SIGNATURE OF PATIENT, PARENT, GUARDIAN OR PERSONAL REPRESENTATIVE

FIRMA DEL PACIENTE, TUTOR O REPRESENTANTE PERSONAL

PLEASE PRINT NAME OF PATIENT, PARENT, GUARDIAN OR PERSONAL REPRESENTATIVE

POR FAVOR ESCRIBA EL NOMBRE DEL PACIENTE, PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE PERSONAL

DATE / FECHA

RELATIONSHIP TO PATIENT / RELACIÓN CON EL PACIENTE

Tu información. Tus derechos. Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede usted obtener acceso a esta información. **Por favor revíselo detenidamente.**

Efectiva: January 1, 2024

Tus Derechos - Tienes derecho a:

- Obtenga una copia de su expediente médico impreso o electrónico
- Corrija su expediente médico en papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elija a alguien que actúe por usted
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

Tus opciones - Tiene opciones en la forma en que usamos y compartimos información cuando:

- Cuénteles a familiares y amigos sobre su condición
- Proporcionar ayuda en casos de desastre
- Incluirle en un directorio de hospitales
- Proporcionar atención de salud mental
- Comercializar nuestros servicios y vender su información.
- Recaudar fondos

Nuestros usos y divulgaciones - Podemos usar y compartir su información a medida que:

- Tratarle
- Dirigir nuestra organización
- Factura por tus servicios
- Ayuda con cuestiones de seguridad y salud pública
- Hacer investigación
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Abordar la compensación laboral, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

Tus Derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia electrónica o impresa de su registro médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo.

Ask Pídanos que corrijamos su expediente médico

- Puede pedirnos que corrijamos la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntanos cómo hacer esto.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- You Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no” si eso afectaría su atención.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información para fines de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos “sí” a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha que solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como las que usted nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa con prontitud.

Elige a alguien que actúe por ti

- Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una denuncia si siente que se vulneran sus derechos

- Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, un correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov, or visitando <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/what-to-expect/index.html>
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Tus Opciones

Para determinada información de salud, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Dinos qué quieres que hagamos y seguiremos tus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención

- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre
- Incluir su información en un directorio de hospitales

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

En estos casos nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información
- Mayor intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de recaudación de fondos:

- Es posible que nos comuniquemos con usted para esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede indicarnos que no nos comuniquemos con usted nuevamente.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?

Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Para tratarte

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando
Ejemplo: un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Dirige nuestra organización

Podemos usar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
Ejemplo: utilizamos información de salud sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Factura por tus servicios

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.
Ejemplo: Le damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, ver: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>

Ayuda con problemas de salud y seguridad pública

Podemos compartir información de salud sobre usted para determinadas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con retiradas de productos
- Informar reacciones adversas a los medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona

Para investigación

Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones de salud.

Consentir con ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si quiere comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria.

Podemos compartir información de salud con un forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona muere

Atender la compensación laboral, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamo de compensación laboral
- Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con organismos de vigilancia de la salud para las actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle una copia del mismo
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que nos indique que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, ver: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Firma del paciente: _____

Imprimir nombre: _____

Fecha: _____

WORKER COMPENSATION INFORMATION

Date/Fecha: _____

PATIENT INFORMATION - INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Name/Nombre _____ Birthday/Cumpleaños _____

Address/La dirección _____ Soc. Sec.# _____

Tel./Teléfono _____ Occupation/Ocupación _____

EMPLOYER - EMPLEADOR

Employer/Nombre del empleador _____ Y Teléfono _____

Address/Dirección del empleado _____

Verified by/Lesión verificada por: _____

Contact Person/Persona de contacto _____

WORKER COMPENSATION CARRIER – ASEGURADORA

Worker Compensation Carrier/Compensación Laboral Aseguradora _____

Address/Dirección de la aseguradora _____

Phone #/Teléfono de la aseguradora _____ Claim # _____

Adjuster/Nombre del ajustador _____ Verified by/Lesión verificada por _____

INJURY INFORMATION - INFORMACIÓN SOBRE LESIONES

D.O.I./Fecha de la lesión _____ Time/Tiempo _____ AM PM

Place of Injury/Ciudad de lesión _____ Accident reported to employer? Sí No

¿Reportaste el accidente a tu empleador?

Who did you report to?/Nombre de la persona a quien le reportó el accidente _____

Description of accident/Dé un descripción completa de cómo ocurrió el accidente _____

Have you lost time from work?/¿Has perdido tiempo en el trabajo? Sí No ¿Cuanto tiempo? _____

Other doctors seen for this condition/Otros médicos atendidos por esta afección:

Doctor's Name/Nombre del Doctor _____ Diagnóstico _____

Were X-Ray taken?/¿Se tomaron radiografías? Sí No Other tests?/¿Otras pruebas? Sí No

If yes, list test(s), facility(ies) taken and result(s)/En caso afirmativo, indique las pruebas, las instalaciones y los resultados:

Previous WC Injuries/¿Alguna lesión previa de compensación laboral? Sí No Date(s)/Fecha(s) de lesiones

anteriores: _____ Describe previous Injuries/Describir las lesiones anteriores: _____

AUTHORIZATION - Autorización

Entiendo y acepto claramente que todos los servicios que se me brindan se me cobran directamente a mí y que soy personalmente responsable del pago en caso de que se rechace mi reclamo de beneficios de Compensación para Trabajadores.

Patient's Signature/Firma del paciente: _____ Date/Fecha: _____

NAME/NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DATE/FECHA: _____

IS PATIENT DISABLED FROM WORK INJURY?/¿Está la paciente discapacitada de lesiones laborales?:

SÍ NO Si es así, TOTAL PARCIALMENTE

FIRST DATE OF DISABILITY/Primera fecha de incapacidad:

____ / ____ / ____

IS PATIENT CURRENTLY WORKING?/¿Está trabajando actualmente la paciente? SÍ NO

If no, what is the DATE RETURNED?/Si no, ¿cuál es la fecha de devolución? ____ / ____ / ____

IS YOUR RETURN TO WORK/¿Cuál es tu regreso al trabajo?:

LIMITADO REGULAR



CLAIMANT'S AUTHORIZATION TO DISCLOSE WORKERS' COMPENSATION RECORDS (Pursuant to Workers' Compensation Law Section 110-a)

PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205 • www.wcb.ny.gov

CLAIMANTS ARE PROHIBITED FROM AUTHORIZING RELEASE OF WORKERS' COMPENSATION INFORMATION TO PROSPECTIVE EMPLOYERS OR IN CONNECTION WITH ASSESSING FITNESS OR CAPABILITY OF EMPLOYMENT.

PLEASE COMPLETE ALL ITEMS. AN INCOMPLETE FORM WILL DELAY THE PROCESSING OF YOUR REQUEST.

Form fields for Claimant's Name, Social Security or Tax Identification Number, and Case Number (WCB, DB, Discrimination, PFL) and/or Date of Accident.

IF RELEASE IS AUTHORIZED FOR ADDITIONAL CASE FILE(S), IDENTIFY BELOW BY WCB/DB/DC/PFL CASE NUMBER AND/OR DATE OF ACCIDENT(S)

INSTRUCTIONS:

Submit original to the Workers' Compensation Board and retain a copy for your records. Authorization for disclosure of records for certain purposes is not valid under the law. See excerpt of WCL Section 110-a on the reverse of this form. This authorization is effective until it is revoked by the claimant. Claimant may revoke this authorization at any time upon written notice to the Workers' Compensation Board.

THIS AUTHORIZATION DOES NOT PERMIT YOU TO OPEN AN INDIVIDUAL eCASE ACCOUNT OR TO VIEW CASES VIA eCASE OUTSIDE OF A BOARD LOCATION.

Pursuant to Section 110-a of the Workers' Compensation Law, I, _____, (CLAIMANT'S NAME)

represent that I am a person who is/was the subject of the workers' compensation cases(s) indicated above, and I authorize the Workers' Compensation Board to discuss the above-referenced Workers' Compensation Board records with and/or release a copy of the above-referenced records to _____, (NAME OF A SPECIFIC PERSON, CORPORATION, ASSOCIATION OR PUBLIC OR PRIVATE ENTITY)

at _____, (ADDRESS)

I understand that the requesting party may be required to pay a statutory fee prior to being provided copies of these records by the Workers' Compensation Board.

Claimant's Signature (ink only - use blue ink if possible)

Date

Failure to provide the information requested on this form will not result in the denial of your authorization, but may delay the processing of your request. The voluntary release of your social security number enables the Board to ensure that information is associated with, and quick action is taken on, your request.

NOTICE THAT YOU MAY BE RESPONSIBLE FOR MEDICAL COSTS IN THE EVENT OF FAILURE TO PROSECUTE, OR IF COMPENSATION CLAIM IS DISALLOWED, OR IF AGREEMENT PURSUANT TO WCL §32 IS APPROVED

WCB CASE NO. (If Known)		CLAIM ADMIN CLAIM NUMBER (If Known)	DATE OF INJURY	NATURE OF INJURY OR ILLNESS	CLAIMANT'S SOC. SEC. NO.
CLAIMANT	NAME			ADDRESS	APT. NO.
EMPLOYER					
INSURANCE CARRIER					

You may become responsible for the medical costs of treatment for your illness or condition with the health care provider listed below if (1) you fail to prosecute the claim for workers' compensation or (2) it is determined by the Workers' Compensation Board that the illness or condition which required treatment was not a result of a compensable workplace accident or occupational disease or (3) if an agreement is executed by you and approved pursuant to Workers' Compensation Law §32 in which you waive your right to medical benefits from the workers' compensation insurer/self-insured employer for treatment/services performed after the date the agreement is approved. If any of the above events occurs, the provider may bill you directly instead of the employer or insurance carrier, and you will be responsible for the provider's fees for services rendered.

I hereby acknowledge that I have read the above and understand the circumstances under which I may become responsible for payment.

Claimant's Signature _____ Date _____

Provider's Name and Address _____

TO THE CLAIMANT

Workers' Compensation Board Regulation 325-1.23 permits your health care provider to request that you sign this A-9 notice. By signing this notice, you acknowledge your obligation to pay the provider's fees for the services you receive if it turns out that such fees are not legally required to be paid by your employer or its workers' compensation insurance carrier and if such fees are not covered by other insurance. The employer or insurer may not be required to pay the provider's fees if, for example, you fail to file a claim for workers' compensation, or fail to notify your employer of your injury or illness, or fail to attend a Board hearing if your employer challenges your right to benefits. Even if you make all required efforts to prosecute your claim, the Workers' Compensation Board may still find that you are not entitled to benefits. In such cases, this notice advises your health provider that you acknowledge your personal liability for payment of their bills.

Workers' Compensation Law Section 32

The A-9 notice also covers instances in which a claimant with an existing valid workers' compensation case comes to an agreement with their employer or its insurance carrier settling their case in accordance with Section 32 of the Workers' Compensation Law. A Section 32 agreement may include a provision which relieves the employer or insurer of the liability to pay future medical bills associated with the case. Your health care provider may ask you to sign this A-9 notice to insure that you acknowledge your personal liability for payment of their bills if you have waived your right to future medical benefits under a Section 32 agreement.

If you have any questions, contact your attorney or licensed hearing representative, if you have one. You may also contact your local district office of the Workers' Compensation Board.

TO THE HEALTH CARE PROVIDER

This notice is meant to advise the workers' compensation claimant that they may be responsible for payment. Failure of the claimant to sign this form does not relieve the provider of the obligation to treat the claimant, nor does it negate the claimant's responsibility for payment.

Keep the original of this form for your records and give a copy to the claimant. **Do not file with the Workers' Compensation Board.** You will receive Notices of Decisions in which the compensability of a claim, authorization of treatment, or payment of medical bills is included. You will also be notified if the claimant submits a Section 32 Agreement with the Board for approval. Do not bill the claimant unless and until you receive a Board decision finding that 1) claimant failed to prosecute the claim, or 2) the claim is denied, or 3) the treatment is not causally related to the work injury, or 4) a Section 32 agreement relieving the insurer of liability for medical treatment is approved.