



# Brattner

Chiropractic Group

Serving Long Island, Brooklyn & Queens

## CUESTIONARIO DE SALUD

Number: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Telefono De Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_ Referido Por: \_\_\_\_\_

---

Cuales son sus quejas? (Que parte de su cuerpo le duele):

\_\_\_\_\_

Cuanto tiempo ha tenido con esta condicion?

Ha tenido esta condicion en el pasado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Que agrava su condicion? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Siente que su condicion se esta enpeorando? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

El Dolor es: Constante \_\_\_\_\_ Viene y Va \_\_\_\_\_

Ha tenido atencion quiropractica antes? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Lista de doctores que an tratado esta condicion: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

East Hills office: 118 Crescent Lane, Roslyn Heights, NY 11577, (516) 626-1305  
Queens office: 865 Cypress Avenue, Ridgewood, NY 11385, (718) 628-5300  
[www.easthillschiropractor.com](http://www.easthillschiropractor.com) [www.chiroNYC.com](http://www.chiroNYC.com)



# Brattner

Chiropractic Group

Serving Long Island, Brooklyn & Queens

Lista de cirugias y años: \_\_\_\_\_

Lista de Medicamentos que esta tomando: \_\_\_\_\_

Edad del Colchon: \_\_\_\_\_ Incomoda: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Comoda Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Esta usted usando? Talon Ascensores \_\_\_ Suelas interior \_\_\_ Refuerzo para el arco \_\_\_

Ha estado usted alguna vez en un accidente automovilistico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si contesto (si) favor de describir su accidente y la fecha en cuando ocurrio su accidente en el pasado: \_\_\_\_\_

Ha tenido otras lesiones o accidentes antes? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si contesto (si) favor de describir y la fecha en cuando ocurrio:

Fecha de su ultimo examen fisico: \_\_\_\_\_ Doctor de familia: \_\_\_\_\_

Ha sufrido usted de lo siguiente?

|                   |                             |                                  |
|-------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Mareo _____       | Dolores de Espalda _____    | Dolor de Cuello _____            |
| Diabetes _____    | Artritis _____              | Dolores de cabeza _____          |
| Asma _____        | Neuritis _____              | Digestivas de enfermedades _____ |
| Nerviosismo _____ | Problemas del Corazon _____ | Problemas Sinusitis _____        |



# Brattner

Chiropractic Group

Serving Long Island, Brooklyn & Queens

Por favor incluya otra dolencia o condiciones, Cualquier tratamiento o medicos que ha visto para esta condiciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Es su condicion debido a un accidente de carro o accidente de trabajo relacionados con la lesion por la cual esta en nuestra officina? Si \_\_\_ No \_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del seguro de **SU** carro: \_\_\_\_\_

Numero del clamo cuando **USTED** susmetio al Seguro que **USTED** tuvo un accidente de carro:

\_\_\_\_\_

Nombre del seguro de **SU** trabajo: \_\_\_\_\_ **WCB:** \_\_\_\_\_

Numero del clamo que **SU** trabajo susmetio al seguro de ellos que usted tuvo una herida en el trabajo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Number de **SU** seguro medico: \_\_\_\_\_

Numero de politica: \_\_\_\_\_

Tipo de plan: \_\_\_\_\_

HMO/PPO/Senior Plan: \_\_\_\_\_

---

East Hills office: 118 Crescent Lane, Roslyn Heights, NY 11577, (516) 626-1305  
Queens office: 865 Cypress Avenue, Ridgewood, NY 11385, (718) 628-5300  
[www.easthillschiropractor.com](http://www.easthillschiropractor.com) [www.chiroNYC.com](http://www.chiroNYC.com)



# Brattner

## Chiropractic Group

Serving Long Island, Brooklyn & Queens

Entiende y acepta que las políticas de salud y accidente son un acuerdo entre una compañía de seguro y yo mismo. Además, tengo entendido que esta oficina de quiropráctica prepara cualquier necesario informe y formularios para que me ayude en la toma de colección de la compañía de seguros y que cualquier importe autorizado a pagarse directamente a esta oficina de quiropráctica será acreditado a mi cuenta una vez recibida. Sin embargo, claramente entiendo y acepta que todos los servicios prestados a me pagan directamente a mi y que estoy personalmente responsable por el pago. También entiendo que si suspender o poner fin a mi atención y tratamiento, los honorarios por servicios profesionales prestados para mi será inmediatamente adeudadas y pagaderas.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por la presente autoriza la liberación de mis radiografías y registros médicos o copias de los mismos y solicitor que transferirse a:

**ADVIERTA QUE USTED PUEDE LLEGAR A SER RESPONSABLE POR LOS COSTOS MÉDICOS EN CASO DE ABANDONO DEL PROCESO, O SI SE RECHAZA LA SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN, O SI SE APRUEBA UN ACUERDO EN VIRTUD DE LA LEY DE INDEMNIZACIÓN LABORAL WCL §32**

| Nº DE CASO WCB<br>(si se conoce) | Nº. DE CASO DE LA ASEGURADORA<br>(si se conoce) | FECHA DE LA LESIÓN | NATURALEZA DE LA LESIÓN<br>O ENFERMEDAD | Nº SEG. SOC. DE PERSONAS<br>LESIONADAS |
|----------------------------------|---|--------------------|---|--|
| RECLAMANTE                       | NOMBRE  |                    | DIRECCIÓN                               | APT. NO.                               |
| EMPLEADOR                        |   |                    |   |  |
| COMPañÍA DE<br>SEGUROS           |   |                    |   |  |

Usted puede llegar a ser responsable por hacer el pago de los costos médicos del tratamiento de su enfermedad o condición al proveedor que se indica a continuación si (1) abandona el proceso de compensación laboral (2) si la institución Workers' Compensation Board (Junta de Compensación Laboral) determina que la enfermedad o condición que requería tratamiento no ocurrió por un accidente de trabajo indemnizable o enfermedad ocupacional o (3) si el acuerdo fue tramitado por usted y aprobado conforme a la Ley de Indemnización de Trabajadores WCL §32 ; en virtud de esta ley, usted renuncia a sus derechos de obtener los beneficios médicos de la compañía aseguradora de indemnizaciones laborales o del empleador auto asegurado para cubrir los tratamientos y servicios realizados después de la fecha en que se aprobó el acuerdo. Si ocurriera cualquiera de los hechos mencionados con anterioridad, el proveedor podrá cobrarle directamente el costo por los servicios recibidos en lugar de hacerlo al empleador o a la compañía aseguradora, y usted será responsable por hacer los pagos correspondientes.

Por medio de la presente reconozco que he leído el párrafo anterior y que entiendo las circunstancias bajo las cuales me hago responsable del pago.

Firma del reclamante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del proveedor \_\_\_\_\_

**AL RECLAMANTE**

La Regulación 325-1.23 de la institución Workers' Compensation Board (Junta de Compensación Laboral) permite que su doctor o terapeuta le solicite que firme esta notificación A-9. Al firmar esta notificación, usted reconoce la obligación de pagar los honorarios al proveedor por los servicios que recibe en el supuesto caso que la ley no requiera que su empleador o aseguradora de indemnización laboral pague tales honorarios y si tales honorarios no están cubiertos por otro seguro. Es posible que el empleador o aseguradora no deba pagar los honorarios médicos si, por ejemplo, usted no presenta una solicitud de indemnización laboral, o si no notifica su lesión o enfermedad a su empleador, o si no asiste a la audiencia de la institución Workers' Compensation Board si su empleador desafía sus derechos a los beneficios. Aun cuando hubiese realizado todos los trámites necesarios para procesar su solicitud, la institución Workers' Compensation Board puede decidir que usted no tiene derecho a los beneficios. En tal caso, esta notificación le aconseja a su proveedor de servicios de salud que usted reconozca su responsabilidad personal por el pago de sus cuentas.

**Artículo 32 de la Ley de Indemnización Laboral (WCL 32)**

La notificación A-9 también cubre las instancias en las que un reclamante por un caso de compensación laboral válido existente llega a un acuerdo con su empleador/a o su compañía aseguradora tras resolver su caso según el artículo 32 de la ley WCL. Un acuerdo según el Artículo 32 puede incluir una cláusula que libere al empleador/a o aseguradora de la responsabilidad de pagar en el futuro cuentas médicas asociadas con el caso. Su proveedor de servicios médicos puede solicitar que usted firme esta notificación A-9 para garantizar que reconoce su responsabilidad personal por el pago de sus cuentas si renunció al derecho de recibir beneficios médicos futuros mediante un acuerdo conforme al artículo 32.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su abogado o representante autorizado para la audiencia, de tener uno. También puede comunicarse con la institución Workers' Compensation Board (Junta de Compensación Laboral) en la oficina de su distrito.

**AL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD**

Esta notificación tiene el fin de avisar al reclamante de indemnización laboral que puede ser responsable del pago. Si el reclamante no firma este formulario, no libera con este acto al proveedor de su obligación de tratar al reclamante, ni tampoco anula la responsabilidad de pago por parte del reclamante.

Mantenga el original de este formulario en sus propios registros y entregue una copia al reclamante. **No lo presente en la institución Workers' Compensation Board** (Junta de Compensación Laboral). Usted recibirá notificaciones de las decisiones en las que se incluirá si la solicitud es indemnizable, la autorización del tratamiento o el pago de cuentas médicas. También se le notificará si el reclamante presenta un acuerdo conforme al Artículo 32 para que lo apruebe la institución Workers' Compensation Board. No cobre al reclamante a menos que y hasta que usted reciba una decisión de la institución Workers' Compensation Board que indique: 1) que el reclamante no procesará la solicitud, o 2) que la solicitud fue rechazada, o 3) que el tratamiento no tiene relación causal con las lesiones laborales, o 4) que se aprobó un acuerdo conforme al Artículo 32 liberando a la aseguradora de la responsabilidad por el tratamiento médico.

# Brattner

Chiropractic Group

Serving Long Island, Brooklyn & Queens

## Formulario Medico De Derecho De Retención

Por la presente firmo un acuerdo con Queens Chiropractic Assn., P.C. (proveedor) para asegurar una compensación por los servicios prestados. Autorizo al PROVEEDOR a proporcionar a mi aseguradora y a mis abogados copias de los registros médicos y los resultados de las pruebas de diagnóstico, así como información relacionada con el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento.

Por la presente autorizo y dirijo el pago al proveedor de las sumas adeudadas y adeudadas por los servicios médicos que se me prestaron tanto por razón de cualquier otra ley que se deba al proveedor como para retener las sumas de mi sentencia de conciliación o veredicto que pueda ser necesario para proteger adecuadamente al proveedor. Además, por la presente otorgo un gravamen sobre mi caso al PROVEEDOR contra todos y cada uno de los ingresos de mi acuerdo, sentencia o veredicto que pueda pagarse a mi abogado o a mí mismo como resultado de las lesiones por las que he sido tratado. Estaré disponible para aparecer o corresponder en nombre del PRESTADOR en cualquier esfuerzo de cobranza que se realice. Todas las facturas que se consideren adeudadas y pagaderas al PROVEEDOR serán cobrables según la tarifa vigente en la que se prestaron los servicios.

Entiendo completamente que soy directa y debidamente responsable ante el PROVEEDOR de todas las facturas médicas enviadas por los servicios prestados y que este acuerdo se realiza únicamente para protección adicional y en consideración de pagos pendientes. Además, entiendo que dicho pago no está sujeto a mi acuerdo, sentencia o veredicto por el cual eventualmente pueda recuperar y cobrar. Estoy de acuerdo en no devolver nunca este documento y que ningún abogado aceptará la rescisión, por la presente instruyo que en el caso de que otro abogado sea sustituido de esta manera, el nuevo abogado no desea cooperar en la protección de los intereses de los PROVEEDORES. El PROVEEDOR no esperará el pago, pero podrá declarar por escrito el saldo total adeudado y pagadero, momento en el que dicho saldo deberá pagarse dentro de los treinta días.

FIRMA DE PACIENTE

FECHA

El abajo firmante, que es el abogado del registro del paciente mencionado anteriormente, por la presente acepta cumplir con todos los términos del gravamen equitativo y acepta retener las sumas de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto que sea necesario para proteger adecuadamente al proveedor. El abogado acepta la notificación de que una parte de la reclamación por lesiones personales de sus clientes se ha asignado al PROVEEDOR y acepta desembolsar los fondos al PROVEEDOR para satisfacer cualquier gravamen pendiente o actuar como depósito en garantía antes de desembolsar cualquier producto de la liquidación de sus clientes. El abogado además reconoce que pueden ser responsables ante los cesionarios de los clientes si pagan dinero sin tener en cuenta este gravamen. Además, el abogado acuerda que si se sustituye a otro abogado, este gravamen equitativo será remitido al abogado sustituido y el PROVEEDOR será notificado por escrito de la misma dentro de los treinta días. Alternativamente, si la acción legal del paciente se suspende o se resuelve, el PROVEEDOR será notificado por escrito de la misma dentro de los treinta días.

FIRMA DE ABOGADO/ABOGADA

FECHA

East Hills office: 118 Crescent Lane, Roslyn Heights, NY 11577, (516) 626-1305

Queens office: 865 Cypress Avenue, Ridgewood, NY 11385, (718) 628-5300

[www.easthillschiropractor.com](http://www.easthillschiropractor.com) [www.chiroNYC.com](http://www.chiroNYC.com)



**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA**

[This form has been approved by the New York State Department of Health]

|                 |               |                        |
|-----------------|---------------|------------------------|
| Patient Name    | Date of Birth | Social Security Number |
| Patient Address |               |                        |

I, or my authorized representative, request that health information regarding my care and treatment be released as set forth on this form: In accordance with New York State Law and the Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), I understand that:

1. This authorization may include disclosure of information relating to **ALCOHOL** and **DRUG ABUSE, MENTAL HEALTH TREATMENT**, except psychotherapy notes, and **CONFIDENTIAL HIV\* RELATED INFORMATION** only if I place my initials on the appropriate line in Item 9(a). In the event the health information described below includes any of these types of information, and I initial the line on the box in Item 9(a), I specifically authorize release of such information to the person(s) indicated in Item 8.
2. If I am authorizing the release of HIV-related, alcohol or drug treatment, or mental health treatment information, the recipient is prohibited from redisclosing such information without my authorization unless permitted to do so under federal or state law. I understand that I have the right to request a list of people who may receive or use my HIV-related information without authorization. If I experience discrimination because of the release or disclosure of HIV-related information, I may contact the New York State Division of Human Rights at (212) 480-2493 or the New York City Commission of Human Rights at (212) 306-7450. These agencies are responsible for protecting my rights.
3. I have the right to revoke this authorization at any time by writing to the health care provider listed below. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that action has already been taken based on this authorization.
4. I understand that signing this authorization is voluntary. My treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits will not be conditioned upon my authorization of this disclosure.
5. Information disclosed under this authorization might be redisclosed by the recipient (except as noted above in Item 2), and this redisclosure may no longer be protected by federal or state law.
6. **THIS AUTHORIZATION DOES NOT AUTHORIZE YOU TO DISCUSS MY HEALTH INFORMATION OR MEDICAL CARE WITH ANYONE OTHER THAN THE ATTORNEY OR GOVERNMENTAL AGENCY SPECIFIED IN ITEM 9 (b).**

7. Name and address of health provider or entity to release this information:

8. Name and address of person(s) or category of person to whom this information will be sent:

9(a). Specific information to be released:

Medical Record from (insert date) \_\_\_\_\_ to (insert date) \_\_\_\_\_

Entire Medical Record, including patient histories, office notes (except psychotherapy notes), test results, radiology studies, films, referrals, consults, billing records, insurance records, and records sent to you by other health care providers.

Other: \_\_\_\_\_ Include: *(Indicate by Initialing)*

\_\_\_\_\_ **Alcohol/Drug Treatment**

\_\_\_\_\_ **Mental Health Information**

\_\_\_\_\_ **HIV-Related Information**

**Authorization to Discuss Health Information**

(b)  By initialing here \_\_\_\_\_ I authorize \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Initials \_\_\_\_\_ Name of individual health care provider  
 to discuss my health information with my attorney, or a governmental agency, listed here:

\_\_\_\_\_  
 (Attorney/Firm Name or Governmental Agency Name)

|  |  |
|--|--|
| 10. Reason for release of information:<br><input type="checkbox"/> At request of individual<br><input type="checkbox"/> Other: | 11. Date or event on which this authorization will expire: |
| 12. If not the patient, name of person signing form:   | 13. Authority to sign on behalf of patient:                |

All items on this form have been completed and my questions about this form have been answered. In addition, I have been provided a copy of the form.

Signature of patient or representative authorized by law. \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\* **Human Immunodeficiency Virus that causes AIDS. The New York State Public Health Law protects information which reasonably could identify someone as having HIV symptoms or infection and information regarding a person's contacts.**