



University Pain and Spine Center

INTERVENTIONAL PAIN & SPINE SPECIALISTS

59 Veronica Ave. Somerset, NJ 08873

Phone: 732-873-6868 Fax: 732-873-6869

upmcnj.com

DR. DIDIER DEMESMIN • DR. BRENDAN O'DONAVAN • SEJAL PATEL, MS, PA-C • SISSEY KURIAN, PA

El Dr. Didier Demesmin y su personal desean darle la bienvenida al University Pain and Spine Center. Nos complace que haya elegido nuestra oficina para tratar su problema de dolor. Nuestro objetivo es brindarle las intervenciones más completas disponibles en el tratamiento del dolor, ofreciendo atención clínica superior y procedimientos mínimamente invasivos actualizados, todo con la última tecnología.

Ofrecemos un enfoque especializado para diagnosticar y tratar el dolor. Se elabora un plan de atención individualizado para cada paciente con la misión de mejorar la función, aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida.

La dirección de nuestra oficina principal es 59 Veronica Avenue en Somerset, Nueva Jersey. Nuestras oficinas satélites están en:

**294 Applegarth Road, Suite G, Monroe, NJ.
1450 Parkside Ave, Ewing NJ
630 E Palisade Ave, Englewood Cliffs NJ
679 Montgomery St, Jersey City NJ
199 Broad St Bloomfield NJ**

Para la comodidad de nuestros pacientes, nuestras oficinas cuentan con un amplio estacionamiento con entrada accesible para discapacitados.

Alentamos su participación en su atención, discutiremos su plan de atención con usted, si tiene alguna pregunta no dude en preguntar. Queremos que sea proactivo y anote cualquier pregunta que tenga para que cuando venga a una visita al consultorio, podamos analizar cualquier inquietud que pueda tener.

Nos comprometemos a brindarle la mejor atención.

Adjunto se encuentra un nuevo paquete de información para pacientes que debe completar en su hogar para que pueda evitar completar los formularios en el consultorio. Le pedimos que traiga los siguientes artículos a su primera visita:

- **Identificación Válida**
- **Tarjeta de seguro o información del seguro (si sus lesiones están relacionadas con un accidente automovilístico o un caso de compensación laboral, traiga la información del seguro y el nombre y número de teléfono del ajustador)**
- **MRI, CT Informes si lo hay.**
- **EMG informes si lo hay.**
- **Si ha sido atendido por un especialista en manejo del dolor, traiga una lista de los procedimientos que se han realizado o, si es posible, una copia de las notas del consultorio.**

Si necesita reprogramar o cancelar su cita, llámenos al menos 24 horas antes de su cita para evitar un cargo de \$25.

Para saber más sobre el Centro Universitario del Dolor y la Columna Vertebral

visite nuestro sitio web en UPMCNJ.com

Gracias por elegir University Pain and Spine Center

Didier Demesmin, M.D. y personal



PAPELEO DE PACIENTES NUEVOS

Su documentación de admisión completa ayuda a nuestros proveedores a conocerlo mejor a usted y a su historial médico. Confiamos en su precisión e integridad para brindarle la mejor atención posible. Si tiene alguna pregunta o no está seguro de cómo completar cualquier sección de este formulario, consulte con nuestra recepción.

Fecha Date _____

Nombre Name: _____ Fecha de Nacimiento DOB: _____

Dirección Address: _____ Ciudad/Estado/Código Postal city/ state/ zip: _____

Número de Teléfono Phone Number: (C) _____ (H) _____ (Otra) _____

Género Sex: Masculino Femenina

Número de seguro social Social Security Number: _____ Altura Height: _____ Peso Weight: _____

Correo electrónico Email: _____

Contacto de emergencia Emergency Contact

Nombre Name: _____ Teléfono Phone: _____ Parentesco Relationship: _____

Estado Civil Marital Status: Casado Soltero Divorciado Viudo

Raza Race: Indio americano o nativo de Alaska Isleño Asiático o Pacífico Negro Blanco Negarse a responder

Etnia Ethnicity: Hispano No Hispano

Idioma Principal: Inglés Español Otro _____

Referencia y Relación Médica Referral & Physician Relationship

Médico de Atención Primaria Primary Care Physician:

Nombre Name: _____ Dirección Address: _____ Teléfono Phone: _____

Médico de Atención Referente Referring Care Physician:

Nombre Name: _____ Dirección Address: _____ Teléfono Phone: _____

Abogado Attorney:

Nombre Name: _____ Dirección Address: _____ Teléfono Phone: _____

¿Cómo te enteraste de nosotros? How did you hear about us? _____

Farmacia Pharmacy:

Nombre Name: _____ Dirección Address: _____ Teléfono Phone: _____

Consentimiento de prescripción electrónica de PBM E-Prescribing PBM Consent

Doy mi consentimiento al Centro Universitario del Dolor y la Columna Vertebral para solicitar y usar mi historial de medicamentos recetados de terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento.

Signo Signature: _____ Fecha Date: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO *Insurance Information*

Seguro Primario *Primary Ins:* _____ Número de Identificación ID Number: _____

Número de Grupo: _____

Titular de la póliza de seguro Policy Holder: **Propio** Self/Cónyuge Spouse/Hijo Child/Otro

Proporcione la información a continuación si no es el titular de la póliza. Please provide the information below if you are not the policy holder.

Nombre del titular de la póliza Name: _____ Fecha de nacimiento DOB: _____

Seguro secundario *Secondary Ins*

Seguro Insurance: _____ Número de identificación ID Number : _____

Número de grupo Group Number: _____

Titular de la póliza de seguro Policy Holder: **Propio** Self/Cónyuge Spouse/Hijo Child/Otro

Proporcione la información a continuación si no es el titular de la póliza. Please provide the information below if you are not the policy holder.

Nombre del titular de la póliza Name: _____ Fecha de nacimiento DOB: _____

Compensación de Trabajadores *Workers Compensation*

Empleador Employer: _____ Ocupación Occupation: _____

Seguro de Compensación para Trabajadores Insurance: _____

Número de reclamación Claim Number: _____ Fecha de la lesión DOI: _____

Nombre del Ajustador Adjuster: _____ (P): _____

Abogado Attorney: _____ (P): _____

Situación laboral Employment status: Empleado Employed Desempleado Unemployed Inutilizar Disable Jubilado Retired

Accidente de Vehículo Motorizado Motor Vehicle Accident

Seguro Insurance: _____ Número de reclamación Claim Number: _____

Fecha del accidente Date of Accident: _____

Abogado Attorney: _____ (P): _____

Dirección Address: _____

Nombre del Ajustador Adjuster: _____ (P): _____

¿Tiene acceso a su página de declaración? Do you have access to your Declaration Page? Sí Yes No

En caso afirmativo, proporcione una copia a la recepción. If yes, please provide a copy to the front desk.

¿Ha asignado su atención médica como primaria? Have you assigned your health care as primary? Sí Yes No

Titular de la póliza de seguro Insurance Policy Holder: Propio Self/Cónyuge Spouse/Hijo Child/Otro Other

Proporcione la información a continuación si no es el titular de la póliza. Please provide the information below if you are not the policy holder.

Nombre del titular de la póliza Name: _____ Fecha de nacimiento DOB: _____

¿Estabas Were you en tu propio coche in your own car Taxi Autobús Bus Peatonal Vehículo propiedad de otra persona

Vehicle owned by someone else Bicicleta Bike Otra Other _____

¿Era usted Were you el conductor the driver el pasajero the passenger en el asiento trasero in the back seat (derecho Right o izquierdo Left)

¿Te golpearon de Were you struck from frente front detrás behind lado izquierdo left lado derecho right

¿Llevabas puesto el cinturón de seguridad? Were you wearing a seatbelt? Sí yes No

¿Vino la policía y tomó una denuncia? Did the police come and take a report? Sí yes No

¿Fuiste al hospital? Did you go to the hospital? Sí Yes No En caso afirmativo ¿Qué hospital? What hospital? _____

En caso afirmativo, ¿en ambulancia? If yes, by ambulance? Sí No

¿Le hicieron radiografías o resonancias magnéticas? Were you Xrayed or did they take MRIs? Sí Yes No

¿Alguna vez has tenido un accidente? Have you ever been in an accident before? Sí Yes No

En caso afirmativo, indique la fecha, el tipo y las lesiones If yes please provide date, type, any injuries:

¿Ha perdido tiempo en el trabajo debido a este accidente? Have you lost time from work because of this accident? Sí No

En caso afirmativo, indique las fechas perdidas en el trabajo If yes, please provide dates missed from work: _____

¿Está solicitando una discapacidad? Are you applying for Disability? Sí No

Certifico que yo, _____ was lesionado en un accidente automovilístico que ocurrió el ___/___/___; Soy consciente de que es punible según la ley cometer fraude de seguros y que es una violación de la relación médico-paciente engañar al médico a sabiendas. También soy consciente de que la presentación de una declaración de demanda que contenga información materialmente falsa, u oculte con el propósito de inducir a error, información relativa a cualquier hecho, material a la misma, es un acto fraudulento de seguros, que es un delito, sujeto a enjuiciamiento penal y sanciones civiles. Por la presente certifico que todas mis declaraciones en esta solicitud son verdaderas, precisas y completas.

Firma: _____ Fecha: _____

I certify that I, _____ was injured in a motor vehicle accident that occurred on ___/___/___; I am aware that it is punishable under the law to commit insurance fraud and that it is a breach of the doctor-patient relationship to knowingly mislead the doctor. I am also aware that filing a statement of claim containing any materially false information, or concealing for the purpose of misleading, information concerning any fact, material thereto, is a fraudulent insurance act, which is a crime, subject to criminal prosecution and civil penalties. I hereby certify that all my statements on this application are true, accurate and complete.

Antecedentes de dolor Pain History

Ubicación del dolor Location of Pain: Espalda baja Low Back Glúteos Buttock Cadera Hip Pierna Leg Pie Foot

Cuello Neck Hombro Shoulder Brazo Arm Mano Hand Espalda Media Mid Back Otro other: _____

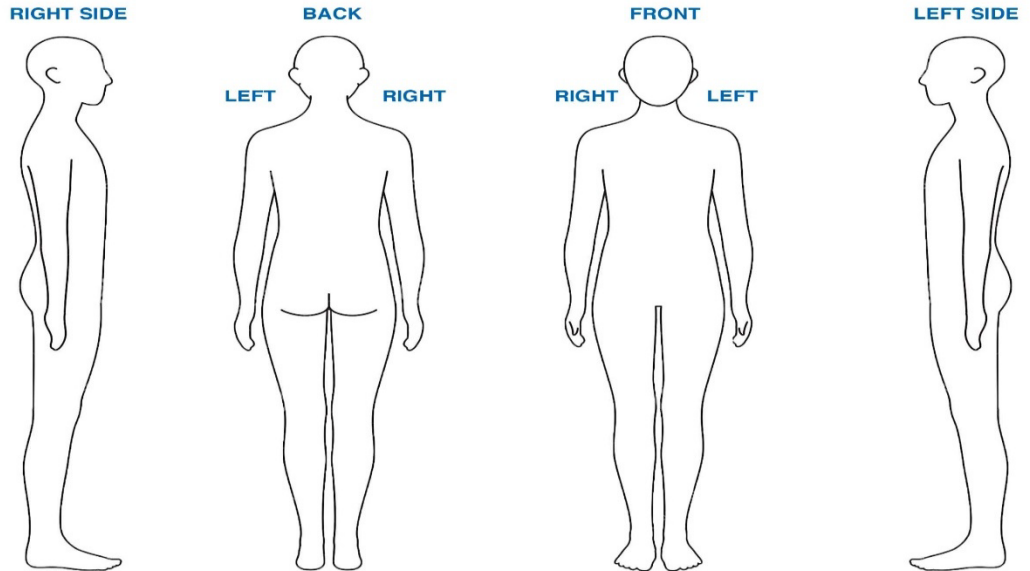
¿Hace cuánto tiempo comenzó tu dolor? How long ago did your pain start? _____

Use el diagrama para indicar la ubicación y el tipo de dolor. Marque el dibujo con las siguientes letras

Use the diagram to indicate the location and type of pain. Mark the drawing with the following letters

N- Entumecimiento
W- Debilidad
S- Apuñalamiento
B- Quemadura
P- Alfileres y agujas
A- Dolor
C- Calambres

N- Numbness
W- Weakness
S- Stabbing
B- Burning
P- Pins & Needles
A- Aching
C- Cramping



Por favor, califique la intensidad de su dolor Please rate the intensity of your pain

0= Sin dolor No Pain 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10= el peor dolor the worst pain

¿Tu dolor es constante? Is your pain Constant? Sí Yes o No

¿A qué hora del día empeora el dolor? What time of day is your pain worse Mañana Morning Tarde Afternoon Noche Evening

Dormir Sleeping

¿Qué empeora su dolor? What makes your pain worse? Acostado Laying Down Sentado Sitting De Pie Standing Caminando

Walking Levantando Lifting Otros Other: _____

¿Qué hace que su dolor mejore? What makes your pain better? Acostado Laying Down Sentado Sitting De Pie Standing

Caminando Walking Levantando Lifting Hielo Ice Calor Heat Masaje Massage Otro Other: _____

¿Su dolor afecta sus actividades diarias? Does your pain affect your daily activities? Sí Yes o No

¿Alguna vez te has sometido a una cirugía de espalda o cuello? Have you ever had back or neck surgery? Sí yes o No

En caso afirmativo, indique la cirugía previa y cuándo If yes, please list prior surgery and when: _____

¿Ha consultado a algún otro médico? Have you consulted any other physician? Sí o No, ¿quién Who? _____

¿Alguna vez te has hecho alguna prueba diagnóstica reciente con respecto a tu dolor? Any recent diagnostic testing?

Radiografías xray Tomografía computarizada CAT Scan Resonancia magnética MRI EMT EMG Mielografía

Myelogram Otro Other: _____ Fecha Date: _____ Nombre de la instalación Facility Name: _____

Tratamientos conservadores Conservative Treatments

Por favor, compruebe cualquier tratamiento al que se haya sometido para este problema. (Todo lo que aplique)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Motrin, Aleve, etc. | <input type="checkbox"/> Inyecciones en puntos gatillo TPI | <input type="checkbox"/> Masaje Massage |
| <input type="checkbox"/> Antidepresivos Anti Depressants | <input type="checkbox"/> Quiropráctico Chiropractor | <input type="checkbox"/> Fisioterapia PT |
| <input type="checkbox"/> Esteroides orales Oral Steroids | <input type="checkbox"/> Ultrasonido Ultrasound | <input type="checkbox"/> Relajación Relaxation |
| <input type="checkbox"/> Bloqueo nervioso Nerve Block | <input type="checkbox"/> Acupuntura Accupuncture | <input type="checkbox"/> Reposo en cama Bed Rest |
| | <input type="checkbox"/> Unidad de Decenas Tens Unit | <input type="checkbox"/> Ejercicio Exercise |

Medicamentos/suplementos actuales

Haga una lista de todos los medicamentos que está tomando actualmente.

Medicación Medications

Dosis Dose

Frecuencia Frequency

¿Estás tomando anticoagulantes? Are you on Blood Thinners? **Sí o no**

Marque cualquiera de las siguientes opciones que se apliquen a usted. Please check off the following that apply

- | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|
| Constitucional | <input type="checkbox"/> Fiebre Fever | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso Weight Loss | <input type="checkbox"/> Aumento de peso Weight gain | <input type="checkbox"/> Debilidad Weakness |
| Neurológico | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza Headache | <input type="checkbox"/> Mareos Dizziness | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria Memory Loss | <input type="checkbox"/> Entumecimiento Numbness |
| Ojos | <input type="checkbox"/> Gafas Glasses | <input type="checkbox"/> Contactos Contacts | <input type="checkbox"/> Borrosidad Blurriness | <input type="checkbox"/> Visión doble Double Vision |
| Oídos/Garganta | <input type="checkbox"/> Sordera Deafness | <input type="checkbox"/> Anillamiento Ringing | <input type="checkbox"/> Deglución Swallowing | <input type="checkbox"/> Ronquera Hoarseness |
| Cardíaco | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho Chest Pain | <input type="checkbox"/> Latidos anormales Abnormal Beats | <input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento Loss of Consciousness | |
| Pulmonar | <input type="checkbox"/> Tos con sangre Cough Blood | <input type="checkbox"/> Silibra Wheezing | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar Shortness of Breath | |
| Intestinal | <input type="checkbox"/> Estreñimiento Constipation | <input type="checkbox"/> Diarrea Diarrhea | <input type="checkbox"/> Incontinencia Incontinence | <input type="checkbox"/> Hemorragia |
| Urinario | <input type="checkbox"/> Frecuencia Frequently | <input type="checkbox"/> Arder Burning | <input type="checkbox"/> Incontinencia Incontinence | <input type="checkbox"/> Hemorragia |
| Músculo/Hueso | <input type="checkbox"/> Dolor Pain | <input type="checkbox"/> Debilidad Weakness | <input type="checkbox"/> Bastón/Andador Cane/Walker | |
| Endocrino | <input type="checkbox"/> Inexplicado Unexplained | <input type="checkbox"/> Fatigability | | |
| Circulatorio | <input type="checkbox"/> Hipertensión Hypertension | <input type="checkbox"/> Golpe Stroke | <input type="checkbox"/> Aneurisma Aneurysm | |
| Piel | <input type="checkbox"/> Hematomas Bruising | <input type="checkbox"/> Lesiones Lesions | <input type="checkbox"/> Marcas de nacimiento Birth Marks | |
| Hematológica | <input type="checkbox"/> Hemorragia Bleeding | <input type="checkbox"/> Transfusión Transfusion | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre Blood Clots | |
| Psiquiatría | <input type="checkbox"/> Depresión Depression | <input type="checkbox"/> Adicción Addiction | <input type="checkbox"/> Ansiedad Anxiety | |
| Dormir | <input type="checkbox"/> Jadeando por respirar Gasping for Breath | <input type="checkbox"/> Deja de respirar Stop Breathing | <input type="checkbox"/> Insomnio Insomnia | <input type="checkbox"/> Anemia |

Marque las siguientes afecciones/enfermedades por las que ha recibido tratamiento en el pasado:

Cardiovascular

- Cáncer** Cancer-Tipo _____
- Diabetes** Diabetes-Tipo _____
- HIV/AIDS**

Cabeza/Ojos/Oídos/Nariz/Garganta

- Cefaleas** Headaches
- Migrañas** Migraines
- Hipertiroidismo** Hyperthyroidism
- Hipotiroidismo** Hypothyroidism
- Glaucoma** Glaucoma

Hepático

- Hepatitis A** (activa/inactiva/insegura)
- Hepatitis B** (activa/inactiva/insegura)
- Hepatitis C** (activa/inactiva/insegura)

Genitourinario/Nefrología

- Diálisis** Dialysis
- Infección renal** Kidney Infection

- Cálculos renales** Kidney Stones
- Incontinencia urinaria** Urinary Incontinence

Hematológico

- Anemia** Anemia
- Infarto** Heart Attack
- Presión arterial alta** High Blood Pressure
- Coolesterol alto** High Cholesterol
- Golpe** Stroke
- Enfermedad de las arterias coronarias** Coronary Artery Disease

Gastrointestinal

- Incontinencia intestinal** Bowel Incontinence
- GERD (reflujo ácido)** Acid Reflux
- Hemorragia gastrointestinal** Gastrointestinal Bleeding

Neuropsicológico

- Enfermedad de Alzheimer** Alzheimer Disease
- Trastorno bipolar** Bipolar Disorder
- Depresión** Depression
- Epilepsia** Epilepsy

- Esclerosis múltiple** Multiple Sclerosis
- Parálisis** Paralysis
- Esquizofrenia** Schizophrenia
- Convulsiones** Seizures

Musculoesquelético

- Amputación** Amputation
- Síndrome del túnel carpiano** Carpal Tunnel Syndrome
- Fibromialgia** Fibromyalgia
- Osteoartritis** Osteoarthritis
- Osteoporosis** Osteoporosis
- Dolor del miembro fantasma** Phantom Limb Pain
- Artritis reumatoide** Rheumatoid Arthritis

Respiratorio

- Asma** Asthma
- Bronquitis** Bronchitis
- Enfisema/COPD** Emphysema
- Fiebre del valle** Valley Fever
- Tuberculosis**
- Otro** other _____

Antecedentes quirúrgicos Past Surgical History

Alergias Allergies

¿Eres alérgico a alguno de los siguientes? Allergic to any of the following?

- IV Contraste** IV Contrast **Anestesia** Anesthesia **Estacional** Seasonal **Látex** Latex **Cinta** Tape **Yodo** Iodine
- Medicación** Medication _____

Antecedentes familiares Family History

- Ataque cardíaco** Heart Attack **Hipertensión** Hypertension **Diabetes** Diabetes **Accidente cerebrovascular** Stroke
- Demencia** Dementia **Aneurisma** Aneurysm **Migraña** Migraine **Tumor cerebral** Brain Tumor **Cáncer de Mama** Breast Cancer **Cáncer de colon** Colon Cancer **Otro** other: _____

Madre Mother **Vivo** Alive **Difunto** Deceased **Edad** Age: _____ **Padre** Father **Vivo** Alive **Difunto** Deceased **Edad** Age: _____

Hermano Brother **Vivo** Alive **Difunto** Deceased **Edad** Age: _____ **Hermana** Sister **Vivo** Alive **Difunto** Deceased **Edad** Age: _____

HISTORIA CLÍNICA Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Certifico que la información anterior es precisa, completa y verdadera.

Autorizo al Centro Universitario del Dolor y la Columna Vertebral y a cualquier asociado, asistente y otros proveedores de atención médica que considere necesarios para tratar mi afección. Entiendo que no se ha hecho ninguna garantía de un resultado o cura específica. Acepto participar activamente en mi atención para maximizar su efectividad.

Inicial _____

MEDICAL HISTORY AND CONSENT FOR TREATMENT

I certify that the above information is accurate, complete, and true.

I authorize University Pain and Spine Center and any associates, assistants, and other health care providers it may deem necessary to treat my condition. I understand that no warrant or guarantee has been made of a specific result or cure. I agree to actively participate in my care to maximize its effectiveness.

LIBERACIÓN DE MEDICARE

TODOS LOS PACIENTES DE MEDICARE DEBEN FIRMAR DESPUÉS DE LA SIGUIENTE DECLARACIÓN

Solicito que el pago bajo el programa de seguro médico se realice en mi nombre al Centro Universitario del Dolor y la Columna Vertebral por cualquier servicio que me brinden sus médicos y / o profesionales. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgarla a la Administración de Financiamiento de la Atención Médica y sus agentes, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original.

Firma: _____ Fecha: _____

MEDICARE RELEASE

ALL MEDICARE PATIENTS MUST SIGN AFTER THE FOLLOWING STATEMENT

I request that payment under the medical insurance program be made on my behalf to University Pain and Spine Center for any services furnished me by its physician (s) and/or practitioners. I authorize any holder of medical information about me to release it to the Health Care Financing Administration and its agents any information needed to determine these benefits or the benefits payable for related services. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original



University Pain and Spine Center

INTERVENTIONAL PAIN & SPINE SPECIALISTS

59 Veronica Ave. Somerset, NJ 08873

Phone: 732-873-6868 Fax: 732-873-6869

upmcnj.com

Aviso de Asignación de Beneficios a un Proveedor

Una cesión de prestaciones es un acuerdo por el cual una patente solicita que los pagos de las prestaciones de su seguro de enfermedad se efectúen directamente a:

Centro Universitario del Dolor y la Columna Vertebral

Avenida Verónica 59

Somerset, Nueva Jersey 08873

732-873-6868

Autorización de Seguro y Asignación de Beneficios

Tenga en cuenta que la firma del paciente o, en el caso de una persona menor de edad o con discapacidad mental, la firma de un padre o tutor legal ahora prevé absolutamente la asignación de beneficios al Centro Universitario del Dolor y la Columna Vertebral (en lo sucesivo, UPSC), autorizando esta transferencia de pago del Asegurado al proveedor de atención médica.

Yo _____

[escriba el nombre completo del abajo firmante]

Autorizo absolutamente a UPSC a solicitar beneficios en mi nombre por los servicios prestados a mí o a mi(s) dependiente(s) y solicitar que el pago sea realizado por mi(s) compañía(s) de seguros y que los pagos se envíen directamente a UPSC. Entiendo que todos los proveedores de UPSC están fuera de la red de todas las compañías de seguros, con la excepción de Medicare. Es política de esta práctica facturar a mi compañía de seguros como cortesía por el reembolso de los gastos.

Certifico que yo (o mi(s) dependiente(s)) tengo una cobertura de seguro activa y válida y que he proporcionado a UPSC la(s) tarjeta(s) de identificación de seguro actualizada y correcta(s), así como también he suministrado a UPSC toda la información necesaria sobre el garante de la(s) póliza(s) de seguro y la información necesaria sobre la elegibilidad de los suscriptores para los beneficios del seguro que se requiere para presentar reclamos médicos para su reembolso. No proporcionar actualizaciones a la información suministrada, lo que puede resultar en la denegación de pagos a UPSC y reclamaciones reenviadas con información actualizada corregida que aún se niegan debido al hecho de que la información corregida no se proporcionó de manera oportuna a UPSC y entiendo que será mi responsabilidad pagar a UPSC por esos servicios médicos prestados a mí o a mi(s) dependiente(s), Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que lo pague o no el seguro.

Entiendo que si mi(s) compañía(s) de seguros no emite(n) el pago o emite un pago parcial, UPSC tiene el derecho de apelar y, si es necesario, de arbitrar cualquier reclamo con el transportista. Soy responsable de proporcionar cualquier documentación que esté en mi poder o dentro de mi capacidad de obtener que el transportista pueda requerir a UPMC para un arbitraje exitoso.

Entiendo que esto de ninguna manera me exime de mi responsabilidad principal de pagar por los servicios que se me prestan, y si mi cuenta se entrega a un abogado o agencia para su cobro o se lleva a los tribunales, acepto pagar todos los honorarios de cobro, honorarios legales razonables y costos judiciales y otros gastos incurridos como resultado de dicho cobro o fecha de audiencia. todas las acciones que tengan lugar en el condado de Somerset, NJ, a pesar de otros lugares. Además, entiendo que hay una tarifa de \$30.00 por cheques devueltos.

Entiendo que UPSC y sus abogados designados o agencias de cobro se reservan el derecho de informar a las agencias de crédito comercial cuando una cuenta se vuelve morosa. Todas las cuentas morosas se reportan como una "cuenta de cobro" en el informe de crédito del consumidor. El débito permanecerá como una cuenta de cobro mientras esté en el informe de la agencia de crédito; sin embargo, cualquier actividad de pago posterior se informa mensualmente a las agencias de crédito. El pago total dará lugar a que la cuenta de cobro se informe a las agencias de crédito comercial como satisfecha.

Certifico que la información que he reportado sobre mi cobertura de seguro es correcta y por la presente autorizo a UPSC, la divulgación de cualquier información relacionada con cualquier reclamo de beneficios, con el fin de procesar cualquier reclamo de beneficios y asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros. Además, permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original. I podrá revocar esta autorización en cualquier momento por escrito.

χ

Firmar (Paciente o Otra Persona Autorizada para Actuar por el Paciente Fecha

Imprimir Nombre Testigo Por

Relación con el paciente

Firmada (testigo)

Fecha

Dirección

Imprimir Nombre

Dirección

Cesión de beneficios



University Pain and Spine Center

INTERVENTIONAL PAIN & SPINE SPECIALISTS

59 Veronica Ave. Somerset, NJ 08873

Phone: 732-873-6868 Fax: 732-873-6869

upmcnj.com

Notice of Assignment of Benefits to a Provider

An assignment of benefits is an arrangement by which a patient requests that his or her health insurance benefit payments be made directly to:

**University Pain and Spine Center
59 Veronica Avenue
Somerset New Jersey 08873
732-873-6868**

Insurance authorization and Assignment of Benefits

Please be advised that the patient's signature or, in the case of a minor or mentally handicapped individual, the signature of a parent or legal guardian now absolutely provides for the assignment of benefits to University Pain and Spine Center (hereafter referred to as UPSC), authorizing this transfer of payment from the insured to the health healthcare provider.

I, _____

[print the full name of the undersigned]

herby absolutely authorize UPSC to apply for benefits on my behalf for services rendered to me or my dependent(s) and request that payment be made by my insurance company(ies) and that payments be sent directly to UPSC. I understand that all of the providers at UPSC are out of network with all insurance carriers with the exception of Medicare. It is the policy of this practice to bill my insurance carrier as a courtesy for reimbursement of expenses.

I certify that I (or my dependent(s)) have active and valid insurance coverage and have supplied UPSC with the up-to-date and correct insurance identification card(s) as well as supplied UPSC all necessary information regarding the guarantor of the Insurance policy(ies) and the necessary information regarding the subscriber(s) eligibility for insurance benefits which is required to submit medical claims for reimbursement. Failure to provide updates to any of the information supplied which may result in denial of payment(s) to UPSC and resubmitted claims with corrected updated information that are still denied due to the fact that the corrected information was not supplied in a timely fashion to UPSC and I understand it will be my responsibility to pay UPSC for those medical services rendered to me or my dependent(s), I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance.

I understand that if my insurance carrier(s) does not issue payment or issues partial payment, UPSC has the right to appeal and if necessary to arbitrate any claims with the carrier. I am responsible for providing any documentation that is in my possession or within my ability to obtain that the carrier may require to UPMC for a successful arbitration.

I understand that this in no way relieves me of my primary responsibility to pay for services rendered to me, and if my account is turned over to an attorney or agency for collection or taken to court, I agree to pay all collection fees, reasonable legal fees and court costs and other expenses incurred as a result of said collection or court date, all actions having venue of Somerset County, NJ, other venues notwithstanding. Further, I understand that there is a \$30.00 fee for returned checks.

I understand that UPSC and its appointed attorneys or collection agencies reserve the right to report to commercial credit bureaus when an account becomes delinquent. All delinquent accounts are reported as a "collection account" on the consumer credit report. The debit will remain as a collection account while on the credit bureau report; however, any subsequent payment activity is reported to the credit bureaus on a monthly basis. Payment in full will result in the collection account being reported to the commercial credit bureaus as satisfied.

I certify that the information I have reported about my insurance coverage is correct and I hereby authorize UPSC, the release of any information relating to any claims for benefits, in order to process any claims for benefits and to secure payment of benefits. I authorize the use of this signature on all insurance submissions. Furthermore, I permit a copy of this authorization to be used in place of the original. I may revoke this authorization at any time in writing.

X

Sign (Patient or Other Person Authorized to Act for Patient)

Date

Print Name

Witness By

Relationship to Patient

Signed (Witness)

Date

Address

Print Name

Address



University Pain and Spine Center

INTERVENTIONAL PAIN & SPINE SPECIALISTS

59 Veronica Ave. Somerset, NJ 08873

Phone: 732-873-6868 Fax: 732-873-6869

upmcnj.com

Recepción de Aviso de Prácticas de Privacidad

Para ayudarlo a recibir su información de salud del Centro Universitario del Dolor y la Columna Vertebral (UPSC), complete este formulario: In order to assist you in receiving your health information from University Pain and Spine Center (UPSC), please complete this form:

_____ (Inicial) El Centro Universitario del Dolor y la Columna Vertebral puede compartir **toda la información médica** con las siguientes personas que se enumeran a continuación, incluidos los resultados de las pruebas, la información confidencial y la información divulgada durante las visitas al consultorio. (Initial) University Pain and Spine Center is permitted to share **any and all** medical information with the following individuals listed below, including test results, sensitive information and information disclosed during office visits.

_____ (Inicial) El Centro Universitario del Dolor y la Columna Vertebral puede compartir **cualquier información médica** con las personas que se enumeran a continuación, incluidos los resultados de las pruebas, la información confidencial y la información divulgada durante las visitas al consultorio, excepto: _____ (Initial) University Pain and Spine Center is permitted to share **any** medical information with the individuals listed below, including test results, sensitive information and information disclosed during office visits except

IMPORTANTE Permiso otorgado para llamar con resultados de pruebas, mensajes del médico, facturación, etc.: ***IMPORTANT*** Permission given to call with test results, messages from doctor, billing, etc.:

Persona Person (s) _____ Relación Relationship, _____ Teléfono Phone #· _____

¿Está bien dejar un mensaje? Sí / NO OK to leave a message

Persona Person (s) _____ Relación Relationship, _____ Teléfono Phone #· _____

¿Está bien dejar un mensaje? Sí / NO OK to leave a message

No le des ninguna información a nadie más que a mí mismo. Do not give any information to anyone else but myself.

¿Está bien dejar un mensaje? Sí / NO OK to leave a message

*Entiendo y ordeno que esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí, por escrito.

*Por la presente acuso recibo del aviso de prácticas de privacidad de HIP AA del Centro Universitario de Medicina del Dolor. Si no puede obtener el acuse de recibo de la notificación de HIPAA, revele el motivo y la firma al final de este documento.

*I understand and direct that this authorization will remain in effect until it is revoked by me in writing.

*I hereby acknowledge receipt of HIP AA notice of privacy practices from University Pain Medicine Center. If unable to obtain acknowledgement of receipt of HIPAA notice, please disclose reason and signature at the end of this document.

Firma del paciente o *del representante del paciente* Signature

Fecha Date

Nombre del paciente o representante del paciente Signature

Fecha Date

POLÍTICA DE CANCELACIÓN/NO PRESENTACIÓN DE CITAS

UPMC requiere un aviso de una cita cancelada. Entendemos que pueden ocurrir sucesos inesperados y causar la necesita cancelar/reprogramar su cita, por lo que le pedimos que nos lo haga saber lo antes posible (al menos un aviso de 24 horas) para que nuestra oficina funcione de la manera más eficiente posible y necesite utilizar las citas canceladas para otros pacientes. Habrá un cargo de \$25 por visitas perdidas al consultorio y un cargo de \$50 por visitas perdidas o canceladas con menos de 24 horas de anticipación para las visitas de procedimiento.

Nombre

Firma

Fecha

UPMC requires notice of a cancelled appointment at least a 24-hour notice. There will be a \$25 charge for missed office visits and a \$50 charge for missed or canceled less than 24-hour notice for procedure visits.



University Pain and Spine Center

INTERVENTIONAL PAIN & SPINE SPECIALISTS

59 Veronica Ave. Somerset, NJ 08873

Phone: 732-873-6868 Fax: 732-873-6869

upmcnj.com

Estimado Apreciado Paciente,

El servicio al cliente es de suma importancia para nuestro equipo. Nuestro compromiso es brindar a la comunidad la atención al paciente de la más alta calidad disponible. Para ser transparentes, queremos informarles sobre nuestro estado de participación con sus planes de salud. Debido a nuestros altos estándares de desempeño en el cuidado de la salud, **actualmente no participamos en ninguna red de planes comerciales**. Esto significa que lo más probable es que nuestros servicios se procesen como "fuera de la red".

Sus beneficios fuera de la red pueden diferir de los beneficios dentro de la red si tiene un plan PPO (organización de proveedores participantes). Es posible que los planes HMO (organización para el mantenimiento de la salud) no cubran en absoluto los servicios prestados por proveedores fuera de la red. Es importante que revise los beneficios de su seguro antes de comenzar el tratamiento. Con nuestra dedicación a nuestros pacientes, aceptamos voluntariamente el monto permitido del seguro, cuando los servicios están cubiertos, para todos los planes comerciales. Esto significa que ajustaremos la cantidad que el seguro indique que "no está permitida" o "excede lo razonable y habitual" (**en la opinión exclusiva de la compañía de seguros*). Siempre es la diferencia entre nuestro cargo facturado y la cantidad permitida.

La parte de la que usted es responsable es su copago, deducible y coseguro según la explicación de beneficios (EOB) del seguro cuando se procesa el reclamo. Si aún no se ha alcanzado su deducible, es posible que su seguro no emita ningún pago e indique que usted es responsable de la cantidad total permitida. Si el seguro le paga directamente, usted será responsable de entregar el pago y proporcionar una copia de la EOB. En el caso de que el reparto de costes (deducible y coseguro) parte de los saldos no se puede pagar en su totalidad; Nuestro personal de facturación capacitado lo ayudará personalmente a desarrollar e implementar un plan de pago.

Sinceramente

Centro Universitario del Dolor y la Columna Vertebral

Dear Valued Patient,

Customer service is of utmost importance to our team. Our commitment is to provide the community with the highest quality patient care available. To be transparent, we want to inform you regarding our participatory status with your health plans. Due to our high standards of healthcare performance, **we do not currently participate with any commercial plan networks**. This means that our services will most likely be processed as "Out-of-Network".

Your out-of-network benefits may differ from the in-network benefits if you have a PPO (participating provider organization) plan. HMO (health maintenance organization) plans may not cover services rendered by out-of-network providers at all. It is important that you review your insurance benefits prior to beginning treatment. With our dedication to our patients, we voluntarily accept the insurance's allowed amount, when services are covered, for all commercial plans. This means we will adjust the amount that the insurance indicates is "not allowed" or "exceeds reasonable and customary" (**in the sole opinion of the insurance company*). It is always the difference between our billed charge and the allowed amount.

The part that you **are** responsible for is your copay, deductible, and coinsurance as per the insurance explanation of benefits (EOB) when the claim is processed. If your deductible has not yet been met, your insurance may not issue any payment and indicate that you are responsible for the entire allowed amount. If you are paid directly by the insurance, you will be responsible for turning over the payment and supplying a copy of the EOB. In the event that the cost sharing (deducible and coinsurance) portion of the balance(s) cannot be paid in full; our trained billing staff will personally assist you on developing and implementing a payment plan.

Sincerely,

University Pain and Spine Center



University Pain and Spine Center

INTERVENTIONAL PAIN & SPINE SPECIALISTS

59 Veronica Ave. Somerset, NJ 08873

Phone: 732-873-6868 Fax: 732-873-6869

upmcnj.co

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE REGISTROS RECORDS RELEASE AUTHORIZATION REQUEST FORM

PARA: _____
MÉDICO, Hospital, O Instalación DOCTOR, Hospital, Or Facility

Dirección Address: _____ Teléfono Phone/Fax: _____

PARA: _____
MÉDICO, Hospital, O Instalación DOCTOR, Hospital, Or Facility

Dirección Address: _____ Teléfono Phone/Fax: _____

PARA: _____
MÉDICO, Hospital, O Instalación DOCTOR, Hospital, Or Facility

Dirección Address: _____ Teléfono Phone/Fax: _____

Por la presente autorizo y solicito que divulgue mis registros completos en su poder, con respecto a mi enfermedad y / o tratamiento al Centro Universitario del Dolor y la Columna Vertebral: I hereby authorize and request you to release my complete records in your possession, concerning my illness and/or treatment to University Pain and Spine Center

Nombre del paciente (en letra de imprenta) Name: _____

Fecha de nacimiento DOB: _____

Dirección del paciente Address: _____

Firma del paciente Signature: _____

Fecha Date: _____

Testigo Witness: _____



University Pain and Spine Center

INTERVENTIONAL PAIN & SPINE SPECIALISTS

59 Veronica Ave. Somerset, NJ 08873

Phone: 732-873-6868 Fax: 732-873-6869

upmcnj.com

59 Veronica Ave Somerset, NJ 08873 Tel: 732.873.6868 Fax: 732.873.6869

Gravamen de los médicos

Para: Abogado/ Seguros

Doctor:

Re: Registros de pacientes y gravamen de médicos:

Yo, _____ hereby autorizo al médico anterior a proporcionarle a usted, mi abogado/compañía de seguros, un informe completo de la historia del caso, examen, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de mí mismo con respecto a mi accidente/enfermedad que ocurrió/comenzó el _____.

Por la presente otorgo un gravamen a dicho médico sobre cualquier acuerdo, reclamo, juicio o veredicto como resultado de dicho accidente / enfermedad, y autorizo y le ordeno a usted, mi abogado / compañía de seguros, a pagar directamente a dicho médico las sumas de dicho acuerdo, reclamo, juicio o veredicto que puedan ser necesarias para proteger a dicho médico adecuadamente.

Entiendo plenamente que soy directa y totalmente responsable ante dicho médico por todas las facturas médicas que cumplan con la lista de honorarios presentada por él por el servicio que me prestó, y que este acuerdo se realiza únicamente para la protección adicional de dicho médico y en consideración a su pago en espera. Y además entiendo que dicho pago no está supeditado a ningún acuerdo, reclamo, sentencia o veredicto por el cual eventualmente pueda recuperar dicha tarifa.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

El abajo firmante, siendo abogado registrado o representante autorizado de la compañía de seguros para el paciente anterior, por la presente acusa recibo del gravamen anterior y acepta honrar el mismo para proteger adecuadamente a dicho médico mencionado anteriormente.

Firma del abogado: _____ Fecha: _____



59 Veronica Ave Somerset, NJ 08873 Tel: 732.873.6868 Fax: 732.873.6869

Doctors Lien

To: Attorney/ Insurance

Doctor:

Re: Patient records and doctors lien:

I, _____ hereby authorize the above doctor to furnish you, my attorney/insurance carrier, with a full report of the case history, examination, diagnosis, treatment, and prognosis of myself in regard to my accident/illness which occurred/begun on _____.

I hereby give a lien to said doctor on any settlement, claim, judgement, or verdict as a result of said accident/illness, and authorize and direct you, my attorney/insurance carrier, to pay directly to said doctor such sums from such settlement, claim, judgement, or verdict as may be necessary to protect said doctor adequately.

I fully understand that I am directly and fully responsible to said doctor for all medical bills that are in compliance with the fee schedule submitted by him for service rendered to me, and that this agreement is made solely for said doctor's additional protection and in consideration of his awaiting payment. And I further understand that such payment is not contingent on any settlement, claim, judgement, or verdict by which I may eventually recover said fee.

Patient Signature: _____ Date: _____

The undersigned, being attorney of record or authorized representative of insurance carrier for the above patient does hereby acknowledge receipt of the above lien and does agree to honor the same to protect adequately said above named doctor.

Attorney Signature: _____ Date: _____

**New Jersey Application for Benefits
Personal Injury Protection**

Claim Number: _____

<Name>
<Address 1>
<Address 2>
<Address 3>

- Important: 1. To enable us to determine if you are entitled to benefits under the Personal Injury Protection Law you must complete and sign this form.
2. You must also sign the authorizations, Affidavit and Notice attached.
3. Return promptly with any medical bills you have received to date.

Please be advised that knowingly filing a statement of claim containing any false, inaccurate or misleading information, or intentionally omitting information material to the claim will result in the denial of benefits. Any person who knowingly files a statement of claim containing any false or misleading information is subject to subject to criminal and civil penalties.

Your Name (First, Middle, Last)		Gender: Male <input type="checkbox"/> / Female <input type="checkbox"/>	
List any aliases, maiden names or other names you use or have used in the past		Home Phone: () -	Cell Phone: () -
Your Address (No. & Street, City/Municipality, State, County & Zip Code)		Date of Birth	Social Security No. (if none, enter "none")
Your Previous Address (If you lived at the above address for less than 2 years from the accident date)		Email:	

Date of Accident	Time of Accident AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	Place of Accident (Street, City/Town & State)
------------------	---	---

Brief Description of Accident		Yes	No
Do you own a vehicle? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Name of Insurance Company _____	Were you the driver of the vehicle?	<input type="checkbox"/>
Does anyone living in your residence own a vehicle? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Name of Insurance Company _____	Were you a passenger in the vehicle?	<input type="checkbox"/>
Do you have health insurance? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Name of Insurance Company _____	Were you a pedestrian?	<input type="checkbox"/>
		Were you a member of vehicle owner's household?	<input type="checkbox"/>

As a result of this accident were you injured? Yes No If your answer is "Yes", complete the remainder of this form.
If "No", sign here and return this form to us.

Signature: _____ Date: _____

Describe your injury: _____

Were you treated by a doctor? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Doctor's Name and Address			
If you were treated in a hospital, were you an In-patient? <input type="checkbox"/> Out-patient? <input type="checkbox"/>	Hospital's Name and Address			
Amount of Medical Bills to Date: \$ _____	Will you have more medical expenses? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	At the time of your accident, were you in the course of your employment? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Did you lose wages or salary as a result of your injury? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, amount loss to date: \$ _____	What is your average weekly wage or salary? \$ _____

Your lost wages: Date disability from work began: _____ Date you returned to work: _____

Have you received or are you eligible for benefits under:	Yes	No	If yes, amount: \$ _____ Per week <input type="checkbox"/> Per month <input type="checkbox"/>
(1) Any Workers' Compensation Law?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) Employees' Temporary Disability Benefit Statute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If you are a Medicare beneficiary, enter your Health Insurance Claim Number (HICN) _____
(3) Medicare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

List names and addresses of your employer and other employers for one year prior to accident date and give occupation and dates of employment:		
Employer & Address	Occupation	Dates: From - To

As a result of your injury, have you had any other expenses? Yes No If your answer is "Yes", explain on reverse side.

Signature: _____ Date: _____

Do Not Detach - HIPAA Authorization for Medical Information - Do Not Detach

I hereby authorize all medical providers to release my Protected Health Information to the bearer of this PIP application regarding medical treatment rendered to me for this accident as well as any prior or subsequent treatment pursuant to the Health Insurance Portability and Accountability Act, 45 C.F.R. Parts 160 and 164 or any other statutory or regulatory authority. I understand my eligibility for benefits will not be conditioned on whether I sign this authorization. I understand that if I wish to revoke this authorization I must revoke it in writing to the health information management department of the medical providers. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization and that once the above information is disclosed it may be re-disclosed by the recipient and may no longer be protected by state or federal privacy laws or regulations.

Signature: _____ Date: _____

Do Not Detach - Authorization for Wage Information - Do Not Detach

This authorization or photocopy hereof, will authorize you to furnish all information you may have regarding my wage or salary while employed by you. You are authorized to provide this information in accordance with the Personal Injury Protection Benefits Law.