



NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103
North Brunswick, NJ 08902
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

Faheem Abbasi, M.D.
Board Certified
Physical Medicine & Rehab

100 Village Ct., Suite 102
Hazlet, NJ 07730
Tel: (732) 800-7246

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

SS #: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____ Estudiante: Tiempo Completo Medio Tiempo No Estudiante

Empleador: _____ Empleo: Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado Retirado

¿Como supiste de nosotros? _____

Doctor Referente: _____ Teléfono de Doctor Referente: _____

Doctor Primario: _____ Teléfono de Doctor Primario : _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

Raza: Asian Native Hawaiian Otro Pacific Islander Negro/Africano Americano Blanco

Indio Americano/ Alaskan Native Mas de na Raza Negó a Informar

Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino Negó a Informar

Idioma: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE (CUENTA)

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Sexo: Hombre Mujer Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____

Empleador: _____ Dirección de Empleador: _____



NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103
North Brunswick, NJ 08902
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

Faheem Abbasi, M.D.
Board Certified
Physical Medicine & Rehab

100 Village Ct., Suite 102
Hazlet, NJ 07730
Tel: (732) 800-7246

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Hoy: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

Tipo de Cobertura: Primaria

Compania de Seguro: _____ Nombre de Subscritor: _____

Relación del Subscritor al Paciente : _____ Fecha de Nacimiento del Subscritor : _____

Tipo de Cobertura: Secundaria

Compania de Seguro: _____ Nombre de Subscritor: _____

Relación del Subscritor al Paciente : _____ Fecha de Nacimiento del Subscritor: _____

Tipo de Cobertura: Compensación Laboral

Compania de Seguro: _____ Fecha de la Lesión: _____

ID del Reclamo#: _____ Parte del Cuerpo: _____

Tipo de Cobertura: Auto

Compania de Seguro: _____ Fecha de la Lesión: _____

ID del Reclamo #: _____ Parte del Cuerpo: _____

MÉTODO DE PAGO

¿Cómo pagará los servicios médicos? Efectivo Cheque Tarjeta de Crédito

MC/VISA/Discover Numero: _____ Fecha de Vencimiento: _____

NO SE PRESENTA / NO LLAMADA Se le cobrará una tarifa de \$ 25 a su cuenta.

Firma

Fecha



NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103
North Brunswick, NJ 08902
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

Faheem Abbasi, M.D.
Board Certified
Physical Medicine & Rehab

100 Village Ct., Suite 102
Hazlet, NJ 07730
Tel: (732) 800-7246

Afirmación del Paciente

Certifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender. También entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por el seguro. Autorizo el tratamiento del proveedor en NJPSSA

Firma

Fecha

Autorización Para la Asignación de Beneficios

Acepte esta Asignación de beneficios como una Asignación general de beneficios para los servicios prestados y presentados por, NJPSSA, en mi nombre, el abajo firmante, autorizado y solicite que

(por favor imprima su nombre de seguro aquí)

Para los servicios mencionados anteriormente, cambie el asignatario y realice el pago de los beneficios que puedan deberse a este documento.:
NJPSSA, LLC

Firma del Titular de la Póliza

Fecha

ID #

Número de Grupo

Nombre del Paciente

Relación con el Titular de la Póliza

Una copia de esta Asignación de beneficios se considerará original y vinculante.

De acuerdo con N.J.S.J 17B: 24-4, "Asignaciones", establece lo siguiente con respecto a una compañía de seguros que honra Asignación de beneficios: Cualquier asignación de este tipo, ya sea hecha antes o después de la fecha de vigencia de esta ley, deberá le da derecho al asegurador a tratar con el cesionario como propietario de todos los derechos y beneficios conferidos al asegurado bajo la política de acuerdo con los términos de la asignación.



NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103
North Brunswick, NJ 08902
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

Faheem Abbasi, M.D.
Board Certified
Physical Medicine & Rehab

100 Village Ct., Suite 102
Hazlet, NJ 07730
Tel: (732) 800-7246

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del
Paciente:

Fecha:

Fecha de
Nacimiento:

Numero
Telefonico:

Para divulgar la información médica del paciente mencionado anteriormente a:

Nombre:

NJ Pain, Spine @ Sports Associates

Dirección:

2090 Route 27, Suite 103

Ciudad:

North Brunswick

Estado:

NJ

Código Postal:

08902

Esta solicitud y autorización se aplica a:

Información de atención médica relacionada con el siguiente tratamiento, condición o fechas:

Toda la información de salud

Sí No

Autorizo la divulgación de cualquier registro relacionado con drogas, alcohol o tratamiento de salud mental a la (s) persona (s) mencionada (s) arriba.

Nombre del Paciente (IMPRESIÓN)

Firma del Guardián del Paciente

Fecha

Firma de Testigo



NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103
North Brunswick, NJ 08902
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

Faheem Abbasi, M.D.
Board Certified
Physical Medicine & Rehab

100 Village Ct., Suite 102
Hazlet, NJ 07730
Tel: (732) 800-7246

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Hoy: _____

¿Alguna vez te han dicho o te han dicho que tienes (marque todo lo que corresponda)

Cardiovascular:

- Dolor en el pecho o Angina
- Enfermedad del corazón
- Ataque al corazón, arteria bloqueada
- Insuficiencia cardíaca congestive
- Presion alta
- Enfermedad vascular periférica
- Aborto anormal del corazón
- Marcapasos
- Angioplastia o catéter cardíaco
- Fiebre reumática
- Válvula cardíaca dañada

Respiratorio:

- Asma
- Falta de respiración
- Enfisema
- Tuberculosis
- Fuma: Ahora Pasado

ROS: Marque la casilla si tiene alguno de los siguientes

- Falta de aliento
- Hinchazón o erupción
- Dolor abdominal
- Tos, producción de esputo, sibilancias
- Dolores de cabeza ¿Qué frecuencia? _____
- Fiebre, pérdida de peso, sudor
- Dolor en el pecho, palpitaciones
- Cambio intestinales, náuseas
- Embarazada o posibilidad

Historia Social/Familiar:

Madre: vivo / fallecido Causa _____

Padre: vivo / fallecido Causa _____

Dieta habitual: _____ Alcohol: bebidas por dia ____ Otro uso de drogas: _____

¿Su lesión está relacionada con un accidente? _____ en caso afirmativo, responda la pregunta 1-7; de lo contrario, pase a la pregunta número 8

1. ¿Qué tipo de vehículo estuvo involucrado en el accidente? Camión Carro Motocicleta Otro
2. ¿Eras un Conductor Pasajero Peatonal
3. Si pasajero, por favor indique su ubicación en el automóvil _____
4. ¿Tu vehículo se movió cuando ocurrió el accidente? Si No Mph? _____
5. ¿Su vehículo chocó contra otro (s) vehículo (s)? Si No Donde? _____
6. ¿Otro vehículo (s) golpeó su vehículo? Si No Donde? _____
7. Describa el accidente Incluyendo la causas que rodean las circunstancias

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Revisado por el Doctor: _____

Fecha: _____



NJ Pain, Spine & Sports Associates

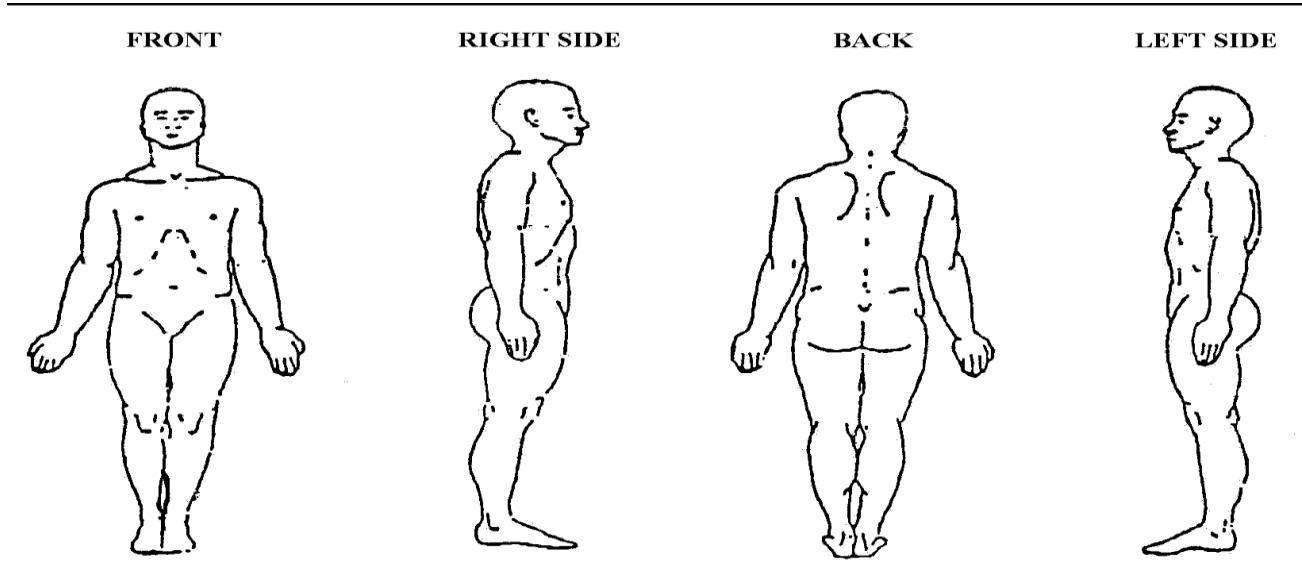
2090 Route 27, Suite 103
North Brunswick, NJ 08902
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

Faheem Abbasi, M.D.
Board Certified
Physical Medicine & Rehab

100 Village Ct., Suite 102
Hazlet, NJ 07730
Tel: (732) 800-7246

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA (Continuado)

8. Por favor marque las áreas en el siguiente diagrama donde está teniendo dolor:



9. ¿Dónde está localizado el dolor? _____
10. ¿Su dolor irradia a cualquier parte? ____ Si ____ No Donde? _____
11. ¿Cuándo empezó? _____
12. ¿Cuánto tiempo has tenido el dolor? _____
13. Comenzo: ____ Gradualmente ____ Repentinamente ____ No es seguro
14. ¿Con qué frecuencia ocurre el dolor? Constante Muchas veces al día De vez en cuando Menos que a diario
15. ¿Ha cambiado el dolor desde que comenzó? Mejorando Empeorando No cambio
16. ¿Cómo comenzó? _____
17. ¿Qué mejora el dolor?
 En pie Sentado Caminando Acostado Flexionándose hacia adelante Arqueando hacia atrás
 Tos /estornudos Usando baño Otro _____
18. ¿Qué empeora el dolor?
 En pie Sentado Caminando Acostado Flexionándose hacia adelante Arqueando hacia atrás
 Tos/estorudos Usando baño Otro _____
19. Marque todos lo que describen su dolor:
 Dolor Ardiente Calambres Estremecimiento Palpitante Agudo Disparo
 Puñalada Entumecido Pesado Sensible Terrible Fatigoso Agotador
 Nauseabundo Temeroso Castigoso Cruel
20. ¿Cuál es su nivel actual de dolor en una escala de 0 a 10, donde 0 es sin dolor y 10 es grave? _____
21. ¿Qué exámenes has hecho?
22. MRI CT Radiografía EMG Otro _____
23. ¿Qué tratamiento has probado para tu dolor?
 ____ Ejercicio ____ Masaje ____ Quiropráctico ____ Acupuntura ____ Faja ____ Terapia física
 ____ Paquete caliente ____ Paquete frío ____ Bloqueo de nervio ____ Psicólogo ____ Psiquiatra ____ Cirugía

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Revisado por el Doctor: _____ Fecha: _____



NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103
North Brunswick, NJ 08902
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

Faheem Abbasi, M.D.
Board Certified
Physical Medicine & Rehab

100 Village Ct., Suite 102
Hazlet, NJ 07730
Tel: (732) 800-7246

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA (Continuado)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Hoy: _____

Medicamentos previos probados (marque a todos los que correspondan)

NSAIDS

- Aspirin
- Ibuprofen
- Advil
- Motrin
- Naprosyn

Relajación

- Flexeril
- Valium
- Xanax
- Ativan
- Librium

Medicina del sueño

- Ambien
- Restoril
- Benedryl
- Halcion

Medicamentos para el dolor

- Neurontin
- Klonopin
- Dilantin
- Baclofen
- Ultram
- Prozacin
- Mexitil
- Prazocin

Antidepresivos

- Elavil
- Amitiptilline
- Prozac
- Effexor
- Zoloft
- Deseryl
- Paxil
- Pamelor
- Serozone
- Desipiramine
- Remeron

Narcóticos

- Vicodin
- Darvocet
- Tylenol 3
- Tylox
- Codeine
- Percocet
- Percodan
- MS Contin
- Cxycontin
- Demerol
- Morphine
- Methadone
- Dilaudid

Indique si tiene Alergias:

Alergias

Reacción

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Indique todas las Cirugías anteriores:

Cirugías

Fecha

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Medicamentos que toma en el hogar (incluidos analgésicos)

Medicina

Dosis

Con qué frecuencia

Ultimo dosis

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____



NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103
North Brunswick, NJ 08902
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

Faheem Abbasi, M.D.
Board Certified
Physical Medicine & Rehab

100 Village Ct., Suite 102
Hazlet, NJ 07730
Tel: (732) 800-7246

Revisado por el Doctor: _____ Fecha: _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Nombre del Paciente: _____

Dirección del Paciente: _____

Fecha de la Pérdida: _____

1. Yo _____, el abajo firmante, en lo sucesivo denominado "el paciente", cede por la presente todos mis derechos e intereses a **NJ Pain, Spine & Sports Associates**, en lo sucesivo denominado "el proveedor médico" para buscar y obtener el pago en mi nombre. Esta asignación incluirá, pero no se limita a, todos los derechos disponibles para mí de conformidad con los Estatutos de Protección contra Lesiones Personales del Estado de Nueva Jersey.
2. Yo, asigno, al proveedor médico, todos mis derechos y beneficios en virtud del contrato de seguro para el pago de los servicios prestados a mí. Sin embargo, con el consentimiento de ambas partes, el mismo será revocable.
3. Yo, el paciente, entiendo y acepto que si me niego voluntariamente a cumplir con las solicitudes razonables de la compañía de seguros, se puede denegar el pago de mis cuentas médicas y seré responsable por las mismas.
4. Yo, el paciente, autorizo a mi abogado de lesiones corporales a pagarle directamente al proveedor de servicios médicos cualquier cantidad adeudada en mi cuenta, o la deduzco de cualquier acuerdo que se haya realizado en mi nombre.
5. Yo, el paciente, por la presente ordeno a mi compañía de seguros de salud y / u otra compañía de seguros que emita el pago en mi nombre directamente al proveedor de servicios médicos. El cheque debe hacerse a nombre del proveedor médico. Además, en el caso de que la compañía de seguros de salud y / u otra compañía de seguros no envíe el cheque al proveedor médico, endosaré y firmaré el cheque al proveedor médico dentro de los (5) días posteriores a la recepción del mismo.
6. Yo, el paciente, reconozco que no presentaré una demanda y / o arbitraje para el pago de las facturas médicas del proveedor anterior a menos que el proveedor médico me pida hacerlo. Entiendo que el proveedor médico mencionado anteriormente tiene un abogado y cobrará el pago en mi nombre de la compañía de seguros.

Firma del Paciente: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Hoy: _____



NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103
North Brunswick, NJ 08902
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

Faheem Abbasi, M.D.
Board Certified
Physical Medicine & Rehab

100 Village Ct., Suite 102
Hazlet, NJ 07730
Tel: (732) 800-7246

Acuerdo de Medicamentos Narcóticos y Formulario de Consentimiento

Usted ha aceptado recibir narcóticos para el tratamiento de su dolor del Dr. F. Abbasi ("Médico del dolor"). Es importante que comprenda los riesgos y las responsabilidades que conlleva este tratamiento. Lea e inicie cada declaración para expresar su comprensión. Si tiene alguna pregunta con respecto a esta información o nuestra política con respecto a la prescripción de narcóticos, solicite una aclaración.

Yo, _____ entiendo que:

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Doy mi consentimiento voluntario para la prestación de la atención, incluidos los tratamientos, la administración de anestésicos y la realización de procedimientos diagnósticos y / o quirúrgicos. Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión de los asistentes Proveedor de Dolor y es responsabilidad del personal llevar a cabo las instrucciones del Proveedor de Dolor.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: El Proveedor puede divulgar todo o parte del registro del paciente a cualquier persona o corporación que es o puede ser responsable bajo un contrato con el proveedor o el paciente o la Administración de Financiamiento de Cuidado de la Salud y / o el abogado del paciente, por la totalidad o parte de los cargos del proveedor, que incluyen, entre otros, compañías de seguros de pacientes, trabajadores transportistas de compensación, fondos de asistencia social o el empleador del paciente si se trata de un caso de indemnización laboral.

_____ Cualquier tratamiento médico es inicialmente un ensayo y la prescripción continua de narcóticos se basa en la evidencia del beneficio. Entiendo que el objetivo de usar narcóticos es aumentar mi nivel funcional y disminuir mi dolor. Si no se logran estos objetivos, se suspenderá el medicamento.

_____ Soy consciente de que el uso de dicho medicamento tiene ciertos riesgos asociados, que incluyen, entre otros: Somnolencia o somnolencia, estreñimiento, náuseas, picazón, vómitos, aturdimiento, mareos, confusión, alergia reacción, ralentización de la frecuencia respiratoria, ralentización de los reflejos o del tiempo de reacción, enfermedad renal o hepática, disfunción sexual, dependencia física o psicológica, tolerancia a los efectos analgésicos, adicción, abstinencia y posibilidad de que el medicamento no proporcione alivio completo.

_____ El uso excesivo o mal uso de medicamentos narcóticos puede provocar riesgos graves para la salud, incluida la depresión respiratoria (detención de la respiración) o incluso la muerte.

_____ Este medicamento se controlará estrictamente y mis medicamentos se deben surtir en la misma farmacia. Si surge la necesidad de cambiar de farmacia, nuestra oficina debe ser informada. El nombre de la farmacia y la ubicación de la farmacia que ha seleccionado es:

Farmacia _____ Telefono# _____

_____ No puedo recibir medicamentos por teléfono, ni puedo llamar a la oficina para que se me envíe una receta médica. No se aceptarán las solicitudes de renovación anticipada.

_____ Soy responsable de hacer y mantener las citas programadas. También entiendo que puede tomar hasta 2 semanas para hacer una cita de seguimiento regular.

_____ Tomaré los medicamentos narcóticos solo según lo prescrito. Cualquier cambio debe discutirse primero y acordarse con mi Proveedor de Dolor.

_____ Acepto que solo mi proveedor de dolor recetará medicamentos narcóticos. No obtendré ni usaré narcóticos u otras sustancias controladas de ninguna otra fuente. Instruiré a mis otros proveedores a consultar con el Proveedor de Dolor por cualquier cambio o necesidad de medicamentos adicionales contra narcóticos. Si se informa a la clínica que otros proveedores me recetan medicamentos, Pain Provider se reserva el derecho de discontinuar la prescripción de medicamentos y / o darme de alta en la clínica.



NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103
North Brunswick, NJ 08902
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

Faheem Abbasi, M.D.
Board Certified
Physical Medicine & Rehab

100 Village Ct., Suite 102
Hazlet, NJ 07730
Tel: (732) 800-7246

Acuerdo de Medicamentos Narcóticos (Continuación)

- _____ Informaré a mi Proveedor de Dolor de cualquier cambio en mi condición médica, cualquier cambio en cualquier medicamento recetado y / o de venta libre (incluyendo hierbas y suplementos) que tomo y de cualquier efecto adverso que pueda experimentar de cualquiera de los medicamentos que Tomo.
- _____ Acepto informarle a mi proveedor de dolor sobre mi historial completo y uso personal de medicamentos / medicamentos
- _____ No usaré ninguna "droga ilegal" o alcohol ilegal mientras recibo medicamentos de mi Proveedor de Dolor. Los ejemplos incluyen, pero no están limitados, marihuana, cocaína y anfetaminas ("velocidad").
- _____ Me comunicaré plena y honestamente con mi proveedor de dolor sobre el carácter y la intensidad de mi dolor, el efecto del dolor en mi vida diaria y qué tan bien el medicamento ayuda a aliviar el dolor.
- _____ El análisis de sangre de rutina y las evaluaciones periódicas de drogas pueden ser parte de mi plan de tratamiento. Acepto hacerlos cuando mi proveedor lo solicite.
- _____ El proveedor que prescribe tiene mi permiso para analizar todos los detalles de diagnóstico y tratamiento para obtener el historial de recetas con las farmacias dispensadoras, mi compañía de seguros, compañías de beneficios farmacéuticos u otros profesionales que brindan mi atención médica con el propósito de mantener la responsabilidad.
- _____ Es un delito obtener narcóticos bajo falsos pretextos. Esto podría incluir obtener medicamentos de más de un médico, tergiversarme a mí mismo para obtener medicamentos, usarlos de una manera diferente a la prescrita o desviar los medicamentos de cualquier otra forma (es decir, vendiendo).
- _____ Sé que la medicación narcótica se suspenderá si ocurre algo de lo siguiente:
- Comercio, vengo o mal uso de la medicación.
 - La clínica descubre que he roto alguna parte de este acuerdo.
 - No solicito una prueba de sangre o de orina inmediatamente cuando me lo piden.
 - Mi análisis de sangre de sangre o orina muestra la presencia de drogas ilegales.
 - Mi análisis de sangre o orina muestra la presencia o ausencia de medicamentos inesperados o esperados.
 - Obtengo narcóticos de fuentes distintas a las mencionadas Proveedor de Dolor.
 - Cualquier miembro del personal profesional de esta clínica considera que me conviene suspender el tratamiento con narcóticos.
 - Cualquier comportamiento agresivo o inapropiado hacia los proveedores o el personal.
 - Perdi sistemáticamente las citas programadas.
- _____ Se entiende que el incumplimiento de este acuerdo puede dar como resultado la cancelación de la terapia, incluida la prescripción de sustancias controladas por parte del Proveedor de Dolor.
- _____ He leído el Acuerdo de Medicamentos Narcóticos y sin duda entiendo todo este acuerdo. Al firmar este acuerdo, afirmo que he leído, entiendo y acepto los términos de este acuerdo.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Clinica Testigo _____ Fecha _____