



New Jersey Medical School

INSTITUTO NEUROLOGICO DE NEW JERSEY
90 BERGEN STREET, 8TH FLOOR
NEWARK, NJ 07103

INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA: \_\_\_\_\_ NUMERO DE CELULAR # ( ) \_\_\_\_\_
NUMERO DE TELEFONO # ( ) \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_
APELLIDO PRIMER NOMBRE

PERSONA RESPONSABLE (si menor de edad) \_\_\_\_\_
NOMBRE DE MADRE Y PADRE

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

SEXO: M [ ] F [ ] EDAD \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RAZA \_\_\_\_\_ RELIGION \_\_\_\_\_

[ ] SOLTERO(A) [ ] CASADO(A) [ ] VIUDO(A) [ ] SEPARADO(A) [ ] DIVORCIADO(A) SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

PACIENTE EMPLEADO POR: \_\_\_\_\_

DIRECCION DE EMPLEADOR \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_ ANOS EMPLEADO(A) \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO ( ) \_\_\_\_\_

NOMBRE DE ESPOSO(A) \_\_\_\_\_

ESPOSO(A) EMPLEADO POR: \_\_\_\_\_
APELLIDO PRIMER NOMBRE

DIRECCION DE EMPLEADOR \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_ ANOS EMPLEADO(A) \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO( ) \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA, A QUIEN CONTACTAMOS?

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO: ( ) \_\_\_\_\_ NUMERO OPCIONAL: ( ) \_\_\_\_\_

MEDICO REFERIDO Y MEDICO PRIMARIO FARMACIA \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_

MEDICO REFERIDO
APELLIDO/PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO ( ) \_\_\_\_\_ FAX # ( ) \_\_\_\_\_

MEDICO PRIMARIO
APELLIDO/PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO ( ) \_\_\_\_\_ FAX # ( ) \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGURO**

**SEGURO PRIMARIO**

PERSONA RESPONSIBLE POR EL SEGURO? \_\_\_\_\_  
LAST/FIRST NAME

RELACION AL PACIENTE \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ BIRTHDATE \_\_\_\_\_

COMPANIA DE SEGURO \_\_\_\_\_

NUMERO DE ID: \_\_\_\_\_ NUMERO DE GROUPO: \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL SEGURO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

**SEGURO SECUNDARIO**

PERSONA RESPONSIBLE POR EL SEGURO? \_\_\_\_\_  
LAST/FIRST NAME

RELACION AL PACIENTE \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ BIRTHDATE \_\_\_\_\_

COMPANIA DE SEGURO \_\_\_\_\_

NUMERO DE ID: \_\_\_\_\_ NUMERO DE GROUPO: \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL SEGURO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

**TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION**

Yo el suscrito, certifico que yo (o la persona a mi cargo), tengo (tiene) cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ y tras paso directamente al (a) Dr. \_\_\_\_\_

Nombre de la(s) Compania(s) de Seguros

todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagados a mi, por servicios prestados.

Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, si en caso no son pagados por el seguro. Por el presente yo autorizo al doctor (o doctora) a divulgar toda la informacion que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**(OFFICE USE ONLY)**

CPI# \_\_\_\_\_ MED REC# \_\_\_\_\_

ATTENDING \_\_\_\_\_



# NEW JERSEY MEDICAL SCHOOL

University of Medicine & Dentistry of New Jersey

## NEW JERSEY MEDICAL SCHOOL ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Nosotros conservamos un expediente de los servicios médicos que proporcionamos. Usted nos puede pedir que le mostremos ese expediente y que le permitamos sacarle una copia. También nos puede pedir que corriamos dicho expediente. No revelaremos su información a otras personas a menos que usted nos lo pida o la ley lo autorice o nos obligue a hacerlo. Usted puede ver su expediente u obtener más información sobre el mismo comunicándose con (nombre o cargo del Funcionario de Confidencialidad).

Nuestro Aviso referente a la política de confidencialidad describe con mayor detalle de qué manera se puede utilizar y revelar su información de salud y cómo puede usted obtener acceso a su información.

*Por medio de mi firma a continuación acuso recibo del Aviso referente a la política de confidencialidad.*

Firma del paciente o su presentante autorizado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta si alguien firmó en nombre del paciente  
tutor, representante, etc.).

Parentesco con el paciente (padre, \_\_\_\_\_)

(Observaciones del personal, si corresponde)

### For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practice, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (please specify)

Employee's Signature and Date \_\_\_\_\_