

Form Name: David V. Lopez, M.D. - New Patient Intake- (Spanish)

Información del paciente

Apellido	Primer Nombre, Inicial del Segundo	EDAD	AGE
SEXO	ESTADO CIVIL	SS #	
<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Otro		
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO MÓVIL		
DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO		
CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL			
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	TELÉFONO DEL MÉDICO		
NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA	RELACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA	TELÉFONO DE CONTACTO DE EMERGENCIA	
RAZA	ETNIA	IDIOMA	
NOMBRE DE LA PARTE AUTORIZADA QUE PUEDE DISCUTIR ATENCIÓN MÉDICA	RELACIÓN	TELÉFONO	
NOMBRE DE LA PARTE AUTORIZADA QUE PUEDE DISCUTIR LA ATENCIÓN MÉDICA	RELACIÓN	TELÉFONO	
¿ESTÁ BIEN DEJAR LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA EN EL CORREO DE VOZ?			
CASA:	CELÚLA:		
<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO		

Información del empleador (solo paciente)

EMPRESA / NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	
OCUPACIÓN	TELÉFONO DEL EMPLEADOR
ESTADO DE EMPLEO:	
<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Trabajo en casa <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Alumno	

¿Cómo fue referido al Dr. López?

¿Cómo fue referido al Dr. López?

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA FACEBOOK FAMILIAR/AMIGO

NOMBRE DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA O FAMILIAR/AMIGO

Responsable (Facturación)

Igual que el paciente Diferente del paciente (complete a continuación, si es diferente)

_____ NOMBRE DEL RESPONSABLE (Nombre, M., Apellido)		_____ CELULAR DE CASA	_____ TELÉFONO MÓVIL
_____ DIRECCIÓN		_____ FECHA DE NACIMIENTO	_____ SS #
_____ CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		SEXO <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	_____ RELACIÓN DEL PACIENTE CON RESP
_____ EMPLEADOR	_____ OCUPACIÓN		_____ IDENTIFICACIÓN DE LA PARTE RESP (solo para uso de la oficina)

Seguro Primario

Quién es el asegurado principal / suscriptor (marque uno):

Paciente La parte responsable Otro (completar abajo)

_____ NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		_____ CANTIDAD DE COPAGO	_____ NOMBRE DEL ASEGURADO (Si es "otro", complete esta columna además de la columna de la izquierda)	
_____ DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		_____ DIRECCIÓN DEL ASEGURADO, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		
_____ COMPAÑÍA DE SEGURO CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		_____ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO		
_____ NÚMERO DE TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	_____ NÚMERO DE SEGURO DEL ASEGURADO	SEXO <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	_____ RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO	
_____ NÚMERO DE PÓLIZA DEL ASEGURADO	_____ GRUPO DEL ASEGURADO #	_____ EMPLEADOR DEL ASEGURADO	_____ OCUPACIÓN DEL ASEGURADO	

Seguro Secundario

Quién es el asegurado secundario/suscriptor (marque uno):

Paciente La parte responsable Otro (completar abajo)

_____ NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		_____ CANTIDAD DE COPAGO	_____ NOMBRE DEL ASEGURADO	
_____ DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		_____ DIRECCIÓN DEL ASEGURADO, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		
_____ COMPAÑÍA DE SEGUROS CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		_____ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO		
_____ NÚMERO DE TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	_____ NÚMERO DE SEGURO DEL ASEGURADO	SEXO <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	_____ RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO	
_____ NÚMERO DE PÓLIZA DEL ASEGURADO	_____ GRUPO DEL ASEGURADO #	_____ EMPLEADOR DEL ASEGURADO	_____ OCUPACIÓN DEL ASEGURADO	

Seguro Terciario

Quién es el asegurado terciario/suscriptor (marque uno):

Paciente La parte responsable Otro (completar abajo)

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		CANTIDAD DE COPAGO	NOMBRE DEL ASEGURADO	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		DIRECCIÓN DEL ASEGURADO, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		
COMPAÑÍA DE SEGURO CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO		
NÚMEROS DE TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		NÚMERO DE SEGURO DEL ASEGURADO	SEXO <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO
NÚMERO DE PÓLIZA DEL ASEGURADO	GRUPO DEL ASEGURADO #	EMPLEADOR DEL ASEGURADO	OCUPACIÓN DEL ASEGURADO	

Responsible Party

Yo/Nosotros autorizamos a ORTHOPEDIC AND SPORTS MEDICINE SPECIALISTS, INC, a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi tratamiento a mi compañía de seguros, empleador, médicos, instituciones o terceros pagadores, según se requiera para ciertos reclamos presentados.

Print your full name and sign:

X

Ip Address

Yo/Nosotros autorizamos el pago directo a ORTHOPEDIC AND SPORTS MEDICINE SPECIALISTS, INC por todos y cada uno de los servicios médicos quirúrgicos prestados. Entiendo que si algún servicio o cargo no está cubierto por mi compañía de seguros o no se puede verificar mi elegibilidad, soy responsable de todos cargos incurridos.

Print your full name and sign:

X

Ip Address

Form Name: David V. Lopez, M.D. - New Patient Medical History (Spanish)

Información del paciente

Apellido	Nombre de pila	EDAD	CUÁNTOS AÑOS TIENE
ALTURA	PESO	PA (_/_)	PA TOMADA POR
NOMBRE DE LA FARMACIA	CIUDAD DE FARMACIA	TELÉFONO DE FARMACIA	

Descripción de los síntomas/lesión

FECHA DE Síntomas/Lesión	LADO IMPLICADO: <input type="radio"/> D <input type="radio"/> I <input type="radio"/> Ambos
TIPO DE LESIÓN / ENFERMEDAD	

LA DENUNCIA ES RESULTADO DE:

- DESCENDENTE RETORTIJÓN ALLANAMIENTO LEVANTAMIENTO EMPRENDEDOR TRACCIÓN OTRO

Si es otro, por favor explique:

¿SE HA REALIZADO ALGUNA PRUEBA O TRATAMIENTO PARA ESTE PROBLEMA?

- SÍ NO

En caso afirmativo, por favor enumere:

Historial Quirúrgico y Médico

Tiene o ha tenido anteriormente:

- Hipertensión Cardiopatía Ataque Enfisema / EPOC VIH / SIDA Colesterol elevado
 Coágulos de Sangre Problemas Estomacales Osteoporosis Enfermedad hepática/renal Diabetes tipo 1
 Diabetes tipo 2 Desorden sangrante Tiroides Artritis Hepatitis Asma Cáncer Otro
 Ninguna de las anteriores

Si es cáncer, explique

Si es otro, explique

¿Alguna alergia a los medicamentos?

- SÍ NO

SI ES SÍ, POR FAVOR LISTA.

¿Medicamentos actuales?

- SI NINGUNO

En caso afirmativo, incluya la dosis y la concentración; incluir suplementos / vitaminas:

Historia Quirúrgica

- SI NONE

En caso afirmativo, incluya la fecha y, si corresponde, de qué lado:

Solo para mujeres:

¿Estás tomando pastillas anticonceptivas?

- SI NO

¿Estás embarazada?

- SI NO

En caso afirmativo, número de semanas:

Antecedentes familiares (hermanos, padres e hijos)

¿Alguien en su familia tiene o ha tenido anteriormente:

- Hipertensión Cardiopatía Ataque Enfisema / EPOC VIH / SIDA Colesterol elevado
 coágulos de sangre Problemas estomacales Osteoporosis Enfermedad hepática/renal Diabetes tipo 1
 Diabetes tipo 2 Desorden sangrante Tiroides Artritis Hepatitis Asma Cáncer Otro
 Ninguna de las anteriores

Si es cáncer, explique

Si es otro, explique

Historial social (solo paciente)

¿Bebes alcohol?

- Si No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?

¿Fuma usted?

Sí No Anteriormente

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?

Si antes, hace cuánto tiempo

¿Tomas alguna droga ilícita?

Yes No

Form Name: David V. Lopez, M.D. - Contract for Opioid Therapy (Spanish)

Contrato de terapia con opioides Mi política con respecto a la prescripción de opioides para el dolor no maligno es estricta y no negociable. Los narcóticos solo deben usarse como complemento de otras terapias y como último recurso después de que hayan fallado otras modalidades de tratamiento.

Mis objetivos al prescribir estupefacientes son:

- Proporcionar una analgesia adecuada con la menor dosis posible.
- Para minimizar los efectos secundarios.
- Para permitirle volverse más funcional.
- Para evitar el abuso y la adicción.

Lea las siguientes 20 afirmaciones que se enumeran a continuación

1. El objetivo de mi plan de medicamentos es descontinuar el uso de opioides de acción corta (Vicodin, Lortab, Lorcet, Norco y Percocet) para condiciones de dolor crónico.
2. Los reabastecimientos de recetas se realizarán según sea necesario, pero no antes de los 10 (diez) días.
3. No se realizarán recargas después del horario de atención de la clínica y los fines de semana o feriados.
4. Usaré mi medicamento solo según lo prescrito. No tomaré más de la cantidad indicada. Cualquier evidencia de tal puede resultar en la terminación de la relación médico-paciente con el Dr. López.
5. No compartiré mis medicamentos con nadie.
6. Si pierdo mi medicamento, mi receta no será reemplazada. Solo en el caso de circunstancias extraordinarias se hará una excepción (es decir, su casa se quema o tiene un informe policial).
7. Si no se vuelve a surtir mi receta, podría experimentar un síndrome de abstinencia. Esto significa que puedo tener alguno o todos los siguientes: secreción nasal, bostezos, pupilas dilatadas, piel de gallina, dolor y calambres abdominales, irritabilidad, dolores en todo el cuerpo y sensación de gripe. Soy consciente de que la abstinencia de opioides es incómoda pero no pone en peligro la vida. Puedo optar por buscar atención médica en una sala de emergencias.
8. Mientras sea paciente del Dr. López, no recibiré recetas de opioides u otros sedantes de ningún otro prescriptor autorizado, a menos que esté autorizado por el Dr. López. Cualquier evidencia de ello resultará en la terminación de la relación médico-paciente con el Dr. López.
9. No alteraré ni falsificaré mis recetas. Cualquier evidencia de tal resultará en la terminación de la relación médico-paciente con el Dr. López.
10. Usaré solo 1 (una) farmacia para surtir mi medicamento.
11. Acepto proporcionar una muestra de mi orina y, en algunos casos, sangre, para la detección de drogas a pedido de mi médico. El no hacerlo resultará en la terminación de la relación médico-paciente con el Dr. López.

12. Los hallazgos de otros medicamentos no recetados en mi orina o sangre resultarán en la terminación de la relación médico-paciente con el Dr. López.

13. Soy consciente de que la adicción se define como el uso de un medicamento incluso si causa daño, tener antojos de una droga, sentir la necesidad de usar una droga y una calidad de vida disminuida. Soy consciente de que la posibilidad de volverme adicto a mi medicamento para el dolor es muy baja. Soy consciente de que el desarrollo de la adicción rara vez se ha informado en las revistas médicas y es mucho más común en una persona que tiene antecedentes familiares o personales de adicción. Acepto contarle a mi médico mi historial de medicamentos completo y honesto y el de mi familia según mi leal saber y entender.

14. Entiendo que la dependencia física es un resultado normal y esperado del uso prolongado de medicamentos. Dependencia no es lo mismo que adicción. Soy consciente de que la dependencia física significa que si algunos agentes (nalpufina, buprenorfina o estadol) reducen, suspenden o revierten notablemente el uso de medicamentos para el dolor, experimentaré síntomas de abstinencia.

15. Soy consciente de que la tolerancia a la analgesia significa que puedo necesitar más medicamento para obtener la misma cantidad de alivio del dolor. La tolerancia no parece ser un gran problema para la mayoría de los pacientes. Si ocurre, es posible que aumentar las dosis no siempre ayude y puede causar efectos secundarios inaceptables. Esto puede hacer que mi médico cambie a otro opioide o elija otra forma de tratamiento.

16. Soy consciente de que el uso de opioides se ha asociado con los siguientes efectos secundarios:

- o Somnolencia y somnolencia
- o Náuseas y/o Vómitos
- o Estreñimiento
- o Retención urinaria
- o Mareos picazón
- o Reacción alérgica
- o Respiración lenta / Reflejos lentos y tiempos de reacción
- o Bajos niveles de testosterona en los hombres

17. Si los medicamentos causan mareos, sedación o somnolencia, entiendo que no debo conducir un vehículo motorizado ni operar maquinaria que pueda poner en peligro mi vida o la de otra persona.

18. La sobredosis de este medicamento puede causar la muerte al detener mi respiración.

19. He leído este contrato o me lo han leído. Lo entiendo todo. He tenido la oportunidad de que todas mis preguntas con respecto a esta declaración hayan sido respondidas satisfactoriamente. Al firmar este formulario voluntariamente, doy a Orthopaedics and Sports Medicine Specialists, Inc., mi consentimiento para el tratamiento del dolor con medicamentos opioides.

20. Si violo este acuerdo, mi médico discontinuará esta forma de tratamiento.

Apellido

Nombre de pila

Print your full name and sign:

X

Ip Address

Farmacia:

Teléfono #:

Financial Policy

Ortopedia y Especialistas en Medicina Deportiva, Inc. - Política Financiera

Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento:

BIENVENIDO/A y gracias por elegir a Ortopedia y Asociados en Medicina Deportiva, Inc. para su atención médica. Nos comprometemos a brindarle atención médica de calidad. Nuestras tarifas profesionales han sido determinadas mediante una cuidadosa consideración y creemos que son razonables y acordes con los cargos de otros médicos en la zona.

SEGURO: El paciente o su garante es responsable del pago por los servicios proporcionados por el Dr. López en el momento del servicio. Ortopedia y Especialistas en Medicina Deportiva, Inc. presentará directamente reclamaciones a su aseguradora por los servicios verificados según su plan. La verificación no garantiza que su seguro pagará por los servicios. Los pagos de los copagos, coseguros, deducibles o tarifas por servicios no cubiertos se requieren en el momento del servicio.

PLANES DE SEGURO HMO/PPO O CONTRATADOS: Cada vez que haga una cita con el Dr. López, es su responsabilidad asegurarse de que esté actualmente contratado con su plan y de que haya obtenido las referencias necesarias. Facturaremos a su plan y permitiremos 45 días para el pago. Si los servicios no son pagados, el saldo se convertirá en su responsabilidad. No nos involucraremos en disputas entre usted y su compañía de seguros con respecto a deducibles, servicios no cubiertos, coseguro, condiciones preexistentes o cargos "razonables y habituales".

SI NO TIENE SEGURO MÉDICO: Solicitamos el pago en el momento del servicio o la realización de acuerdos de pago satisfactorios antes del servicio. Si no puede pagar por servicios no emergentes y no tiene seguro, es posible que el servicio o tratamiento se retrase hasta que se puedan realizar acuerdos de pago aceptables. Si tiene alguna pregunta sobre el saldo de su cuenta, llame a Maureen en nuestra oficina de facturación al 732-888-2100, Ext. 612, de 8:30 a. m. a 4:00 p. m., de lunes a viernes.

MEDICARE: Si usted es un paciente de Medicare, le pedimos que pague el deducible de Medicare en el momento del servicio solo si no ha alcanzado el deducible y su 20% de coseguro. Si tiene un seguro complementario, solo se le requerirá pagar el deducible de Medicare. Como cortesía para usted, Ortopedia y Especialistas en Medicina Deportiva, Inc. presentará reclamaciones de Medicare y cualquier seguro complementario a su(s) aseguradora(s).

CESIÓN DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN. Por la presente, autorizo a ORTOPEDIA Y ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEPORTIVA, INC. a divulgar cualquier información adquirida durante el curso de mi tratamiento que pueda ser necesaria para procesar mi reclamo. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original. En consideración de los servicios prestados, autorizo que el pago se realice directamente a ORTOPEDIA Y ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEPORTIVA, INC. Tenga en.

COBRANZA. En caso de que esta cuenta sea enviada a un abogado o agencia de cobranza debido a un saldo impago en mi cuenta, acepto y prometo pagar una tarifa de cobranza de \$50.00 o el 20% del saldo total adeudado, el monto que sea mayor. Acepto que si el saldo de mi cuenta tiene más de 90 días, seré responsable de una tarifa por mora de \$50.00.

POLÍTICA DE NO ASISTENCIA. Entiendo que se cobrará \$50.00 por citas canceladas o que no se presenten a menos que se notifique con 24 horas de anticipación, lo cual acepto pagar.

PACIENTES DE MEDICARE. Por la presente, reconozco que no soy miembro de ningún plan de Medicare

HMO.

REFERENCIAS / AUTORIZACIONES. Es responsabilidad del paciente asegurarse de obtener una referencia de su médico de atención primaria y llevar una copia de esa referencia a nuestra oficina. Si no tiene la referencia, es posible que se le pida que reprogramar su cita o puede optar por pagar en su totalidad por los servicios ese día.

COPAGOS, COSEGUROS Y DEDUCIBLES. Los copagos son la cantidad fija que su plan de seguro ha designado como su responsabilidad por cada visita a la oficina. Esta cantidad se recogerá antes de su visita a la oficina. Si en cambio se aplica un coseguro o deducible a su responsabilidad, se le facturará la cantidad adicional una vez que su seguro procese la reclamación.

COMPENSACIÓN LABORAL Y ACCIDENTE DE VEHÍCULO. Facturaremos directamente al asegurador. Usted es responsable de proporcionar la información completa de la reclamación, la dirección de la reclamación y la información de contacto del ajustador. Si su seguro de compensación laboral o PIP rechaza su reclamación, entonces facturaremos a su seguro médico si se proporcionó la información y las referencias necesarias de manera oportuna. NO esperaremos los resultados de ningún litigio para recibir el pago. NO aceptamos "Cartas de Protección". Se le facturará cualquier coseguro y deducible del paciente o si las reclamaciones son denegadas. Usted será responsable de realizar el pago en su TOTALIDAD.

PAGO DIRECTO. Si no cuenta con cobertura de seguro médico, se requiere el pago completo en el momento del servicio.

CHEQUES DEVUELTOS. Si un cheque emitido por usted como pago es devuelto por su banco (por cualquier motivo), se le cobrará la tarifa bancaria. Cualquier pago futuro a nuestra oficina deberá realizarse solo en efectivo o con tarjeta de crédito / débito. He leído toda la información anterior y acepto que, independientemente de mi estado de seguro, comprendo que soy responsable del saldo en mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado.

Print your full name and sign:

X

Ip Address

Form Name: David V. Lopez, M.D. - AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTHCARE INFORMATION (Spanish)

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Apellido:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Nombre anterior:

Seguridad Social #:

Solicito y autorizo al Dr. David Lopez/Especialista en Ortopedia y Medicina Deportiva a divulgar información médica del paciente mencionado anteriormente a:

Nombre:

Dirección

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Esta solicitud y autorización se aplica a:

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

Toda la información médica Otro

Si es otro, por favor explique

Print your full name and sign:

X

Ip Address

ESTA AUTORIZACIÓN CADUCA NOVENTA DÍAS DESPUÉS DE SER FIRMADA.

Form Name: David V Lopez, M.D.- AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS (Spanish)

APELACIONES DE DETERMINACIONES DE GESTIÓN DE UTILIZACIÓN

Tiene derecho a pedirle a su aseguradora, HMO u otra compañía que le brinde servicios de salud beneficios (operador) para cambiar su decisión de administración de utilización (UM) si el transportista determina que un servicio o tratamiento cubierto por su plan de beneficios de salud es o fue no es médicamente necesario.* Esto se llama apelación de UM. También tiene derecho a permitir que un médico, hospital u otro proveedor de atención médica para presentar una apelación de UM por usted. Hay tres etapas de apelación si está cubierto por un plan de beneficios de salud emitido en New Jersey. Etapa 1: el transportista revisa su caso con un profesional de la salud diferente de el que primero revisó su caso. Etapa 2: el transportista revisa su caso mediante un panel eso incluye profesionales médicos capacitados en casos como el suyo. Etapa 3: su caso será revisado a través del Programa Independiente de Apelaciones de Atención Médica de New Jersey Departamento de Banca y Seguros (DOBI) usando una Revisión de Utilización Independiente Organización (IURO) que contrata a profesionales médicos cuyas prácticas incluyen casos como el tuyo. Se requiere que el proveedor de atención médica intente enviarle una carta informándole tiene la intención de presentar una apelación antes de presentar en cada etapa. En la Etapa 3, el proveedor de atención médica compartirá su información personal y médica con DOBI, la IURO y los profesionales médicos contratados por la IURO. Todos son requeridos por ley para mantener su información confidencial. DOBI debe informar datos sobre las decisiones de IURO, pero nunca se incluye información personal en estos informes. Tiene derecho a cancelar (revocar) su consentimiento en cualquier momento. Su obligación financiera, SI CUALQUIERA, no cambia porque elige dar su consentimiento a la representación, o revocar posteriormente tu consentimiento. Su consentimiento para la representación y divulgación de información para la apelación de un UM determinación terminará 24 meses después de la fecha en que firme el consentimiento. ARBITRAJE INDEPENDIENTE DE RECLAMOS Su proveedor de atención médica tiene derecho a llevar ciertos reclamos a una agencia de reclamos independiente. proceso de arbitraje a través del DOBI. Para arbitrar la(s) reclamación(es), el proveedor de atención médica puede compartir parte de su información personal y médica con el DOBI, el arbitraje organización y los profesionales del arbitraje. Todos están obligados a mantener su información confidencial. El DOBI informa datos sobre los resultados del arbitraje, pero no la información personal estará en los informes. Su consentimiento para la divulgación de información para el El proceso de arbitraje finalizará 24 meses después de la fecha en que firme el consentimiento.

**CONSENTIMIENTO A LA REPRESENTACIÓN EN UM APELACIONES Y AUTORIZACIÓN
PARA LIBERAR DE INFORMACIÓN EN UM APELACIONES Y ARBITRAJE DE
RECLAMACIONES**

Yo (nombre del paciente impreso a continuación), por reconocimiento o falta de reconocimiento y firma a continuación, acepto a:

- representación de Orthopaedic & Sports Medicine Specialists, INC. en una apelación de una determinación adversa de UM como permitido por N.J.S.A. 26:2S-11, y divulgación de información de salud personal a DOBI, sus contratistas para el Independent Programa de apelaciones de atención médica y contratistas independientes que revisan la apelación. Mi consentimiento para la representación y La autorización de divulgación de información vence en 24 meses, pero puedo revocar ambas antes.
- divulgación de información de salud personal a DOBI, sus contratistas para el Programa de Arbitraje de Reclamaciones Independientes o el Sistema de Arbitraje Independiente del Capítulo 32, y cualquier contratista independiente que pueda ser requerido para realizar el proceso de arbitraje Mi autorización de divulgación de información para fines de arbitraje de reclamos vencerá en 24 meses.

Print your full name and sign:

X

Ip Address

Relación con el paciente:

SEGURO ID#:

- Yo soy el Paciente
- Soy el representante personal (proporcione la información de contacto en 'Contacto Sección Información del Representante Personal