



Phone 212.686.6321 Fax 212.686.6329

Morris Nejat, M.D.
Erin Banta, M.D.
Robert Lin, M.D.
Sharon Yee, M.D.
Lisa Moreno, M.D.
Marc Braunstein, M.D.
Sima Patel, D.O.

Kristyl Cuenca-Sisko, PA-C
Toni Santiago, PA-C
Jacob Wolfson, PA-C
Marlee Heintz, PA-C
Eric Conologue, PA-C
Jason Herel, PA-C
Cecil Oommen, PA-C

Martin Ronan, PA-C
John Chu, PA-C
Danielle Davis, RN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Form fields for patient information including Name, Address, Phone, and Demographics.

CÓMO SE ENTERÓ DE NYASC?

- Checkboxes for sources of information: Amigo/Familia, Médico, Trabajo, Centro de Salud, Yahoo, Google, Yelp, ZocDoc, NYAllergy.com, etc.

Nombre de persona, médico, o compañía:

SUS OTROS MÉDICOS

Form fields for other doctors: Médico de atención primaria, Médico quien lo refirió, Médico de oído, nariz, y garganta.

INFORMACIÓN DE SEGURO Y LA PERSONA RESPONSABLE (EL SUSCRIPTOR)

Form fields for insurance and responsible person: Relación de paciente al suscriptor, Nombre, Fecha de nacimiento, Dirección, etc.

SU FARMACIA PREFERIDA

Form fields for preferred pharmacy: Farmacia, Dirección/Entre cuales calles, Teléfono, Código postal.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Form fields for emergency contact: Nombre, Teléfono.

AVISO SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

A *nuestros pacientes*. Este aviso describe como utilizamos y divulgamos a su información de salud, como un paciente de esta práctica, y también como Usted puede obtener el acceso a su información médica propia. Esto es necesario por las normas de privacidad creados por un resultado de la ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA).

Nuestro consultorio se dedica al mantenimiento de la privacidad de su información médica. Somos requeridos por ley a mantener la confidencialidad de su información médica. Tenemos cuenta que estas leyes son complicadas, pero tenemos que proveer a Usted la siguiente información importante:

Las siguientes circunstancias pueden requerir a nosotros a utilizar o a divulgar su información médica:

1. A los autoridades de la salud pública y las agencias de la descuida de la salud que son autorizados por ley a recopilar datos personales.
2. Los demandas y simulares trámites legales como resultado de un orden de la corte o administrativa.
3. Si es requerido hacer lo por un funcionario encargado del cumplimiento de la ley.
4. Cuando es necesario para reducir o prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud o seguridad de otro individual o el público. Solamente divulgamos su información a una persona u organización que puede ayudar prevenir a la amenaza.
5. Si Usted es un miembro de la fuerza militar de la EEUA o extranjera (incluso los veteranos) y si es requerido por las autoridades apropiadas.
6. A los funcionarios federales para las actividades de inteligencia y de seguridad nacional autorizados por la ley.
7. A las instituciones correccionales o a los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley si Usted es un recluso en una cárcel, o si está debajo de la custodia de un funcionario encargado del cumplimiento de la ley.
8. Para el Worker's Compensation (la indemnización por accidentes laborales o enfermedades contraídas en el trabajo) u otros simulares programas.

Yo, _____ (el paciente), reconozco que he recibido el aviso sobre las normas de privacidad. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi información médica personal, o para pedir adicionales tratamientos de comunicaciones confidenciales entre la práctica y yo u otros.

Firma del paciente o de la persona responsable: _____

SUS DERECHOS Y SU INFORMACIÓN MÉDICA

1. Las comunicaciones. Usted puede pedir que nuestra práctica comunique con Usted en una manera particular o en una cierta ubicación sobre una cuestión de salud relacionada. Por ejemplo, Usted puede pedir que nosotros ponemos en contacto con Usted en la casa, en vez del trabajo. Acomodaremos pedidas razonables.
2. Correo electrónico es una forma insegura de comunicación. No envía cualquier información sensible. EN CASO DE EMERGENCIA, NO ENVÍE UN CORREO ELECTRÓNICO A NUESTRO PERSONAL - LLAME AL 911. Tenga en cuenta que algunos de correo electrónico puede quedar sin respuesta porque el destinatario puede estar fuera de la oficina o ocupado con pacientes. Si usted no recibe una respuesta después de 3 horas, le recomendamos que nos llame.
3. Usted puede pedir una restricción en nuestro uso o disimulación de su información médica para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud. Adicionalmente, Usted tiene el derecho a pedir que nosotros restringimos nuestra disimulación solamente a ciertos individuales involucrados en su cuidado o pago de su cuidado, tal como miembros de su familia y sus amigos. No somos requeridos a este de acuerdo con su pedida; sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos obligados a nuestro contrato con la excepción de cuando aparte de eso es requerido por ley, en emergencias o cuando la información es necesario para tratar a Usted.
4. Usted tiene el derecho de revisar y obtener una copia de sus expedientes médicos que pueden ser utilizados para tomar decisiones sobre Usted, incluso los registros médicos del paciente y los datos de facturación, pero no incluso apuntes de psicoterapia. Usted tiene que someter su pedida por escrito a NYASC, 116 East 36th St, NY, NY 10016 (o fax 212-686-6329).



Phone 212.686.6321 Fax 212.686.6329

Morris Nejat, M.D.
Erin Banta, M.D.
Robert Lin, M.D.
Sharon Yee, M.D.
Lisa Moreno, M.D.
Marc Braunstein, M.D.
Sima Patel, D.O.

Kristyl Cuenca-Sisko, PA-C
Toni Santiago, PA-C
Jacob Wolfson, PA-C
Marlee Heintz, PA-C
Eric Conologue, PA-C
Jason Herel, PA-C
Cecil Oommen, PA-C

Martin Ronan, PA-C
John Chu, PA-C
Danielle Davis, RN

- 5. Usted puede pedirnos a corregir su información médica si Usted cree que esta incorrecto o incompleto, mientras que la información es guardado por o para nuestro consultorio.
6. El derecho a una copia de este aviso. Usted tiene el derecho de recibir una copia de este aviso sobre las normas de privacidad.
7. El derecho de presentar una queja. Si Usted cree que sus derechos de privacidad han sido violadas, Usted puede presentar una queja con nuestro consultorio o con la secretaria del departamento de salud y de servicios humanos.
8. El derecho de proporcionar una autorización para otros usos o divulgaciones. Nuestro consultorio obtendrá su autorización escrita para usos o divulgaciones que no son identificadas por este aviso o permitido por ley pertinente.

ACUERDO DEL PACIENTE/GARANTE

- 1. En representación de mi mismo y en representación de mi cónyuge e hijos menores, incluyendo mis hijastros, por medio del presente autorizo el tratamiento por NYASC.
2. Acepto la responsabilidad y la garantía del pago para todos los servicios hechos a mí y a mi familia y en caso de incumplimiento en cualquier pago debido al NYASC estoy de acuerdo a pagar todos los cobros de colecto incluso de las agencias de colecciones.
3. Por medio del presente autorizo la divulgación de cualquier información médica o de los datos de facturación como sea necesario para rembolsar a la tercera persona de Medicare, Blue Shield, y/o cualquier otra agencia involucrada en el pago de mi tratamiento.
4. También, dirijo y doy la asignación de pagos de dicho tercera personas a NYASC.
5. Existe una posibilidad (durante el tratamiento) para los trabajadores de cuidado de salud que serán directamente expuestos a mi sangre o a mis fluidos corporales.
6. La función/las obligaciones y autorizaciones expuestas en esta declaración y la asignación del seguro serán vinculante por mí para los servicios prestados a mí y a mi familia en el presente y la futura por NYASC.
7. Autorizo una copia de mis registros médicos de NYASC que sean mandado a mi doctor primario tal como cualquier y todos médicos encargados o consultores.

Por el presente autorizo el pago directo al Dr. Morris Nejat (el doctor y/o cualquier proveedor de servicios) de todos los beneficios de seguro.

Firma del paciente o de la persona responsable:

[Signature box]

RESPONSABILIDAD DE LOS REFERIDOS

Esto es para avisar a Usted que es su responsabilidad, como un paciente, para obtener un referido de su médico de atención primaria para los servicios hechos. Este referido tiene que ser hecho antes de su visita. También es su responsabilidad tener en cuenta y hacer una copia de sus referidos para estar seguro que las visitas o el tiempo de el referido no se acabe. Si usted no obtiene un referido, y su seguro lo requiere, Usted será responsable para el pago al doctor.

Firma del paciente o de la persona responsable:

[Signature box]

Fecha: _____

Testigo: _____



www.NYAllergy.com
Phone 212.686.6321 Fax 212.686.6329

Morris Nejat, M.D.
Erin Banta, M.D.
Robert Lin, M.D.
Sharon Yee, M.D.
Lisa Moreno, M.D.
Marc Braunstein, M.D.
Sima Patel, D.O.

Kristyl Cuenca-Sisko, PA-C
Toni Santiago, PA-C
Jacob Wolfson, PA-C
Marlee Heintz, PA-C
Eric Conologue, PA-C
Jason Heref, PA-C
Cecil Oommen, PA-C

Martin Ronan, PA-C
John Chu, PA-C
Danielle Davis, RN

Cuestionario Para El Paciente

Nombre de Paciente Fecha de Nacimiento

- Motivo de la visita hoy:
¿Adónde ocurre el problema?
¿Durante cuánto tiempo eto esta pasando?
¿Cuándo ocurre esto?
¿Qué es lo que desencadena el problema?
Signos y síntomas asociados:
¿Está tomando algún medicamento?
¿Has recibido la vacuna contra la influenza este año?
¿Ha tenido cirugías?
¿Las hospitalizaciones?



www.NYAllergy.com
Phone 212.686.6321 Fax 212.686.6329

Morris Nejat, M.D.
Erin Banta, M.D.
Robert Lin, M.D.
Sharon Yee, M.D.
Lisa Moreno, M.D.
Marc Braunstein, M.D.
Sima Patel, D.O.

Kristyl Cuenca-Sisko, PA-C
Toni Santiago, PA-C
Jacob Wolfson, PA-C
Marlee Heintz, PA-C
Eric Conologue, PA-C
Jason Herel, PA-C
Cecil Oommen, PA-C

Martin Ronan, PA-C
John Chu, PA-C
Danielle Davis, RN

- ¿Las visitas a la sala de emergencia?
o Sí: (Año y Razón)
o No
Tengo una historia familiar de (cual miembro de su familia, p - padre, h - hermano ó hijo):
o Asma
o dermatitis de contacto
o eccema
o alergia di comida
o colmena
o alergia de insecto
o alergia de látex
o alergia de medicación
o alergia de respiratorio
o otro
o acné
o anemia
o enfermedad autoinmune
o cáncer
o diabetes
o acedia
o alta presión sanguínea
o colesterol alto
o síndrome del intestino irritable
o trastorno de tiroides
Tengo una historia de:
o asma
o dermatitis de contacto
o eccema
o alergia di comida
o colmena
o alergia de insecto
o alergia de látex
o alergia de medicación
o alergia de respiratorio
o otro
o acné
o anemia
o enfermedad autoinmune
o cáncer
o diabetes
o acedia
o alta presión sanguínea
o colesterol alto
o síndrome del intestino irritable
o trastorno de tiroides
Tengo una historia de reacciones alérgicas a:
(Por favor, indique el tipo de comida y el tipo de reacción.)
o comida
o medicación
o látex
o picadura de insectos
¿Tiene usted un autoinyector epipen?
o sí
o no
o sí, pero es expirado
o en el pasado



www.NYAllergy.com
Phone 212.686.6321 Fax 212.686.6329

Morris Nejat, M.D.
Erin Banta, M.D.
Robert Lin, M.D.
Sharon Yee, M.D.
Lisa Moreno, M.D.
Marc Braunstein, M.D.
Sima Patel, D.O.

Kristyl Cuenca-Sisko, PA-C
Toni Santiago, PA-C
Jacob Wolfson, PA-C
Marlee Heintz, PA-C
Eric Conologue, PA-C
Jason Heref, PA-C
Cecil Oommen, PA-C

Martin Ronan, PA-C
John Chu, PA-C
Danielle Davis, RN

- ¿Usted fuma?
o nunca
o todo los días
o algunas veces
o antes fumaba
¿Cuántos por día?
¿Si deja de fumar, cuándo?
Usos de tabacco
o Historia de uso
o Uso tabaco mastcible en los últimos 30 días
o Uso en los últimos 30 días
¿Es usted regularmente expuestas al humo de segunda mano?
o no
o sí, ¿Cuánto? ¿La frecuencia?
¿Bebes alcohol?
o no
o sí, ¿cuántas bebes por semana?
¿Cuál es su ocupación?
Yo vivo en un:
o casa
o apartamento
He vivido allí durante:
o años
o meses
El piso en mi sala es:
o madera
o teja
o área alfombra
o alfombra
El piso en mi dormitorio es:
o madera
o teja
o área alfombra
o alfombra
¿Tiene su casa daño por moho?
o no
o si, ¿adonde?
Mi sótano tiene:
o alfombras
o danos por moho
o un olor a humedad
o sin aparente de moho o daño
o danos por agua
o yo no tengo un sótano
Mi casa es calentada por:
o fuerza central
o calor del radiado
Mi casa es enfriado por:
o fuerza central aire
o no a/c
o ventana unidades



Allergy & Sinus Centers

www.NYAllergy.com

Phone 212.686.6321 Fax 212.686.6329

Morris Nejat, M.D.
Erin Banta, M.D.
Robert Lin, M.D.
Sharon Yee, M.D.
Lisa Moreno, M.D.
Marc Braunstein, M.D.
Sima Patel, D.O.

Kristyl Cuenca-Sisko, PA-C
Toni Santiago, PA-C
Jacob Wolfson, PA-C
Marlee Heintz, PA-C
Eric Conologue, PA-C
Jason Heref, PA-C
Cecil Oommen, PA-C

Martin Ronan, PA-C
John Chu, PA-C
Danielle Davis, RN

-
- Tengo este tipo de humidificador:
 - central
 - unidad separada
 - no humidificador
 - Duermo en:
 - colchón y caja
 - solamente colchón
 - fotón colchón
 - cama de agua
 - Mi colchón es:
 - ____ años de edad
 - ____ meses de edad
 - Yo uso una cubierta del colchón (para las alergias o los ácaros del polvo):
 - sí
 - no
 - Mis almohadas son:
 - pluma
 - no pluma
 - Yo uso fundas de almohada (para las alergias o los ácaros del polvo):
 - sí
 - no
 - Mi consuelo es:
 - pluma
 - no pluma
 - Yo uso una funda nórdica (para las alergias o los ácaros del polvo):
 - sí
 - no
 - Mi edificio tiene un problema con:
 - ratas/ratones
 - cucarachas
 - ninguno
 - Tengo estas mascotas:
 - perro
 - gato
 - otro: _____
 - pájaro
 - ninguno
 - Yo solía tener estos animales domésticos:
 - perro
 - gato
 - otro: _____
 - pájaro
 - ninguno
 - Mis mascotas son permitidas en mi dormitorio:
 - no
 - sí, ¿cuáles? _____
 - Puedo visitar a familiares o amigos que tienen mascotas:
 - no
 - sí, ¿cuáles? _____
 - ¿Cuántos días por mes? _____