



www.NYAllergy.com
Phone 212.686.6321 Fax 212.686.6329

Morris Nejat, M.D.
Erin Banta, M.D.
Payel Gupta, M.D.
Joanne Moreau, M.D.
Robert Lin, M.D.
Sharon Yee, M.D.
Tricia Lee, M.D.

Kristyl Cuenca-Sisko, PA-C
Toni Santiago, PA-C
Sara Lynn Sterling, PA-C
Allison Glaser, PA-C
Martin Ronan, PA-C
Kyle Colquhoun, PA-C
Yelena Solovyeva, PA-C

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____
Dirección: _____ Sexo/Género: Hombre Mujer
Apartamento: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____
Etnia: ¿Se considera usted Hispano / Latino? Sí No
Raza: Indoamericano / Nativo de Alaska Asiático Negro / Afroamericano
 Nativo de Hawai / Islas del Pacífico Blanco Otra Raza
Paciente es: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo Estudiante Niño
Idioma preferido: Inglés Español Otro _____
Contacto preferido: Teléfono de casa Teléfono celular Correo electrónico Portal del Paciente

CÓMO SE ENTERÓ DE NYASC?

Amigo/Familia Médico Trabajo Centro de Salud Yahoo Google Yelp
 ZocDoc NYAllergy.com AdvancedAllergyNY.com Radio TV Metro NY NY Post
Nombre de persona, médico, o compañía: _____

SUS OTROS MÉDICOS

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____
Médico quien lo refirió: _____ Teléfono: _____
Médico de oído, nariz, y garganta: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO Y LA PERSONA RESPONSABLE (EL SUSCRIPTOR)

Relación de paciente al suscriptor: Mismo Niño Esposo Otro _____
Nombre: _____ Teléfono: _____
Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____

SU FARMACIA PREFERIDA

Farmacia: _____
Dirección/Entre cuales calles: _____
Teléfono: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

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).

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. Usted tiene que someter su pedida por escrito a NYASC, 116 East 36th St, NY, NY 10016 (o fax 212-686-6329).
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. Usted puede pedirnos que le dé una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia de este aviso, póngase en contacto con NYASC, 116 East 36th St, NY, NY 10016.
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. Para presentar una queja con nuestro consultorio, póngase en contacto con NYASC, 116 East 36th St, NY, NY 10016. Todas quejas tienen que ser sometidas por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.
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. Entiendo que hay un recargo de \$25.00 para los cheques retornados por cualquier motivo.
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. Entiendo que mi póliza de seguro es un contrato entre yo y mi compañía de seguro que yo soy el responsable por cualquier recargos que no son cubiertos por mi seguro a NYASC. Si el pago de mi seguro no es recibido entre 120 días, mi cuenta será debido y pagadero por mí. Cualquier balanza restante en la cuenta después que el seguro paga será debido y pagadero por mí. Los cargos que no son pagaderos por mi compañía de seguro serán debidos inmediatamente.
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. En el evento de dicho expuesto directo, las leyes del estado requieren una muestra de mi sangre para hacer análisis por la presencia de enfermedades contagioso. Los resultados de estos exámenes serán divulgados a mí y a mi familia y a los trabajadores de cuidado de salud que sufrieron de la exposición.
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:

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:

Fecha: _____

Testigo: _____



www.NYAllergy.com
Phone 212.686.6321 Fax 212.686.6329

Morris Nejat, M.D.
Erin Banta, M.D.
Payel Gupta, M.D.
Joanne Moreau, M.D.
Robert Lin, M.D.
Sharon Yee, M.D.
Tricia Lee, M.D.

Kristyl Cuenca-Sisko, PA-C
Toni Santiago, PA-C
Sara Lynn Sterling, PA-C
Allison Glaser, PA-C
Martin Ronan, PA-C
Kyle Colquhoun, PA-C
Yelena Solovyeva, PA-C

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?



Allergy & Sinus Centers

www.NYAllergy.com

Phone 212.686.6321 Fax 212.686.6329

Morris Nejat, M.D.
Erin Banta, M.D.
Payel Gupta, M.D.
Joanne Moreau, M.D.
Robert Lin, M.D.
Sharon Yee, M.D.
Tricia Lee, M.D.

Kristyl Cuenca-Sisko, PA-C
Toni Santiago, PA-C
Sara Lynn Sterling, PA-C
Allison Glaser, PA-C
Martin Ronan, PA-C
Kyle Colquhoun, PA-C
Yelena Solovyeva, PA-C

- ¿Las visitas a la sala de emergencia?
 - Sí: _____ (Año y Razón)
 - No

- Tengo una historia familiar de (cual miembro de su familia, p - padre, h - hermano ó hijo):

<ul style="list-style-type: none"> ○ Asma <input type="checkbox"/>p <input type="checkbox"/>h <input type="checkbox"/>hijo ○ dermatitis de contacto <input type="checkbox"/>p <input type="checkbox"/>h <input type="checkbox"/>hijo ○ eccema <input type="checkbox"/>p <input type="checkbox"/>h <input type="checkbox"/>hijo ○ alergia di comida <input type="checkbox"/>p <input type="checkbox"/>h <input type="checkbox"/>hijo ○ colmena <input type="checkbox"/>p <input type="checkbox"/>h <input type="checkbox"/>hijo ○ alergia de insecto <input type="checkbox"/>p <input type="checkbox"/>h <input type="checkbox"/>hijo ○ alergia de látex <input type="checkbox"/>p <input type="checkbox"/>h <input type="checkbox"/>hijo ○ alergia de medicación <input type="checkbox"/>p <input type="checkbox"/>h <input type="checkbox"/>hijo ○ alergia de respiratorio <input type="checkbox"/>p <input type="checkbox"/>h <input type="checkbox"/>hijo ○ otro <input type="checkbox"/>p <input type="checkbox"/>h <input type="checkbox"/>hijo _____ 	<ul style="list-style-type: none"> ○ acné <input type="checkbox"/>p <input type="checkbox"/>h <input type="checkbox"/>hijo ○ anemia <input type="checkbox"/>p <input type="checkbox"/>h <input type="checkbox"/>hijo ○ enfermedad autoinmune <input type="checkbox"/>p <input type="checkbox"/>h <input type="checkbox"/>hijo ○ cáncer <input type="checkbox"/>p <input type="checkbox"/>h <input type="checkbox"/>hijo ○ diabetes <input type="checkbox"/>p <input type="checkbox"/>h <input type="checkbox"/>hijo ○ acedia <input type="checkbox"/>p <input type="checkbox"/>h <input type="checkbox"/>hijo ○ alta presión sanguínea <input type="checkbox"/>p <input type="checkbox"/>h <input type="checkbox"/>hijo ○ colesterol alto <input type="checkbox"/>p <input type="checkbox"/>h <input type="checkbox"/>hijo ○ síndrome del intestino irritable <input type="checkbox"/>p <input type="checkbox"/>h <input type="checkbox"/>hijo ○ trastorno de tiroides <input type="checkbox"/>p <input type="checkbox"/>h <input type="checkbox"/>hijo
--	---

- Tengo una historia de:

<ul style="list-style-type: none"> ○ asma ○ dermatitis de contacto ○ eccema ○ alergia di comida ○ colmena ○ alergia de insecto ○ alergia de látex ○ alergia de medicación ○ alergia de respiratorio ○ otro _____ 	<ul style="list-style-type: none"> ○ acné ○ anemia ○ enfermedad autoinmune ○ cáncer ○ diabetes ○ acedia ○ alta presión sanguínea ○ colesterol alto ○ síndrome del intestino irritable ○ trastorno de tiroides
--	---

- Tengo una historia de reacciones alérgicas a:
 (Por favor, indique el tipo de comida y el tipo de reacción.)
 - comida _____
 - medicación _____
 - látex _____
 - picadura de insectos _____

- ¿Tiene usted un autoinyector epipen?

<ul style="list-style-type: none"> ○ sí ○ no 	<ul style="list-style-type: none"> ○ sí, pero es expirado ○ en el pasado
--	--



Allergy & Sinus Centers

www.NYAllergy.com

Phone 212.686.6321 Fax 212.686.6329

Morris Nejat, M.D.
Erin Banta, M.D.
Payel Gupta, M.D.
Joanne Moreau, M.D.
Robert Lin, M.D.
Sharon Yee, M.D.
Tricia Lee, M.D.

Kristyl Cuenca-Sisko, PA-C
Toni Santiago, PA-C
Sara Lynn Sterling, PA-C
Allison Glaser, PA-C
Martin Ronan, PA-C
Kyle Colquhoun, PA-C
Yelena Solovyeva, PA-C

- ¿Usted fuma?
o nunca
o todo los días
o algunas veces
o antes fumaba
¿Cuántos por día?
¿Si deja de fumar, cuándo?
Uso 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 área alfombra
o teja
o alfombra
El piso en mi dormitorio es:
o madera
o área alfombra
o teja
o alfombra
¿Tiene su casa daño por moho?
o no
o si, ¿adonde?
Mi sótano tiene:
o alfombras
o un olor a humedad
o danos por agua
o danos por moho
o sin aparente de moho o daño
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



Allergy & Sinus Centers

www.NYAllergy.com

Phone 212.686.6321 Fax 212.686.6329

Morris Nejat, M.D.
Erin Banta, M.D.
Payel Gupta, M.D.
Yelena Kopyltsova, M.D.
Joanne Moreau, M.D.
Sharon Yee, M.D.

Kristyl Cuenca-Sisko, PA-C
Toni Santiago, PA-C
Sara Lynn Sterling, PA-C
Allison Glaser, PA-C
Christina Bongiorno, PA-C

-
- Tengo este tipo de humidificador:
 - central
 - no humidificador
 - unidad separada
 - Duermo en:
 - colchón y caja
 - fotón colchón
 - solamente 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
 - ninguno
 - cucarachas
 - Tengo estas mascotas:
 - perro
 - pájaro
 - gato
 - ninguno
 - otro: _____
 - Yo solía tener estos animales domésticos:
 - perro
 - pájaro
 - gato
 - ninguno
 - otro: _____
 - 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? _____