



Dr. Miller • Dr. Patel • Dr. Bansal • Dr. Goodman • Dr. Chakravarthy  
**Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc.**

6221 Metropolitan St., Suites 100/201 Carlsbad, CA 92009 • Phone (760) 753-7127 • Fax 760-334-0399  
2020 Camino Del Rio N., Ste. 805, San Diego, CA 92108 • www.CoastalPainGroup.com

## Registro de paciente Nuevo y Gravamen

Nombre legal del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono primario #: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Abogado(a): \_\_\_\_\_ Teléfono del abogado # \_\_\_\_\_

Autorizo a Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc. a realizar o hacer que se realicen dichos exámenes y/o pruebas y a brindar dicho tratamiento y recetar dichos medicamentos. Entiendo que el tratamiento brindado por Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc. está bajo la discreción de sus proveedores y sus habilidades profesionales para ayudar con la recuperación, pero dicha recuperación no puede garantizarse y que dicho médico/asistente médico no puede ser responsable del riesgo normal del examen o tratamiento médico.

Además, autorizo y ordeno a mi médico/asistente médico que proporcione a mi abogado informes médicos detallados sobre mis lesiones y una declaración detallada de los cargos incurridos como resultado de mi accidente.

Además, autorizo e instruyo a mi abogado a retener mi parte de los ingresos de cualquier acuerdo de recuperación, a pagar directamente a mi médico la suma que se deba y le deba a dicho médico por todos los servicios médicos que me brindó, ya sea por razón del anterior accidente o de otros servicios. A dicho médico se le otorga un derecho de retención sobre mi cliente, demanda o recuperación por dicha suma.

Entiendo que sigo siendo directamente responsable ante dicho médico por sus honorarios por los servicios médicos que me brindó, y que mi obligación de pagar los honorarios médicos no depende de la recepción de ningún acuerdo o recuperación de las partes responsables del accidente anterior.

Renuncio a la Ley de limitaciones con respecto al derecho de recuperación de Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Porfavor llene los dos lados de esta forma →**

Dr. Miller • Dr. Patel • Dr. Bansal • Dr. Goodman • Dr. Chakravarthy  
**Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc.**

6221 Metropolitan St., Suites 100/201 Carlsbad, CA 92009 • Phone (760) 753-7127 • Fax 760-334-0399  
2020 Camino Del Rio N., Ste. 805, San Diego, CA 92108 • www.CoastalPainGroup.com

**AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA**

Al firmar a continuación, autorizo la divulgación de los siguientes registros médicos que se enumeran a continuación a Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc. como parte de la continuidad de mi atención. **Registros:** Autorizo la divulgación de mis registros médicos, incluidos, entre otros: registros médicos completos, informes de imágenes, informes de laboratorio, registros hospitalarios, datos de recetas, otras notas de consulta, notas de oficina/progreso, informes quirúrgicos, registros de facturación, registros relacionados con tratamiento de enfermedades mentales, Registros relacionados con el abuso de alcohol o sustancias, así como los relacionados con enfermedades infecciosas. **Término:** Esta autorización permanecerá en vigor durante un (1) año a partir de la fecha de firma de esta autorización. **Rechazo a firmar/derecho a revocar:** Entiendo que puedo negarme a firmar o revocar (en cualquier momento) esta autorización por cualquier motivo y que dicha negativa o revocación no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento por parte de mi atención médica. proveedor. Una fotocopia, fax o copia electrónica de esta autorización se considerará tan eficaz y válida como el original.

INFORMACIÓN DEL TITULAR DEL REGISTRO:

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Reconozco que se me ha dado acceso para leer el Aviso de prácticas de privacidad de Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc. y todos los proveedores afiliados. También he sido informado de que puedo recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad si lo solicito. Este aviso describe cómo Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc. y todos los proveedores afiliados pueden usar y divulgar mi información médica protegida, ciertas restricciones en el uso y divulgación de mi información médica y los derechos que puedo tener con respecto a mi información médica protegida. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia del aviso revisado accediendo a nuestro sitio web, [www.coastalpaingroup.com](http://www.coastalpaingroup.com) o comunicándose con cualquier miembro del personal involucrado en su atención.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**OPEN PAYMENT DATABASE**

La herramienta de búsqueda de pagos abiertos se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos médicos a médicos, asistentes médicos, enfermeras de práctica avanzada y hospitales docentes. Al firmar, reconozco y entiendo que puedo acceder a esta herramienta visitando <https://openpaymentsdata.cms.gov/>

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Porfavor llene los dos lados de esta forma →**