

1484 Williamsbridge Road
Bronx, New York 10461
Tel: 718.828.6800
Fax: 718.828.6586
www.ddiimaging.com

SPANISH REGISTRATION FORM

Type of Exam:

Acct. No.:

Fecha:

Apellido:

Nombre:

Direccion:

Apt:

Ciudad:

Estado:

Zona Postal:

Numero primario:

Numero Cellular:

Numero de trabajo:

()

()

()

Fecha de Nacimiento: / /

Edad:

Sexo:

Hombre

Hembra

Numero de Seguro Social: - -

REFERRING PHYSICIAN

Physicians Name:

Specialty:

Address:

Office Number:

City:

State:

Zip Code:

Fax Number:

PRIVATE INSURANCE INFORMATION

PRIMARY

Carrier:

Policy No.:

Policy Holder:

Group No.:

Phone No.:

Relationship:

SECONDARY

Carrier:

Policy No.:

Policy Holder:

Group No.:

Phone No.:

Relationship:

CONTACTO DE EMERGENCIA

1. Nombre:

Relacion:

Numero :

Cellular:

CO-PAYMENTS

Cash: _____

Check: _____

Other: _____

I hereby authorize payment of medical benefits to this physician for services described above. I also authorize the release of any information necessary to process this claim.

Firma:

Fecha:



Reclamación del empleado

C-3S

Estado de Nueva York - Junta de Compensación Obrera (WCB)

Complete este formulario para solicitar los beneficios de compensación por una lesión laboral o una enfermedad relacionada con el trabajo. Complete con cuidado y use letra de imprenta. También puede completar este formulario en línea en www.wcb.state.ny.us.

Número de caso WCB (si lo sabe): _____

A. INFORMACIÓN PERSONAL (Empleado)

1. Nombre completo: _____ 2. Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Nombre Segundo nombre Apellido mes día año
3. Dirección postal: _____
Número y calle/Código postal Ciudad Estado Código postal
4. N° de seguro social: _____ 5. N° de teléfono: (____) _____ 6. Sexo: Masculino Femenino
7. ¿Habla usted inglés? Sí No En caso negativo, ¿qué idioma habla? _____

B. INFORMACIÓN SOBRE SU(S) EMPLEADOR(ES)

1. Empleador en donde se lesionó: _____ 2. N° de teléfono: (____) _____
3. Dirección del trabajo: _____
Número y calle/Código postal Ciudad Estado Código postal
4. Fecha de inicio del empleo: _____ / _____ / _____ 5. Nombre de su supervisor: _____
mes día año
6. Indique nombre(s)/dirección(es) de otro(s) empleador(es) al momento de la lesión/enfermedad: _____

7. ¿Perdió usted horas de trabajo del otro empleo con motivo de su lesión/enfermedad? Sí No

C. SU TRABAJO en la fecha de la lesión o enfermedad

1. ¿Cuál era su puesto o descripción de trabajo? _____
2. ¿Qué tipo de actividades realizaba usted normalmente en el trabajo? _____

3. ¿Su trabajo era? (marque uno) A tiempo completo A medio tiempo Estacional Voluntario Otro: _____
4. ¿Cuál era su salario antes de impuestos por período de pago? _____ 5. ¿Con qué frecuencia se le pagaba? _____
6. ¿Recibía usted alojamiento o propinas además de su pago? Sí No En caso afirmativo, especifique: _____

D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD

1. Fecha de la lesión o del inicio de la enfermedad: _____ / _____ / _____ 2. Hora de la lesión: _____ AM PM
mes día año
3. ¿Dónde ocurrió la lesión/enfermedad? (por ej., 1 Main Street, Pottersville, en la puerta de acceso) _____

4. ¿Era éste su lugar de trabajo habitual? Sí No En caso negativo, ¿por qué estaba usted en ese lugar? _____

5. ¿Qué estaba haciendo cuando se lesionó o se enfermó? (por ej.: descargando un camión, copiando un informe) _____

6. ¿Cómo ocurrió la lesión/enfermedad? (por ej.: pasaba por encima de una tubería y caí al piso) _____

7. Explique detalladamente la naturaleza de su lesión/enfermedad, incluyendo las partes del cuerpo lesionadas (por ej.: me torcí el tobillo izquierdo y me corté la frente): _____

SU NOMBRE: _____

FECHA DE LA LESIÓN/ENFERMEDAD: ____/____/____
mes / día / año

D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD (cont.)

8. ¿Hubo algún objeto (por ej.: carretilla, martillo, ácido) involucrado en la lesión/enfermedad? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál? _____

9. ¿La lesión ocurrió por estar utilizando u operando un vehículo motorizado licenciado? Sí No

En caso afirmativo, su vehículo un vehículo del empleador otro vehículo Número de placa (si lo sabe): _____

Si su vehículo estuvo involucrado, indique el nombre y dirección de su asegurador: _____

10. ¿Ha notificado la lesión/enfermedad a su empleador (o supervisor)? Sí No En caso afirmativo, la notificación

fue remitida a: _____ en forma: verbal escrita Fecha de notificación: ____/____/____
mes / día / año

11. ¿Hubo algún testigo de la lesión? Sí No Desconocido En caso afirmativo, indique los nombres: _____

E. REGRESO AL TRABAJO

1. ¿Dejó usted de trabajar debido a la lesión/enfermedad? Sí No En caso afirmativo, ¿en qué fecha? ____/____/____
mes / día / año

En caso negativo, pase a la Sección F.

2. ¿Ha regresado al trabajo? Sí No En caso afirmativo, ¿en qué fecha? ____/____/____ tareas normales tareas restringidas
mes / día / año

3. Si ha regresado al trabajo, ¿para quién trabaja usted ahora? Mismo empleador Nuevo empleador Independiente

4. ¿Cuál es su salario antes de impuestos por periodo de pago? _____ ¿Con qué frecuencia se le paga? _____

F. TRATAMIENTO MÉDICO POR ESTA LESIÓN O ENFERMEDAD

1. ¿Cuál fue la fecha de su primer tratamiento? ____/____/____ No recibí tratamiento (pase a la pregunta F-5)
mes / día / año

2. ¿Recibió tratamiento en el lugar de la lesión? Sí No

3. ¿En dónde se le prestó el primer tratamiento médico por su lesión/enfermedad? Ninguno Sala de emergencias

Consultorio del doctor Clínica/Hospital/Servicio de emergencia Internamiento hospitalario por más de 24 horas

Nombre y dirección del lugar en el que le prestó el primer tratamiento médico: _____

Nº de teléfono: (____) _____

4. ¿Aún está bajo tratamiento por esta lesión/enfermedad? Sí No

Indique el nombre y dirección del/los doctor(es) que lo atiende(n) por esta lesión/enfermedad: _____

Nº de teléfono: (____) _____

5. ¿Recuerda alguna otra lesión en la misma parte del cuerpo o una enfermedad similar? Sí No

En caso afirmativo, lo atendió un doctor? Sí No En caso afirmativo, indique los nombres y direcciones del/los doctor/es que lo atendieron y **PRESENTE EL FORMULARIO C-3.3 JUNTO CON ESTE FORMULARIO:** _____

6. ¿La lesión/enfermedad anterior estuvo relacionada con el trabajo? Sí No

En caso afirmativo, ¿trabajaba usted para el mismo empleador que ahora? Sí No

Por la presente realizo una reclamación de beneficios conforme a lo dispuesto en la Ley de Compensación obrera. Con mi firma declaro que la información que aquí suministro es verdadera y exacta a mi mejor saber y entender.

Toda persona que con conocimiento y **INTENCIÓN DE COMETER FRAUDE** presente, haga presentar o prepare información que contenga **FALSEDADES** u omisiones de hechos materiales sabiendo o creyendo que será presentada a un asegurador o auto asegurador o que será presentada por éste **SERÁ CULPABLE DE DELITO** y estará sujeto a **MULTAS SUSTANCIALES Y ENCARCELAMIENTO**.

Firma del empleado: _____ Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

En representación del empleado: _____ Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

Un tercero podrá firmar en nombre y representación del empleado únicamente si está legalmente autorizado para hacerlo y el empleado es un menor, es mentalmente incompetente o está incapacitado.

Estado de Nueva York
JUNTA DE COMPENSACIÓN OBRERA

**AUTORIZACIÓN DE RECLAMANTE PARA PERMITIR ACCESO
A EXPEDIENTES ANTE LA JUNTA**

(De acuerdo a sección 110-a de Ley de Compensación Obrera)

FAVOR LLENAR TODOS LOS APARTADOS. FORMA INCOMPLETA RETRASA EL PROCESO.

Nombre Reclamante	Seguro Social Reclamante	Número Caso y Fecha Accidente	<input type="checkbox"/> WCB	<input type="checkbox"/> DB	<input type="checkbox"/> DISCRIMINACIÓN
-------------------	--------------------------	-------------------------------	------------------------------	-----------------------------	---

Si autorización de relevé incluye otros casos, identifique abajo por número caso wcb/db/btc y/o fecha accidente(s).

SE LE PROHIBE AL RECLAMANTE AUTORIZAR RELEVOS DE INFORMACIÓN ANTE LA JUNTA A POSIBLES FUTUROS PATRONOS O PARA EVALUAR CAPACIDAD DE TRABAJO.

INSTRUCCIONES:

Someta original a la Junta de Compensación Obrera y retenga copia para su expediente. Autorizaciones para acceso a expedientes para algunos fines no es valido por ley. Vea extractos de sección 110-a WCL al dorso de esta forma. Esta autorización es válida hasta que sea revocada por el reclamante. El reclamante puede revocar esta autorización en cualquier momento al notificar por escrito a la Junta de Compensación Obrera.

ESTA AUTORIZACIÓN NO PERMITE ACCESO POR eCASE.

De acuerdo a la Sección 110-a de la ley de Compensación Obrera, YO _____
nombre reclamante

afirmo que soy la persona cuyo nombre aparece como reclamante en el caso arriba indicado y que autorizo a la Junta a discutir mi expediente arriba mencionado y a proveer una copia del expediente arriba mencionado a _____

Nombre de persona específica, Corporación, Asociación, o Entidad Pública o Privada

en _____
dirección

Yo entiendo que quien solicite este relevé podrá ser requerido por la Junta a pagar una tarifa por las copias de estos expedientes.

Firma Reclamante (en tinta)

Fecha

El no proveer la información requerida en esta forma no provocará su denegación, pero retrasará el procesamiento de su solicitud. El proveer su seguro social le permite a la Junta hacer una determinación rápida sobre su requerimiento.

ASSIGNMENT OF BENEFITS

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

In consideration of Services rendered or to be rendered, I hereby assign to the provider of the services and/or his/her assignee so much of my first party no-fault automobile insurance benefits/workers compensation benefits and rights attendants thereto, as shall equal the full amount of the bill for such services and the provider of his assign may secure same in my name.

Kindly furnish my insurance company or their representatives and /or my attorney all information you may have regarding my condition under your treatment or observation, including but not limited to the history obtained,x-ray and physical findings, diagnosis and prognosis.

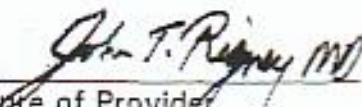
PATIENT'S NAME (PRINTED) _____

SIGNATURE _____ DATE _____

PROVIDER ATTESTATION

With respect to the above assignment of Personal Injury Protection benefits I, do hereby certify that I have not received any payment from or on behalf of the above named injured person, nor do I intend to pursue payment directly from such person in the future, for the services provided on his/her behalf for injuries sustained due to the motor vehicle/work accident which occurred on _____, notwithstanding any prior written agreement to the contrary. This modification agreement shall become null and void if at any time it is determined that benefits are not payable due to the following circumstances: lack of coverage, violation of a policy condition, or determination that the treatments/services rendered are not related to said motor vehicle/work accident. At such time all fee for services will be the responsibility of the above Patient or Parent Legal Guardian if such patient is a minor. I further certify that a copy of this affidavit has been forwarded to same.

DISTINGUISHED DIAG.IMAGING,P.C.
JOHN T.RIGNEY,M.D.
1957 WILLIAMSBRIDGE ROAD
BRONX,NEW YORK 10461



Signature of Provider

Date



John T. Rigney, M.D.
Board Certified Radiologist



1484 Williamsbridge Road
Bronx, New York 10461
Tel: 718.628.6800
Fax: 718.628.6586
www.ddimaging.com

TO: _____ ESQ.

PHONE: () _____

FAX: () _____

RE: REPORTS AND DOCTOR'S LIEN FOR:

PATIENT NAME: _____

ADDRESS: _____

CITY: _____ STATE: _____ ZIP: _____

I hereby authorize Distinguished Diagnostic to furnish you, my attorney, with a full report, diagnosis, treatment, prognosis, etc. of myself in regard to the accident in which I was involved on _____

I hereby authorize and direct you, my attorney, to pay directly to Distinguished Diagnostic the sum of \$_____ for medical services rendered to me, and to withhold this sum from any settlement, judgment or verdict as may be necessary to adequately protect Distinguished Diagnostic. In addition, I hereby give a primary lien to Distinguished Diagnostic on any case that you undertake for me against any third party, against any proceeds of any settlement, judgment or verdict which may be paid to you, my attorney, or myself as a result of such lawsuit or negotiation.

I fully understand that I am directly and fully responsible to Distinguished Diagnostic for all medical bills submitted by them for services rendered on me and that this agreement is made solely for Distinguished Diagnostic's additional protection. I further understand that such payment is not contingent on any settlement, judgment or verdict by which I may eventually recover said fee, and not contingent upon any other liens which I or you, my attorney, may grant to other healthcare providers pursuant to my claims against third parties.

PATIENT'S SIGNATURE: _____ DATE: _____

The undersigned, being the attorney of record for the above indicated patient, does hereby agree to observe all the terms of the above and agrees to withhold such sums from any settlement, judgment or verdict as may be necessary to adequately protect Distinguished Diagnostic in the amount indicated above. This is our entire agreement and no changes may be made thereto unless agreed to in writing signed by all parties.

ATTORNEY'S SIGNATURE: _____ DATE: _____



John T. Rigney, M.D.
Board Certified Radiologist

MR • BONE DENSITOMETRY • X RAY • ULTRASOUND • MAMMOGRAPHY • CT SCAN

1484 Williamsbridge Road
Bronx, New York 10461
Tel: 718.828.6800
Fax: 718.828.6586
www.ddiimaging.com

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I acknowledge that I was provided a copy of the Notice of Privacy Practices and that I have read (or had the opportunity to read if I so chose) and understood the Notice.

Print Name

Date

Name of Parent or Authorized Representative
(If patient is a minor or unable to sign for themselves)

Date

Firma

Fecha