



Date/Fecha: _____

PATIENT REGISTRATION FORM FORMA DE REGISTRACION DE PACIENTE

(Please print clearly and use full legal name, no nicknames/ Por favor escriba con letra de imprenta clara y usar nombre legal)

Patient's First Name: _____ **Last Name:** _____
Nombre del Paciente *Apellido del paciente***Address:** _____
*Dirección***City:** _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____
Ciudad *Estado* *Código Postal***Race/Ethnicity:** _____ **Preferred Language:** _____
Raza/Etnia *Idioma Preferido***Home Phone Number:** _____ **Cell Phone:** _____
Teléfono de Casa *Celular***Email:** _____ **Social Security:** _____
*Número de seguridad social***Date of Birth** ____/____/____ **Age:** ____ **Sex/Sexo:** _____
Fecha de Nacimiento *Edad***Marital Status:** **Married** _____ **Single** _____ **Divorced** _____ **Widowed** _____ **Seperated** _____
Estado Civil: *Casado* *Soltero* *Divorciado* *Viudo* *Separado***Employment:** _____ **Occupation:** _____
Lugar de Trabajo *ocupación***Address:** _____
*Dirección***City:** _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____
Ciudad *Estado* *Código Postal***Emergency Contact:** _____
*Contacto de Emergencia***Relationship to Patient:** _____ **Phone Number:** _____
Parentesco con el Paciente *Número de Teléfono***Referred By:** _____ **Phone Number:** _____
Referido Por *Número de Teléfono***Primary Care Doctor:** _____ **Phone Number:** _____
Doctor Primario *Número de Teléfono*

The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits to be paid directly to the physician. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize The Pain Center of Illinois or insurance Company to release any information required to process my claims. *La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Yo Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al médico. Yo Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. Yo también autorizo a The Pain Center of Illinois, o a la compañía de seguros a proporcionar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.*

Patient/Guardian Signature: _____ **Date:** _____
Firma del Paciente/o Guardian *Fecha*Please email reception@paincenteril.com

HEALTH INSURANCE COVERAGE INSURANCE INFORMATION
INFORMACION DE ASEGURANZA

To be completed by all patients. (In the case of worker's compensation, this information will only be used if your Worker's compensation is denied.)
Para ser completado por todos los pacientes. (En el caso de la compensación al trabajador, esta información solo se utilizará si se le niega la compensación al trabajador)

Primary Health Insurance Name: _____
Nombre de la Aseguranza Principal

Claims Address: _____
Dirección de Reclamaciones

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____
Ciudad Estado Código Postal

Policy or Identification Number: _____
Número de Póliza o Identificación

Group Number: _____ **Insurance Phone Number:** _____
Número de Grupo Número de Teléfono

Insured Full Name: _____
Nombre de la Persona Asegurada

ATTORNEY/ ABOGADO

Please complete if an attorney is representing you regarding this particular illness/injury. *Complete si un abogado lo representa con respecto a esta enfermedad / lesión en particular.*

Attorney's Name: _____ **phone #:** _____
Nombre del abogado número

Address _____ **City** _____ **State** _____ **Zip** _____

Email: _____

Please describe accident/injury/ Describa el accidente / lesión:

The Pain Center of Illinois
5401 S Wentworth Ave
Chicago, IL 60609 22W

The Pain Center of Illinois
360 W Butterfield RD
Elmhurst, IL 60126 STE 100

The Pain Center of Illinois
830 N. Ashland Ave
Chicago, IL 60622

The Pain Center of Illinois
5720 S Pulaski Ave
Chicago, IL 60629

The Pain Center of Illinois
1515 N. Harlem
Oak Park, IL 60302 Ave STE 106

ACCIDENT/INJURY INFORMATION/ INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTES / LESIONES

Motor Vehicle Accident/Accidente de Auto Yes No

LIABILITY- Please complete this section if your illness/injury is the result of an accident (auto or otherwise — but **NOT WORK RELATED**)
RESPONSABILIDAD: Complete esta sección si su enfermedad / lesión es el resultado de un accidente (de automóvil o de otro tipo, pero **NO RELACIONADO CON EL TRABAJO**)

Patient's First Name: _____ **Last Name:** _____
Nombre del Paciente *Apellido del paciente*

Auto Insurance Company _____ **Date of Accident:** _____
Compañía de seguros de automóviles *Fecha del accidente*

Address: _____ City _____ State _____ Zip _____

Policy # _____ Claim #: _____ State where accident occurred _____
Estado donde ocurrió el accidente

Claims Adjuster Name _____ Phone # _____
Nombre del ajustador

Work Related Injury/ Lesión Relacionada con el Trabajo Yes No

WORKER'S COMPENSATION - Please complete this section if your illness/injury is work related. **COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR:** complete esta sección si su enfermedad / lesión está relacionada con el trabajo.

Patient's First Name: _____ **Last Name:** _____
Nombre del Paciente *Apellido del paciente*

Name of Workers Comp Insurance Company: _____
Nombre Compañía de seguros de compensación para trabajadores

Name of Employer Where Accident Occurred: _____
Nombre del Empleador Donde Ocurrió el Accidente **Date of Accident/Injury** _____

Employer Address: _____
Dirección del Empleador

Case Number: _____ **Employer Phone Number:** _____
Número de Caso *Teléfono del Empleador*

Adjuster Name: _____ **Phone Number:** _____
Nombre del Ajustador *Teléfono del Ajustador*

Adjuster Email Address: _____
Correo Electrónico del Ajustador

Personal Injury/other/ Lesión Personal/Orto Yes No

Patient's First Name: _____ **Last Name:** _____
Nombre del Paciente

Date of Accident/Injury _____ **Location/cause of Accident/injury:** _____
Fecha del accidente / lesión: *Luga/causa del accidente / lesión:*

The above information is complete to the best of my knowledge/La información anterior ha sido completada en lo mejor de mi conocimiento

Patient/Guardian Signature: _____ **Date:** _____
Firma del Paciente/o Guardian *Fecha*

CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT/CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO

The following information is to be completed by the patient or the patient's legally authorized representative/parent:
La siguiente información tiene que ser completada por el paciente o un representante/familiar legalmente autorizado:

I consent to medical treatment for myself or for the patient for whom I am the parent or, legally authorized representative. I understand that **The Pain Center of Illinois** will share Patient health information according to federal and state law for treatment, payment, and operations.

*Yo autorizo el tratamiento médico para mí o para el paciente del cual soy familiar o representante legal autorizado. Yo entiendo que **The Pain Center of Illinois** compartirá información médica del paciente de acuerdo a las leyes federales y estatales, para tratamiento, pagos y otras operaciones.*

ACCEPTANCE OF FINANCIAL RESPONSIBILITY/ ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

I understand that the patient is responsible for all charges incurred, regardless of the patient's insurance status. The patient agrees to pay for services as the patient incurs the charges. I authorize the insurance provider to pay **The Pain Center of Illinois**. Please be advised that a separate co pay for services may be applied by your insurance company, in addition, to any facility co pay you may have already paid. Any balance not paid by my insurance company for whatever reason, shall be paid by me upon receipt of billing. I will be responsible for any incidental expenses including all collection costs and reasonable attorney fees.

*Yo entiendo que el paciente es responsable por todos los cargos incurridos, independientemente del estado de la aseguranza. El paciente está de acuerdo en pagar los servicios incurridos. Yo autorizo a mi compañía de seguros a cubrir los servicios de **The Pain Center of Illinois**. Por favor tenga en mente que puede que su aseguranza requiera un copago, en adición del pago que usted ya ha dado a la compañía de seguros. Cualquier saldo no pagado por mi compañía de seguros por cualquier motivo será pagado por mí al momento de la facturación. Seré responsable de cualquier gasto incidental, incluidos todos los costos de cobranza y honorarios razonables de abogados.*

Patient Name: _____
Nombre Del Paciente

Patient/Guardian Signature: _____ **Date:** _____
Firma del Paciente/o Guardian *Fecha*

Relationship of Legally Authorized Representative to patient: _____ **Date:** _____
Parentesco del Representante Legal con el Paciente *Fecha*

Neema Bayran, MD
Pain Specialist /
Anesthesiologist

Brittany Bock, PA-C
Physician Assistant
Certified

Mihail, Beckerman, MD
Pain Specialist/
Anesthesiologist

Intesar Hussain, MD
Pain Specialist /
Anesthesiologist

**THE PAIN CENTER OF ILLINOIS OFFICE POLICIES; MEDICATION & URINE DRUG SCREEN POLIZA DE LA OFICINA SOBRE:
MEDICAMENTOS Y PRUEBAS DE DROGAS EN ORINA**

Please initial on each line after reading

Favor de poner sus iniciales en cada línea después de leer

_____ All opioids and muscle relaxant medications are prescribed through The Pain Center of Illinois and cannot be obtained from any other provider including emergency rooms, urgent cares, dentists, and hospitals. *Todo medicamento opiode y relajante muscular es recetado a través de The Pain Center of Illinois y no puede obtenerse de cualquier otro proveedor, incluso de las salas de emergencia, centros de cuidados urgentes, dentistas y hospitales.*

_____ Refills are done on a month-to-month basis only. Refills require a follow-up visit before prescriptions are written. The patient must pick-up the script themselves. Refills cannot be called into the pharmacy. *Refills or medication changes cannot, and will not be prescribed before they are due. *Se le recetaran sus medicamentos mes a mes únicamente. La continuación del medicamento requiere una vista mensual antes de que se escriba la nueva receta. El paciente tiene que recoger la receta personalmente. Los rellenos del medicamento no se hacen simplemente llamando a una farmacia. Los rellenos o cambios de medicamento no se recetan antes del periodo correspondiente.*

_____ If you "**no show**" an appointment there is a \$25 charge. *Si no se presenta para una cita hay un cargo de \$25.*

_____ If your medications are lost, stolen, or destroyed, they will not be replaced even if you have a police report. *Si sus Medicamentos se han perdido, robado, o se le han destruido, no serán reemplazados aún teniendo un reporte de la policía.*

_____ If you have difficulty with a medication that has been prescribed to you, please call the office to report the problem and make an appointment to be evaluated. *Si tiene alguna dificultad con el medicamento que se le ha recetado, favor de llamar a la oficina para reportar el problema y haga una cita para ser evaluado.*

_____ We strongly urge patients to make your next monthly follow up visit for medications at the time of your last visit. Please do not wait until your medication is out or a few days before due to limited availability for appointment. *Nosotros recomendamos a los pacientes, que hagan la cita para la próxima visita mensual y reponer los medicamentos, al momento de salir de su cita medica. Favor de no esperar hasta que se le agote la medicina o hasta que le falten pocos días para agotarse, dado que hay un número limitado de citas disponibles.*

_____ Urine drug screens are required for all patients receiving opioid prescriptions. You must provide an adequate sample. No opioids will be prescribed until you are able to. *Los análisis de droga en orina son obligatorios para todo paciente que reciba recetas de opioides. Usted tendrá que proveer una muestra adecuada. No se le recetaran opioides antes de que usted cumpla con esto.*

_____ You can face discharge of opioid therapy if you test positive on your urine drug screen for any inconsistencies and other opioid not prescribed by this office, or test. *Usted puede enfrentar el alta de la terapia con opioides si da positivo en la prueba de detección de drogas en orina para detectar cualquier inconsistencia o uso de otro opiode no recetado por esta oficina, o prueba.*

_____ I am consenting to and aware that the Pain Center of Illinois will be searching each month for pharmacy reports to ensure compliance of our polices, misuse of medications etc. Failure to consent to these searches each month will result in no medications being provided during the care per the policy of our practice. Injections and physical therapy would still be offered to the patient. *Yo autorizo y estoy consciente que the Pain Center of Illinois revisara cada mes el reporte de la farmacia para confirmar que las políticas están siendo cumplidas, mal uso de medicamentos, etc. Si usted se niega a dar autorización, por política de lo oficina, sus recetas médicas no serán proporcionadas durante su cuidado médico. Tratamiento con inyecciones y terapia física serán aun ofrecidas.*

_____ We are interventional pain management facility. We do not provide medications for patients unless they are completing the intervention treatments prescribed for them. If you are scheduled for an injections/treatment, and cancel or "no show" 3 times, you are subject to being weaned off opioid medications and/or candidate for discharge from our practice. *Nosotros somos una oficina de manejo del dolor intervencionista. No proveemos medicamentos para pacientes al menos que estén recibiendo tratamiento intervencionista. Si usted ha echo una cita para un tratamiento con inyecciones y cancela o "no se presenta" a su cita 3 veces seguidas, usted puede resultar en ser dado de baja de los medicamentos de opiode y se convierte en candidato para ser dado de baja de nuestra práctica.*

_____ I understand that I may be prescribed potentially dangerous medication and if taken improperly, it may lead to excess sedation, respiratory depression and DEATH. *Yo comprendo que es posible que se me recete un medicamento potencialmente peligroso y que si yo lo tomo de forma inapropiada puede que cause extra sedación, depresión respiratoria y MUERTE.*

_____ I have read and understand the policies on medication refills and urine drug screens and agree to abide by them. *He leído y entiendo las políticas sobre reabastecimiento de medicamentos y pruebas de detección de drogas en orina y acepto cumplir con ellas.*

_____ Medical Records: The information contained in your medical records is strictly confidential. We value the trust you place in us to keep this information confidential and will not release information without your signed permission. If you wish to have a copy of your medical records, please fill out a release form. Please allow days for this process. We will send the records to either the requesting facility or the patient along with an invoice for \$25.00 copying fee. *Registros Médicos: La información contenida en sus registros médicos es estrictamente confidencial. Valoramos la confianza que deposita en nosotros para mantener esta información confidencial y no divulgaremos información sin su permiso firmado. Si desea tener una copia de sus registros médicos, llene un formulario de liberación. Por favor, espere días para este proceso. Enviaremos los registros al centro de solicitud o al paciente junto con una factura de \$25.00 por tarifa de copia.*

Print Name/Nombre _____ Date/Fecha: _____

Patient's Signature/Firma: _____ Date: _____

AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION
THIS AUTHORIZATION GIVES THE PAIN CENTER OF ILLINOIS PERMISSION
TO USE AND/OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION
AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
ESTA AUTORIZACIÓN OTORGA PERMISO A THE PAIN CENTER OF ILLINOIS PARA
USAR Y/O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Patient Name: _____ **Date of Birth** ____/____/____
Nombre del Paciente *Fecha de Nacimiento*

I hereby authorize The Pain Center of Illinois to release and or obtain my medical records (Protected Health Info). *Yo autorizo por este medio a que se divulgar y obener mis registros medicos.*

Personal health information requested / Información de salud personal solicitada

<ul style="list-style-type: none"> Medical record abstract (H&P, discharge summary, operative report/procedure report, pathology, labs and x-rays) <i>Resumen de registros médicos (historia clínica, examen físico, resumen del alta, informe operatorio/informe de procedimiento, patología, pruebas de laboratorios y radiografías)</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> Provider Office Note(s) / <i>Notas de la oficina del proveedor</i> 	<ul style="list-style-type: none"> History & Physical / <i>Historia clínica y examen físico</i>
<ul style="list-style-type: none"> Medication Record(s) / <i>Registros de medicamentos</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Lab Result(s) / <i>Resultados de pruebas de laboratorio</i>
<ul style="list-style-type: none"> Discharge Summary / <i>Resumen de alta</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Billing Information / <i>Información de facturación</i>
<ul style="list-style-type: none"> Pathology / <i>Patología</i> Radiology Reports / <i>Informes de radiología</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Operative Report/Procedure / <i>Reporte operativo/informe de procedimiento</i> Diagnostic Images / <i>Diagnóstico por imágenes</i>
<ul style="list-style-type: none"> Immunization record / <i>Registro de vacunación</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Physical Therapy/Rehab / <i>Terapia física/rehabilitación</i>
<ul style="list-style-type: none"> Hospital progress note(s) / <i>Notas de progreso del hospital</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Entire Medical Record / <i>Historia clínica completa</i>

By signing this authorization, I understand that:
Al firmar esta autorización, entiendo que:

- Any disclosure of information carries with it the potential for unauthorized disclosure and applies to information that may not be protected by federal confidentiality rules. *Cualquier discusión de información conlleva la posibilidad de una divulgación no autorizada y su aplicación puede ser que no este protegida por las normas federales de confidencialidad.*
- I understand the information to be released may include records related to behavior and/or mental health care, alcohol and drug abuse, HIV/AIDS, communicable diseases, domestic/sexual abuse, hepatitis, genetics, family history etc. I may be charged for copies in accordance with state law or federal law. *Entiendo que la información que se*

divulgará puede incluir registros relacionados con la atención de salud mental y/o conducta, el abuso de alcohol y drogas, VIH/SIDA, enfermedades transmisibles, abuso doméstico/sexual, hepatitis, genética, antecedentes familiares, etc. Es posible que me cobren por las copias de acuerdo con la ley estatal o la ley federal.

- I have read and understand this authorization, and authorize use and disclosure of Health Information about the named patient as described in this authorization. *Yo he leído y entiendo esta autorización, y autorizo el uso y divulgación de información de salud acerca del paciente designado como se describe en esta autorización.*

Signature of Patient (18 years or older) _____ **Date:** _____
Firma del Paciente (18 años o más) *Fecha*

Signature of Legal Representative
Relationship to patient: _____ **Date:** _____
Firma del representante legal/ Parentesco con el paciente *Fecha*