ADVANCED RHEUMATOLOGY

Admisión de Nuevos Pacientes – Reumatología

Nombre del paciente: _____ **Nombre del Paciente:** _____

¿Fue referidoa nuestra oficina? Si | No En caso afirmativo, ¿por quien? _____

Motivo de la visita/queja principal: _____

Proveedor de atención primaria: _____

HISTORIA SOCIAL:

Estado civil: ___ Soltero/a ___ Casado/a ___ Viudo/a ___ Apartado/a ___ Divorciado/a ___ Compañero/a de vida

Ocupación actual: _____

____ Desempleado/a ___ Sedentario/a ____ Actividad moderada ___ Obrero/a

Ocupacion pasada: _____ Notas: _____

Estilo de vida/hábitos: ___ Uso de alcohol ____ Uso de drogas intravenosas ____ Uso de otras Drogas ___ Tatuajes ____ Historia de transfusión de sangre ____ Consumo de tabaco: ___ paquetes/día para ____ años

Lista de alergias: _____

Historial quirúrgico pasado: _____

_____

Imagenes**:**_____

Fecha:_/_____/_____ ¿Dónde?_____

MEDICAMENTOS ACTUALES:

Nombre de la droga	Dosis	Direcciones

Farmacia preferida: ☐ Advanced Rx ☐ Otro _____

** Advanced Rx recogida o correo al día siguiente disponible (envío y manejo incluidos).**

Revisado por el médico _____ Fecha _____

Nombre del paciente: _____ **Nombre del Paciente:** _____

HISTORIA FAMILIAR DE REUMATOLOGÍA/ARTRITIS (Nombre las condiciones si las conoce)

___ Madre _____ ___ Padre _____

___ Hermana _____ ___ Hermano _____

___ Otro _____

HISTORIA MÉDICA PASADA

MARQUE si su médico le diagnosticó alguna de las siguientes condiciones:

- ☐ Reflujo ácido/ERGE
- ☐ Anemia
- ☐ Ansiedad
- ☐ Asma
- ☐ Enfermedad intestinal
- ☐ Cáncer
- ☐ Depresión
- ☐ Diabetes
- ☐ TVP (coágulos de sangre en las piernas)
- ☐ Enfisema
- ☐ Dolores de cabeza/migrañas
- ☐ Ataque cardíaco/enfermedad cardíaca
- ☐ Alta presión sanguínea
- ☐ Colesterol alto
- ☐ VIH/SIDA
- ☐ Enfermedad del riñon
- ☐ Enfermedad del higado
- ☐ Aborto espontáneo
- ☐ PE (coágulos de sangre en los pulmones)
- ☐ Neumonía
- ☐ Soriasis
- ☐ Embargo
- ☐ Sinusitis
- ☐ Problemas de sueño/apnea del sueño
- ☐ úlceras de estómago/sangrado
- ☐ accidente cerebrovascular /mini accidente cerebrovascular
- ☐ Enfermedad de tiroides
- ☐ Tuberculosis

HISTORIA REUMATÓLICA DEL PACIENTE

MARQUE cualquiera de las siguientes enfermedades hematológicas que le hayan diagnosticado en el pasado:

- ☐ Antifosfolípido (APS)
- ☐ Necrosis avascular
- ☐ Bursitis
- ☐ Dermatomiositis
- ☐ Fibromialgia
- ☐ Fractura vertebral
- ☐ Fractura, otro
- ☐ Gota
- ☐ Lupus
- ☐ Osteoartritis
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Túnel nervio-carpiano periférico
- ☐ Túnel nervio-tarsal periférico
- ☐ Polimialgia reumática
- ☐ Polimiositis
- ☐ Pseudogota
- ☐ Artritis reumatoide
- ☐ Esclerodermia
- ☐ Síndrome de Sjogren
- ☐ Tendinitis
- ☐ Vasculitis
- ☐ Otro: _____
- ☐ **NINGUNO**

Revisado por el médico _____ Fecha _____

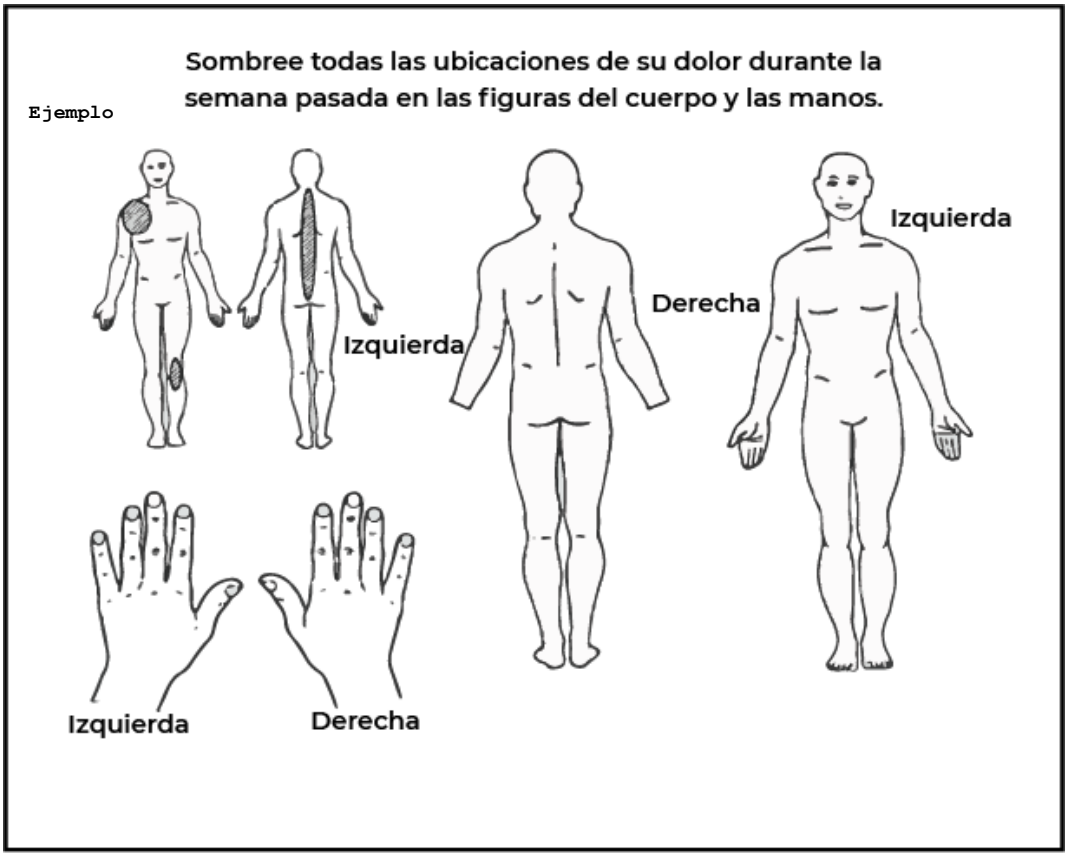
Nombre del paciente: _____ **Nombre del Paciente:** _____

REVISIÓN DE SISTEMAS: *¿Tiene problemas con alguno de los síntomas enumerados?* ***Seleccione*** *si o no*

GENERAL	**S**	**N**	**TRACTO GENITOURINARIO**	**S**	**N**	**SISTEMA NERVIOSO**	**S**	**N**
Escalofríos			Descarga			Control de intestino/vejiga		
Fatiga/cansancio			Dolor al orinar			Dolor de cabeza		
Fiebres			Frecuencia			Hormigueo/entumecimiento		
Sudores nocturnos			Úlcera genital			Otro		
Trastornos del sueño			Sangre en la orina			**OB/GYN**	**S**	**N**
Aumento de peso			Dolor testicular			Menstruaciones anormales		
Pérdida de peso			Otro			Menopausia		
Otro			**OJOS/OÍDOS/NARIZ/ GARGANTA**	**S**	**N**	Otro		
ALERGIA	**S**	**N**	Visión disminuida			**PULMONES**	**S**	**N**
Estacional			Dolor de ojo			Tos		
Otro			Ojos secos			Toser sangre		
CORAZÓN	**S**	**N**	Ojos rojos			Dificultad para respirar		
Dolor de pecho			Síntomas de la ATM			Otro		
Hinchazón de la pierna			Boca seca			**PIEL**	**S**	**N**
Palpitación			Úlceras bucales			Perdida de cabello		
Otro			Inflamación de la glándula parótida			Moretones		
PROBLEMAS HORMONALES	**S**	**N**	Desequilibrio			Erupción cutánea sensible al sol		
Tiroides			Pérdida de la audición			Sarpullido		
Otro			Otro			Raynaud		
ESTOMAGO/INTESTINAL	**S**	**N**	**TRASTORNOS DE LA SANGRE**	**S**	**N**	Úlcera cutánea		
Anorexia			Problemas de sangrado			Otro		
Heces con sangre/alquitranadas			Historial de transfusiones de sangre			**PSIQUIÁTRICA**	**S**	**N**
Estreñimiento			Otro			Depresión		
Diarrea			**MUSCULOESQUELÉTICO**	**S**	**N**	Ansiedad		
Acidez			Dolor en las articulaciones			Otro		
Ictericia			Inflamación de articulaciones			**NOTAS:**		
Malestar estomacal			Debilidad muscular					
Náusea			Rigidez matutina> 1 hora (Sí "S" ____ hrs: ____ mins)					
Vómitos			Dolor muscular					
Otro			Otro					

Revisado por el médico _____ Fecha _____

Nombre del paciente: _____ **Nombre del Paciente:** _____



PE:	N	A
GEN		
HEENT		
RESP		
CVS		
ABD		
MSK		
Paso		
Hombro		
Codo		
Muñeca		
Mano		
Caderas		
Rodilla		
Tobillos		
Pies		
Columna vertebral		

Evaluación:

Plan:

Revisado por el médico _____ Fecha _____

ADVANCED RHEUMATOLOGY

ADVANCED SURGICAL CENTER

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO, CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, GARANTÍA Y DECLARACIÓN DE SERVICIO

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Por la presente, asigno y autorizo el pago realizado directamente a **Advanced Pain Care y su subespecialidad, Round Rock Surgery Center o Advanced Surgical Center** de todos mis beneficios de seguro médico cubiertos, incluidos Medicare, Medicaid, Medigap, HSA, comercial, todos los terceros pagadores. , o planes y seguros privados de atención administrada, ya sean pagaderos directamente a mí por cualquiera o todos los terceros pagadores.

ENTIENDO que mi plan de seguro médico o los terceros pagadores pueden no cubrir parte o la totalidad de los servicios médicos prestados. *Entiendo completamente que soy financieramente responsable y acepto pagar todos los cargos que no paguen mis planes de seguro médico o mis pagadores, incluidos los deducibles y el coseguro, independientemente de la razón dada por la falta de pago. Acepto enviar de inmediato todos los pagos, explicaciones de beneficios y correspondencia que me envíen directamente todos los terceros pagadores relacionados con la atención brindada por Advanced Pain Care y sus subespecialidades, Round Rock Surgery Center o Advanced Surgical Center y acepto que no hacerlo me hará responsable de la totalidad del cargo facturado.* Mi asignación de beneficios cubre Advanced Pain Care y sus subespecialidades, los médicos y el centro quirúrgico de Round Rock Surgery Center o Advanced Surgical Center para todos los servicios que ahora se prestan y que se brindarán en el futuro hasta que se revoque esta asignación. Esta asignación de beneficios reemplaza cualquier asignación o acuerdo anterior que hice con mi compañía de seguros, incluida Blue Cross Blue Shield y sus compañías relacionadas o cualquier otro pagador externo que me pague directamente. Una copia de este formulario se considerará tan válida como el original. He recibido una copia de Advanced Pain Care y sus subespecialidades, el folleto de información para el paciente de Round Rock Surgery Center o Advanced Surgical Center.

ENTIENDO que Advanced Pain Care y sus subespecialidades, Round Rock Surgery Center o Advanced Surgical Center, es un centro quirúrgico autorizado y una clínica de múltiples especialidades y presenta reclamaciones en mi nombre como cortesía. Acepto que soy financieramente responsable de los honorarios de las instalaciones, los cargos por pruebas de laboratorio y los cargos por rayos X en los que se incurra en mi nombre por la atención brindada. Estos cargos serán adicionales a los cargos por la atención que brinden los médicos de Advanced Pain Care y sus subespecialidades, Round Rock Surgery Center o Advanced Surgical Center. Además, entiendo que puedo recibir facturas separadas por cada uno de estos servicios y que soy financieramente responsable de cualquier servicio no cubierto por terceros pagadores, incluidos, entre otros, mi seguro médico y/o planes de atención administrada. Reconozco que *parte o toda* mi atención, incluidas las tarifas del centro quirúrgico, las pruebas de laboratorio, las radiografías, la tomografía computarizada, la DEXA, la resonancia magnética y los servicios médicos pueden ser brindados por proveedores fuera de la red, y que soy financieramente responsable de cualquier aumento de copagos, deducibles y servicios no cubiertos proporcionados fuera de la red.

HE REVELADO los nombres de todos mis planes de seguro médico y terceros pagadores, incluidos los planes secundarios, y declaro que dicha cobertura de atención médica está en pleno vigor y efecto en este momento. También acepto notificar de inmediato a Advanced Pain Care y sus subespecialidades, Round Rock Surgery Center o Advanced Surgical Center, sobre cualquier cambio en mi plan y/o cobertura de seguro médico, así como sobre cualquier cambio en mi dirección y número de teléfono. Entiendo que si no lo hago, puedo ser completamente responsable de toda la factura. En consideración a los servicios que se me brindaron, por la presente acepto pagar cualquier saldo adeudado *dentro de los treinta (30) días* posteriores a la presentación de mi factura. Si mi cuenta entrara en mora y los esfuerzos de cobranza se hicieran necesarios, acepto pagar el 1% por mes de cargos por mora y cualquier cobranza razonable y/o honorarios de abogado incurridos. Además, estoy de acuerdo en que el *CONDADO DE TRAVIS, TX* será el lugar para los esfuerzos de cobranza, incluido el tribunal de reclamos menores y para cualquier otro litigio requerido para cobrar los montos adeudados.

ADVANCED RHEUMATOLOGY

ADVANCED SURGICAL CENTER

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

ENTIENDO que, en última instancia, es mi responsabilidad obtener todas las autorizaciones de derivación y/o precertificaciones requeridas para los servicios médicos que son requeridos por mi plan de seguro médico y/o terceros pagadores. Reconozco que esto no es responsabilidad de Advanced Pain Care y sus subespecialidades, Round Rock Surgery Center o Advanced Surgical Center

TAMBIÉN RECONOZCO que ningún empleado de Advanced Pain Care y sus subespecialidades, Round Rock Surgery Center, Advanced Surgical Center o cualquier otra parte ha brindado garantías sobre: (1) mi tratamiento; (2) si será pagado por terceros pagadores o planes de seguro médico; o (3) si la atención brindada por Advanced Pain Care y sus subespecialidades, Round Rock Surgery Center o Advanced Surgical Center, incluidos, entre otros, los servicios médicos, los servicios de radiología y las tarifas del centro quirúrgico, están dentro o fuera de la red con mi planes de seguro.

ACEPTO cooperar plenamente con Advanced Pain Care y sus subespecialidades, Round Rock Surgery Center o Advanced Surgical Center para ayudarlos en sus esfuerzos para que las reclamaciones se paguen en mi nombre, pero entiendo que, en última instancia, soy financieramente responsable y acepto pagar y pago de garantía incondicional, de todos los cargos no pagados por mi plan de seguro médico o terceros pagadores.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

ADVANCED RHEUMATOLOGY

POLÍTICA FINANCIERA

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Gracias por elegir **Advanced Pain Care and it's sub-speciality, Advanced Surgical Center** como su proveedor medico. Lo siguiente es nuestra política financiera. Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de nuestras políticas de pago, no dude en consultar al personal de nuestra oficina. Pedimos que todos los pacientes lean y firmen nuestra política financiera antes de ver a un proveedor de atención médica.

La porción del pago del paciente, incluido el copago, el deducible y/o el saldo de la cuenta, se debe en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos previos con el Departamento de Facturación.

Aceptamos asignaciones con la mayoría de las principales compañías de seguros y planes de proveedores participantes. Sin embargo, debes entender que: ***(Por favor anote sus iniciales abajo)***

_____1. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. NO somos parte de ese contrato. Nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros. Verificamos sus beneficios como cortesía y no garantizamos la cobertura o el pago.
_____2. Todos los cargos son su responsabilidad, sin importar si su compañía de seguros pague o no.
_____3. Las tarifas por los servicios, junto con los deducibles y copagos no pagados, se deben al momento del tratamiento
_____4. Si su compañia de seguros no paga el saldo en su totalidad dentro de 30 días, le pedimos que se comunique con la compañía de seguros para solicitar un pago inmediato. Informe a nuestra oficina de su respuesta.
_____5. Cheques devueltos serán sujetos a un cargo de cobro de $25.00. Si el cheque no se recoge dentro de los 10 días, puede ser entregado a la policía.
_____6. La terminación de formas es sujeto a un cargo de $25.00.
_____7. Las cancelaciones sin 24 horas de aviso previo son sujectas a un cargo de $25.00.
_____8. Los saldos impagos de más de 90 días pueden etar sujetos a cobranzas a través de un tribunal de reclamos menores, un abogado y/o una agencia de cobranza con las tarifas de cobranza aplicables. Todas las tarifas de cobro son la responsabilidad del paciente.

Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su saldo. Lo lentamos a que comunique dichos problemas para que podamos ayudarly en la administración de su cuenta.

Autorización para liberar y asignar Beneficios de Seguro: Yo autorizo la divulgación de **CUALQUIER** información médica, incluyendo el abuso de substancias, salud psiquiátrica, y registros de VIH/SIDA HIV/AIDS, requiridas para actuar sobre **CUALQUIER** reclamo de seguro médico y permitir la reproducción de fotografías u otro facsímil de esta autorización en lugar de la asignación original. Por lo presente asigno a **Advanced Pain Care, Advanced Rheumatology Care, Advanced Addictionology Care y Advanced Surgery Center** los beneficios médicos y/o quirúrgicos que tengo derecho de mi(s) compañía(s) de seguro y/o Medicare y Medicaid. Esta autorización está vigente para todas las reclamaciones futuras hasta que decida revocarla por escrito.

Yo, el firmante, entiendo y acepto la política financiera anterior. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos por mi tratamiento médico. He tenido la oportunidad de preguntar y recibir respuestas a mis preguntas a mi entera satisfacción.

Firma del Paciente_____ Fecha: _____

Relación al paciente, si no el paciente _____ Testigo:_____

Mark Malone MD PA incluye Advanced Pain Care, Advanced Rheumatology, y Advanced Addictionology Care.

ADVANCED RHEUMATOLOGY

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Yo Entiendo que bajo La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), tengo ciertos DERECHOS DEL PACIENTE con respecto a mi información de salud protegida.

Yo Entiendo que Advanced Pain Care and it's sub-speciaity, Advanced Surgical Center puede usar o divulgar mi información de salud protegida para mi tratamiento, pago o operaciones de atención médica que significa: brindándome atención médica, el paciente; manejo de facturación y pago; y encargarse de otras operaciones de atención médica. A menos que lo exija la ley, no habrá otros usos o divulgaciones de esta información sin mi autorización.

Yo Autorizo Advanced Pain Care and it's sub-specialty, Advanced Surgical Center a comunicarse con mi **PCP** *(Médico de Atención Primaria)***: Dr.**_____ Teléfono #: ( )_____

Advanced Pain Care and it's sub-specialty, Advanced Surgical Center tiene un documento detallado llamado el ***'Aviso de Prácticas de Privacidad'***. Contiene una descripción completa de sus derechos a la privacidad y cómo podemos usar y divulgar mi información médica protegida.

Yo Entiendo que tengo derecho a leer el ***'Aviso de Prácticas de Privacidad'*** antes de firmar este documento. Si pido, Advanced Pain Care and it's sub-specialty, Advanced Surgical Center me daran la copia más reciente de "***Aviso de Prácticas de Privacidad'.***

Mi Firma abajo indica que se me ha dado la oportunidad de revisar dicha copia del ***''Aviso de Prácticas de Privacidad'.*** Mi firma indica que yo consiento y permito que Advanced Pain Care and it's sub-specialty, Advanced Surgical Center use y divulgue mi información médica protegida para realizar operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Tengo derecho a revocar el consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Advanced Pain Care and it's sub-specialty, Advanced Surgical Center ha tomado medidas confiando en este consentimiento.

_____ _____

Firma del paciente ***Fecha***

_____ _____

Relación al paciente si firmado por un tercero **Fecha**

Puede obtener una copia de nuestro ***'Aviso de Prácticas de Privacidad''*** incluyendo revisiones a nuestra ***''Aviso de Prácticas de Privacidad'*** en cualquier momento contactando: Advanced Pain Care and it's sub-specialty, Advanced Surgical Center at 2000 S. Mays St, Round Rock Texas 78664 or (512) 244-4272.

**** **USO DE OFFICINA** ****

Firma abajo cuando se complete

Fechas de Consentimiento han sido actualizadas en Athena _____

ADVANCED RHEUMATOLOGY

AUTHORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

- Autorizo a Advanced Pain Care a divulgar información de mi registro médico como se describe en este formulario.
- Muchos de nuestros pacientes permiten que los miembros de la familia llamen y discutan información médica, soliciten resurtidos de recetas, registros médicos y resultados de pruebas, formularios de recogida, etc. Bajo los requisitos de HIPAA no podemos dar esta información a alguien sin el consentimiento del paciente. Si desea que se divulgue su información médica a familiares, debe firmar este formulario. Firmar este formulario solo dará su consentimiento para divulgar dicha información a las personas indicadas a continuación.

Nombre	Relación	Número de teléfono
Nombre	Relación	Número de teléfono

Marque todos que aplican a los nombrados arriba:

___En cuanto a cita, hora y fecha ___Discutir resultados de laboratorio ___Discutir resutados de imágenes

___Discutir la atención médica, un problema o inquietud ___Recojer medicamentos ___Recojer Formularios

___Discutir asuntos financieras

DERECHO A REVOCAR: *Yo entiendo que me puedo retirar en cualquier momento mediante un aviso por escrito que indique mi intención de TERMINAR esta autorización para* ***Advanced Pain Care 2000 S. Mays St., Suite 201 Round Rock, TX 78664****. Yo entiendo que acciones previas tomadas en dependencia de esta autorización por entidades que tenían permiso a acceder mi historia clínica no serán afectqadas. Entiendo que Advanced Pain Care no condicionará el tratamiento a si firmo esta autorización.*

AUTORIZACIÓN DE FIRMA: *He leído este formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información como se describe. Entiendo que negarse a firmar este formulario no detiene la divulgación de mi información médica que occurrieron antes de la revocación o que de otro modo está permitido por la la sin mi autorización o permiso específico, incluyendo las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto por el Código de Salud y Seguridad de Texas 181.154(c) and/or 45 C.F.R. 164.502(a)(1). Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede ser sujeta a una nueva divulgaci´øn por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.*

Esta autorización caducará en 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique otra fecha: _____

Firma del Paciente	Fecha
Representante Legal	Relación al Paciente
Testigo	Fecha

ADVANCED RHEUMATOLOGY

CONSENTIMIENTO INFORMADO - REUMATOLOGÍA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

POR FAVOR INICIE CADA PÁRRAFO QUE SIGNIFICA CONSENTIMIENTO Y COMPRENSIÓN

_____ Solicito voluntariamente y tengo la intención de recibir servicios médicos reumatológicos clínicos y de diagnóstico y tratamientos relacionados de Advanced Pain Care y sus subespecialidades; su personal con y sin licencia. Entiendo que Advanced Pain Care y sus subespecialidades brindan atención para ayudarme o permitirme remediar o recuperarme de una dolencia. Sin embargo, entiendo que Advanced Pain Care y sus subespecialidades no pueden garantizar ningún resultado específico de esta prestación de atención. También entiendo y acepto que mi aceptación de la atención es voluntaria. Advanced Pain Care y sus subespecialidades pueden hacer recomendaciones de tratamiento (incluidos procedimientos médicos), pero yo, en última instancia, tengo la opción de aceptar y / o participar en dicho tratamiento. En consecuencia, entiendo que puedo retirar mi consentimiento para el tratamiento en cualquier momento.

_____ Doy a Advanced Pain Care y sus subespecialidades el permiso y la autoridad para realizar (u ordenar) laboratorios, radiografías y/u otros estudios de diagnóstico. Entiendo que estos procedimientos clínicos suelen ser beneficiosos, pero a veces pueden causar daño. También entiendo que, en casos raros, una deformidad física o patología subyacente puede hacerme susceptible a lesiones. Advanced Pain Care y sus subespecialidades me informarán si no pueden tratarme, pero es mi responsabilidad dar a conocer las enfermedades patológicas o deformidades de las que tenga conocimiento y de las que Advanced Pain Care y sus subespecialidades de lo contrario, no lo sepas. Advanced Pain Care y sus subespecialidades brindan atención reumatológica, que no puede abarcar y no abarca todas las especialidades médicas; Entiendo y acepto que debo consultar con el especialista correcto para conocer los procedimientos clínicos y de diagnóstico adecuados para la atención no reumatológica.

_____ Entiendo que Advanced Pain Care y sus subespecialidades pueden recetar medicamentos según sea necesario. Entiendo que todos los medicamentos tienen el potencial de producir efectos secundarios y que los medicamentos recetados para afecciones reumatológicas pueden tener efectos secundarios potenciales graves, como un mayor riesgo de infecciones graves. Acepto revisar cualquier literatura proporcionada por Advanced Pain Care y sus subespecialidades antes de comenzar a tomar mi medicación y acepto los riesgos que acompañan a la medicación que me recetan. Acepto no cambiar mi dosis ni suspender ese medicamento sin el conocimiento y la orientación de Advanced Pain Care y sus subespecialidades o, cuando corresponda, de otro proveedor de atención médica autorizado.

_____ Entiendo que Advanced Pain Care y sus subespecialidades pueden recetar, realizar o recomendar procedimientos médicos como inyecciones, infusiones y aspiraciones de articulaciones o tejidos blandos. Entiendo que estos procedimientos médicos pueden tener efectos secundarios. Aunque por lo general es seguro, es posible tener una reacción negativa al medicamento o al procedimiento en sí, lo que incluye infección, sangrado, dolor, decoloración / cicatrización de la piel y el riesgo de que el procedimiento/medicamento no sea efectivo. Independientemente, estoy dispuesto a aceptar estos riesgos y, al solicitar o permitir que Advanced Pain Care y sus subespecialidades realicen estos procedimientos, confirmo doblemente mi aceptación de los riesgos asociados con estos procedimientos.

ADVANCED RHEUMATOLOGY

CONSENTIMIENTO INFORMADO - REUMATOLOGÍA

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

_____ Aunque mi participación es voluntaria, entiendo que el logro de los mejores resultados posibles para mi atención requerirá que cumpla con las recomendaciones de tratamiento y el plan de tratamiento de Advanced Pain Care y su subespecialidad, que incluye asistir a las citas programadas regularmente. Además, entiendo que pueden existir otros tratamientos además de Advanced Pain Care y sus recomendaciones de subespecialidades.

_____ Durante el curso de su relación médico/paciente con Advanced Pain Care y sus subespecialidades, es posible que le receten medicamentos que se pueden surtir en Advanced Rx Pharmacy. La dirección de la farmacia es 2000 South Mays Street Suite 200, Round Rock, TX 78664. Por la presente, se le informa que Advanced Pain Care y sus subespecialidades tienen un interés de inversión en la farmacia. Esta información se proporciona para ayudarlo a tomar una decisión informada sobre su atención médica. Tiene derecho a elegir su farmacia. Tiene la opción de obtener la receta ordenada por su médico en Advanced Rx Pharmacy o en cualquier otra farmacia que elija. Su médico, Advanced Pain Care o Advanced Rx Pharmacy no lo tratarán de manera diferente si elige usar un centro diferente.

_____ Después de leer lo anterior, por la presente solicito que Advanced Pain Care y sus subespecialidades me brinden tratamiento, y por la presente acepto el riesgo de cualquier efecto secundario desconocido asociado con el tratamiento o el medicamento recetado.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma de testigo: _____ **Fecha:** _____

ADVANCED RHEUMATOLOGY

CALIDAD: DEMOGRAFÍA

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Idioma

- ☐ inglés
- ☐ español
- ☐ Otro: _____

Raza

- ☐ Indio americano o nativo de Alaska
- ☐ Asiático
- ☐ Chino
- ☐ Filipino
- ☐ Japonés
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Blanco o caucásico
- ☐ Nativo hawaiano
- ☐ Multi-Racial
- ☐ Otro: _____

Etnicidad

- ☐ Hispano o latino
- ☐ No hispano o latino

Estado civil

- ☐ Casado
- ☐ Soltero
- ☐ Viudo
- ☐ Pareja

Correo electrónico del portal

Porfavor proporcione un correo electrónico para acceder el portal del paciente: _____

<u>Consentimiento para enviar mensajes de texto y llamadas</u>

¿Le da permiso a Advanced Pain Care para enviarle mensajes de texto? ☐ Sí ☐ No

¿Le da permiso a Advanced Pain Care para que lo llame? ☐ Sí ☐ No

_____ _____

Firma del Paciente **Fecha**

**** **USO DE OFICINA SOLAMENTE******

Inicial de personal cuando sea completado

Race / Ethnicity / Language updated in Athena _____

Portal Registration: Y or N If no, did they decline and you print portal URL? Y or N _____

ADVANCED RHEUMATOLOGY

CANCELACIÓN DEL PACIENTE Y ACUERDO DE NO PRESENTACIÓN

Para servir mejor a nuestros pacientes y brindar una atención excelente, Advanced Pain Care (APC) aplicará una nueva política de cancelación, no presentación y / o llegada tardía, a partir del 1 de agosto de 2022. Con el fin de proporcionarle atención médica de alta calidad, es importante que asista a su cita programada con el proveedor médico. Se ha reservado un tiempo valioso para usted o su familiar. Una cita perdida o la cancelación tardía de una cita resulta en tiempo perdido que podría haber sido dado a otro pacienteen espera de recibir atención.

APC intentará recordarle su cita (a través de su método preferido de comunicación). However, es su responsabilidad mantener un registro de su cita y llegar a tiempo. Si necesita cancelar o reprogramar su cita, llame o envíe un mensaje de texto con 24 horas de anticipación (entre las 8:00 AM y las 5:00 PM). Nos damos cuenta de que puede ocurrir una emergencia y es posible que no pueda notificarnos. Discutiremos tales situaciones con usted si ocurren tales emergencias.

APC clasifica una llegada tardía como más de 40 minutos después de la hora de la cita asignada. Despuésde más de tres (3) no presentaciones, cancelaciones y / o llegadas tardías dentro de un período de seis (6) meses, unaPC suspenderá sus privilegios de programación y buscará que vea a su médico de referencia para una remisión a APC.

Una no presentación será multada con $ 25, y esto debe pagarse antes de programar otra cita.

Gracias por trabajar con nosotros para garantizar que los servicios se brinden a todos nuestros pacientes de la mejor manera posible .

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

ADVANCED RHEUMATOLOGY

Carta de Farmacia

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estimados pacientes:

Debido a las nuevas regulaciones gubernamentales, será mucho más difícil obtener la aprobación de los analgésicos en su farmacia a partir del 1 de enero de 2019.

Su farmacéutico deberá llamar a su médico y discutir su(s) receta(s). En muchos casos, esto puede llevar días. Además, su compañía de seguros tendrá mayores requisitos de autorización previa que pueden retrasar las recetas.

Le recomendamos encarecidamente que utilice nuestra farmacia para evitar esta pesadilla burocrática. Nuestros farmacéuticos tienen acceso a nuestros registros médicos electrónicos y pueden confirmar, comunicarse y obtener autorización rápida y sin problemas para nuestras recetas.

No habrá espera. Sus recetas estarán listas para ser recogidas al día siguiente o enviadas por correo a su puerta dentro de 1-2 días. Los tendremos en stock.

Otra regulación es que ninguna farmacia puede surtir solo sustancias controladas. Le pedimos que por cada receta controlada, también surta al menos otra receta no controlada. Sus medicamentos se pueden transferir con una simple llamada de nuestros farmacéuticos. También podemos surtir medicamentos para su familia y mascotas para su conveniencia.

Sus citas de seguimiento se programarán aproximadamente dos días antes de quedarse sin medicamentos, lo que le dará a su médico y farmacéutico tiempo para satisfacer todos los nuevos requisitos.

☐ Si desea que Advanced Rx se convierta en su farmacia, marque la casilla.

Firme a continuación indicando que ha leído y se le ha informado acerca de las nuevas reglas impuestas por el gobierno para los prescriptores y farmacéuticos con respecto a los reabastecimientos de medicamentos controlados que entrarán en vigencia en enero de 2019.

No dude en hablar conmigo, con su proveedor o con cualquier miembro del personal si necesita más información..

Atentamente,

Mark T. Malone, M.D.

Nombre del paciente: _____ Firma: _____

Fecha: _____

Advanced Pain Care y el Dr. Malone tienen un gran interés en Advanced Rx Pharmacy.

Todos los pacientes tienen derecho a recibir una copia de su receta y a que se la surtan en el lugar que deseen.