

Administración de Opioides Ingreso de Nuevos Pacientes

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Tómese unos minutos para completar esta ficha médica para facilitar su cita hoy.

Antecedentes psiquiátricos pasados

¿Tratamiento ambulatorio? Si | No

En caso que si, describa:

| <u>Cuándo</u> | <u>¿Por quién?</u> | <u>Naturaleza del tratamiento</u> |
|---------------|--------------------|-----------------------------------|
| | | |
| | | |

¿Hospitalización Psiquiátrica? Si | No

En caso que si, describa:

| <u>Cuándo</u> | <u>¿Dónde?</u> | <u>Razón</u> |
|---------------|----------------|--------------|
| | | |
| | | |

¿Medicamentos psiquiátricos pasados? Si | No

En caso que si, describa:

| <u>Nombre del medicamento</u> | <u>Dosis</u> | <u>¿Con qué frecuencia lo tomas?</u> | <u>¿Para qué sirve?</u> | <u>¿Quién lo prescribe?</u> |
|-------------------------------|--------------|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

¿Actualmente está viendo a un proveedor de salud mental?? Si | No

Nombre del proveedor: _____

Diagnóstico: _____

¿Qué te trae a la consejería en este momento? ¿Hay algo específico, como un evento en particular?

Sé tan detallado/a como puedas: _____

¿Estás pensando en lastimarte a ti mismo/a?

Si | No



Ingreso de Nuevos Pacientes - Manejo del Dolor

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Sobre su dolor:

Queja principal (Razón por su visita) : _____

¿En dónde se ubica su dolor exactamente? _____

¿Cuándo empezó su dolor? _____

Describe su dolor (dolor, ardor, calambres etc.): _____

¿Es constante? Si | No ¿Cuánto tiempo dura? _____

Clasifica su dolor: Sin dolor- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10- Peor dolor

Clasifica su dolor con medicamento (si aplica): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué empeora su dolor? _____ ¿Qué lo disminuye? _____

¿Cuales medicamentos está tomando para su dolor (si aplica)? _____

¿Cuales medicamentos ha probado para tratar el dolor? _____

¿Sus medicamentos del dolor son satisfactorios? Si | No Si no, pruebas genéticas pueden dar con la respuesta.

Farmacia Preferida: Advanced Rx Otro: _____

Advanced Rx - recogida o envío al día siguiente disponible(cargos postales incluidos).

¿Cuales tratamientos para este dolor ha recibido? _____

¿Ha intentado terapia física? Si | No ¿Cuándo? _____

¿Ha sido tratado por un especialista del dolor? | Si | No ¿Cuándo? _____ ¿Por quién? _____

Historial de Medicamentos

| Nombre del Medicamento | Dosis | ¿Cuándo lo toma? | ¿Para qué es? | ¿Quién lo receta? |
|------------------------|-------|------------------|---------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

¿Tiene alguna alergia a algún medicamento? Por favor registra:

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Historia Médica Previa

| <u>Tipo de Cirugía</u> | <u>Detalles</u> | <u>Fecha y hospital</u> |
|------------------------|-----------------|-------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Hospitalizaciones no incluyendo cirugía (incluye fecha y hospital): _____

| <u>Condición/Diagnóstico</u> | <u>Detalles</u> | <u>Médico Tratante</u> |
|------------------------------|-----------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Detalles: _____

| <u>Tipo de Imágenes</u> | <u>Parte del Cuerpo</u> | <u>Nombre de la Clínica</u> |
|-------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Historia Social

¿Usa tabacco? Si | No

Cajas diarias _____ por _____ años.

¿Usa alcohol? Si | No

Bebidas diarias _____ por _____ años.

¿Cualquier uso de drogas recreativas? Si | No Drogas usadas _____

¿Dieta especial? Sin Lactosa Sin Cafeina Diabetico Vegetariano Vegano Otro _____

¿Estado Civil? Soltero/a Casado/a Divorciado/a Vuido/a ¿Trabaja actualmente? Si | No

¿Si no, quién te sacó del trabajo? _____ ¿Si si, de qué trabaja? _____

¿Cuándo dejó de trabajar (si aplica)? _____

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Historia Familiar

Su madre ha tenido: Diabetes | Hipertensión | Cáncer | Otro _____

Su padre ha tenido: Diabetes | Hipertensión | Cáncer | Otro _____

Sus hermanos han tenido: Diabetes | Hipertensión | Cáncer | Otro _____

Sus hijos han tenido: Diabetes | Hipertensión | Cáncer | Otro _____

Los padres de su madre han tenido: Diabetes | Hipertensión | Cáncer | Otro _____

Los hermanos de su madre han tenido: Diabetes | Hipertensión | Cáncer | Otro _____

Los padres de su padre han tenido: Diabetes | Hipertensión | Cáncer | Otro _____

Los hermanos de su padre han tenido: Diabetes | Hipertensión | Cáncer | Otro _____

Algún otro familiar suyo: _____

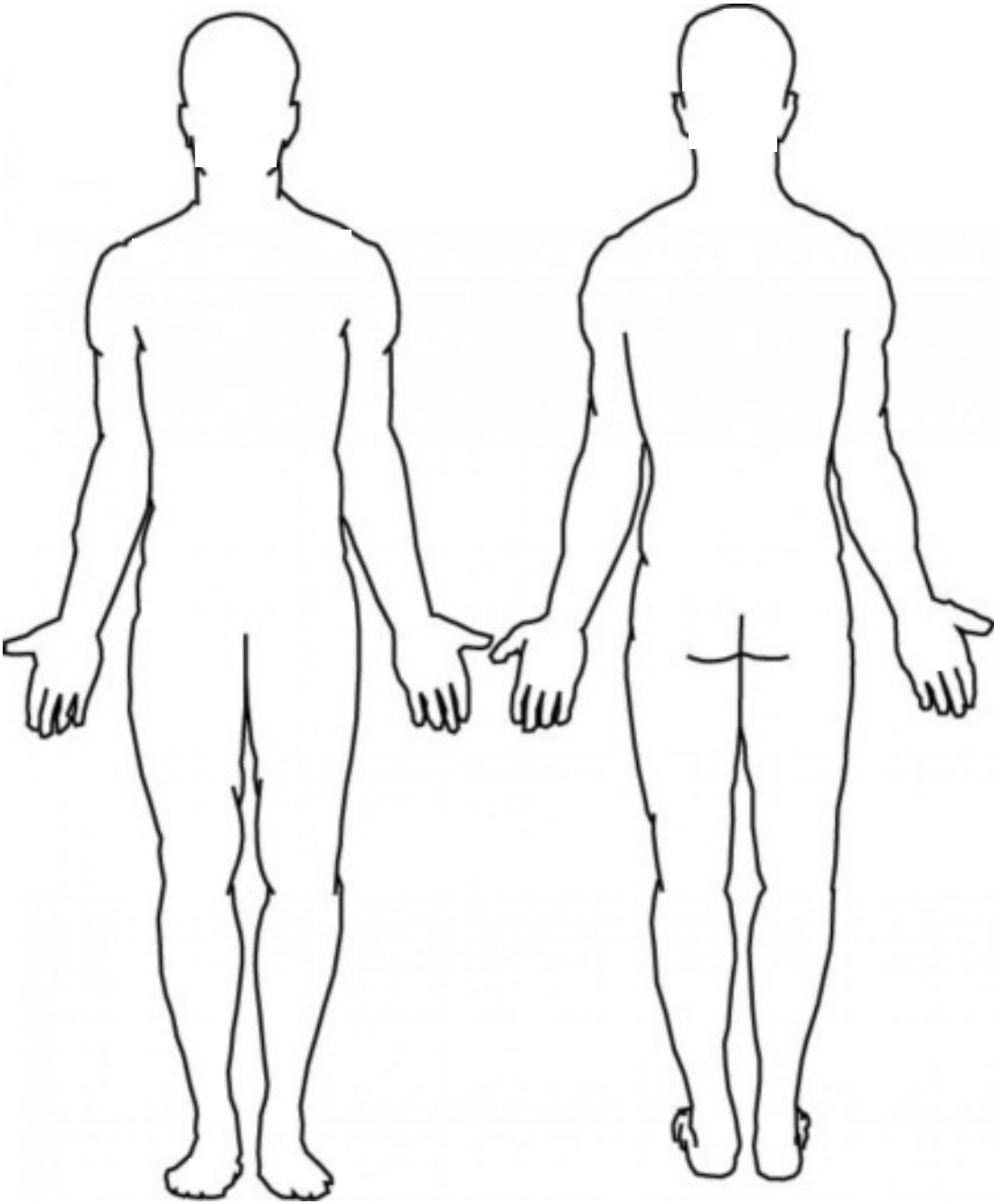
Síntomas Generales

| GENERAL | S | N | Gastrointestinal | S | N | Ojos, Nariz, Garganta | S | N |
|-------------------------------|----------|----------|------------------------------------|----------|----------|--------------------------------------|----------|----------|
| Disminución del Apetito | | | Náusea/Vómito | | | Campo de Visión Ciego | | |
| Pérdida de Peso Inesperada | | | Dolor Abdominal | | | Cataratas | | |
| Aumento de Peso Inesperado | | | Hábitos Intestinales Irregulares | | | Pérdida De Audición/Zumbido | | |
| Fatiga | | | Pérdida de Control Intestinal | | | Dolor de Garganta/Ronquera | | |
| Fiebre o Escalofríos | | | Ictericia | | | Otra | | |
| Otra | | | Cálculos Biliares | | | Musculoesquelético | S | N |
| Neuro | S | N | Hepatitis | | | Dolor en Las Articulaciones/Artritis | | |
| Dolor de Cabeza | | | Cirrosis | | | Dolor de Espalda | | |
| Derrame Cerebral | | | Líquido en el Abdomen | | | Dolor de Cuello | | |
| Convulsiones | | | Pancreatitis | | | Dolor Muscular | | |
| Otra | | | Otra | | | Otra | | |
| Renal/Urinaría | S | N | Cardiovascular | S | N | Psicológico | S | N |
| Insuficiencia Renal | | | Dolor de Pecho | | | Abuso de Drogas/Adicción | | |
| Alteraciones Electrolíticas | | | Enfermedad de la Arteria Coronaria | | | Depresión | | |
| Cálculos Renales | | | Alta Presión Sanguínea | | | Ansiedad | | |
| Dificultad Para Orinar | | | Hinchazón en Los Pies | | | Intento de Suicidio | | |
| Infección del Tracto Urinario | | | Dolores de Cabeza Anormales | | | Otra | | |
| Cancer de Prostata | | | Otra | | | | | |
| Otra | | | Sangre/Linfa | S | N | | | |
| Respiratorio | S | N | Anemia | | | | | |
| Apnea del Sueño | | | VIH | | | | | |
| Complicaciones con Sedación | | | Moretones Fácilmente | | | | | |
| Bronquitis Crónica | | | Transfusión de Sangre Pasada | | | | | |
| Dificultad para Respirar | | | Ganglios linfáticos Inflamados | | | | | |
| Tos Persistente | | | Cáncer | | | | | |
| Asma | | | Otra | | | | | |
| Otra | | | Endocrino | S | N | | | |
| Piel | S | N | Diabetes | | | | | |
| Erupción | | | Problemas Tiroideos | | | | | |
| Comezón | | | Osteoporosis | | | | | |
| Cabello Inusual | | | Otra | | | | | |

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Por favor marque las áreas de dolor



Firma del Paciente: _____ Iniciales de empleado: _____ Iniciales del proveedor _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

SEGUN LO REQUERIDO POR LA JUNTA MÉDICA DE TEXAS REFERENCIA: CÓDIGO ADMINISTRATIVO DE TEXAS, TÍTULO 22, PARTE 9, CAPÍTULO 170 3 Ra Edición: Desarrollado por the Texas Pain Society, April 2008 (www.texaspain.org)

POR FAVOR INICIALE CADA PÁRAFO QUE SIGNIFICA CONSENTIMIENTO Y ENTENDIMIENTO

_____ **AL PACIENTE:** Como paciente, tiene derecho a que se le informe sobre su afección y sobre el procedimiento médico o del diagnóstico recomendado o la terapia farmacológica que se utilizará, para que pueda tomar la decisión informada de tomar el medicamento después de saber los riesgos y peligros involucrados. Esta divulgación no tiene la intención de asustarlo o alarmarlo, sino que es un esfuerzo por informarlo mejor para que pueda dar o negar su consentimiento / permiso para usar el/los medicamento(s) recomendado(s) para usted como su médico. Por el propósito de este acuerdo, el uso de la palabra "médico" se define para incluir no solo a mi médico sino también a los asociados autorizados de mi médico, asistentes técnicos, enfermeras, personal y otros proveedores de atención médica que puedan ser necesarios o aconsejables para tratar mi condición.

_____ **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y/O TERAPIA DE DROGAS:** Voluntariamente solicito a mi médico que trate mi afección, que me han explicado como dolor crónico. Por la presente autorizo y doy mi consentimiento voluntario para que mi médico administre y/o escriba recetas para medicamentos peligrosos y / o controlados (medicamentos) como un elemento en el tratamiento de mi dolor crónico. Me han explicado que estos medicamentos incluyen opioides, o narcóticos, que pueden ser dañinos si se toman sin supervisión médica. Además, entiendo que estos medicamentos pueden conducir a la dependencia física y / o adicción y pueden, al igual que otros medicamentos utilizados en la práctica de la medicina, producir efectos secundarios o resultados adversos. Los métodos alternativos de tratamiento, los posibles riesgos involucrados y las posibilidades de complicaciones han sido explicados. Entiendo que esta lista no está completa y que sólo describe los efectos secundarios o reacciones más comunes y que la muerte también es una posibilidad como resultado de tomar estos medicamentos.

LOS MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS QUE MI MÉDICO PLANEA PRESCRIBIR SERÁN DESCRITOS Y DOCUMENTADOS SEPARADOS DE ESTE ACUERDO. ESTO INCLUYE EL USO DE MEDICAMENTOS PARA FINES DIFERENTES DE LO APROBADO POR LA COMPAÑÍA DE DROGAS Y EL GOBIERNO (A ESTO A VECES SE REFIERE COMO PRESCRIPCIÓN "FUERA DE LA ETIQUETA"). MI MÉDICO EXPLICARÁ SU (S) PLAN (ES) DE TRATAMIENTO PARA MÍ Y LO DOCUMENTARÁ EN MI CUADRO MÉDICO.

_____ **HE SIDO INFORMADO E INTIENDO** que me someteré a exámenes médicos antes y durante mi tratamiento. Esas pruebas incluyen controles aleatorios no anunciados de drogas y evaluaciones psicológicas cuando se considera necesario y por lo presente doy permiso para realizar las pruebas o mi negativa puede dar lugar a la finalización del tratamiento. La presencia de sustancias no autorizadas puede hacer que me den de alta de su cuidado.

_____ **ENTIENDO QUE LOS EFECTOS SECUNDARIOS MÁS COMUNES QUE PODRÍAN OCURRIR EN EL USO DE LAS DROGAS USADAS EN MI TRATAMIENTO INCLUYEN PERO NO SE LIMITAN A LO SIGUIENTE:** estreñimiento, náuseas, vómitos, somnolencia excesiva, picazón, retención urinaria (incapacidad para orinar), hipotensión ortostática (presión arterial baja), arritmias (latidos cardíacos irregulares), insomnio, depresión, deterioro del razonamiento y juicio, depresión respiratoria (respiración lenta o nula)), impotencia, tolerancia a los medicamentos, dependencia física y emocional o incluso adicción y muerte. Entiendo que puede ser peligroso para mí operar un automóvil u otra maquinaria mientras uso estos medicamentos y que puedo tener problemas durante todas las actividades, incluido el trabajo.

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

SÓLO PARA PACIENTES FEMENINOS:

_____ Que yo sepa, **NO ESTOY EMBARAZADA**. Si no estoy embarazada, usaré anticoncepción apropiada durante mi tratamiento.

_____ Yo acepto que es **MI RESPONSABILIDAD** informarle a mi médico de inmediato si me embarazo.

_____ Si estoy embarazada o si no estoy segura, **NOTIFICARÉ A MI MÉDICO DE INMEDIATO**. Todos los posibles efectos adversos de los medicamentos me han sido explicados e intiendo que, al presente, no han habido suficientes estudios sobre el uso prolongado de opiodes o narcóticos para asegurar la seguridad médica de mi(s) hijo(s) no nacido(s)de. Con esto en mente, yo consiento a su uso y mantengo inofensivo a mi médico por daño a un feto/bebe/embrión.

_____ Me han explicado los **métodos alternativos** de tratamiento, los posibles riesgos involucrados y las posibilidades de complicaciones y todavía deseo recibir medicamentos para el tratamiento de mi dolor crónico.

_____ El **objetivo** de este tratamiento es ayudarme a controlar mi dolor crónico para vivir una vida más productiva y activa.

_____ **Yo se** que puede que tenga una enfermedad crónica y hay una posibilidad limitada de curación completa, pero el objetivo de tomar medicamentos regularmente es reducir (pero probablemente no eliminar) mi dolor para que pueda disfrutar de una mejor calidad de vida.

_____ El **objetivo** de este tratamiento es ayudarme a controlar mi dolor crónico para vivir una vida más productiva y activa.

_____ **YO ENTIENDO** que el tratamiento para algunos requiere el uso prolongado o continuo de medicamentos pero una meta apropiada puede ser el retiro eventual a todo medicamento. Mi tratamiento será específicamente diseñado para mi.

_____ **YO ENTIENDO** que puedo discontinuar el uso de medicamentos y del plan de tratamiento y notificaré a mi médico de mi decisión al respecto.

_____ **Adicionalmente, entiendo** que estaré bajo supervisión médica si es necesario al discontinuar el uso de medicamentos.

_____ **YO ENTIENDO** que ninguna garantía me ha sido proporcionada relacionada al resultado del uso de medicamentos en mi tratamiento, ni tampoco sobre la cura de alguna condición. El uso a largo plazo de medicamentos para tratar el dolor crónico es controvertido debido a la incertidumbre con respecto a la medida en que proporcionan un beneficio a largo plazo.

_____ **HE TENIDO LA OPORTUNIDAD** de preguntar sobre mi condición y tratamiento, el riesgo de negar tratamiento, terapia médica, procedimientos y diagnósticos para tratar mi condición y los riesgos de terapia médica, tratamiento, procedimientos y yo he accesado suficiente información para dar mi consentimiento informado.



Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

_____ **DURANTE EL CURSO DE LA RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE** con Advanced Pain Care, 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. Se le informa que Advanced Pain Care tiene 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 seleccione. Su médico, Advanced Pain Care o Advanced Rx Pharmacy no lo tratarán de manera diferente si elige utilizar un centro diferente.

_____ **DURANTE EL CURSO DE LA RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE RELATIONSHIP** Con Advanced Pain Care (Austin Area), puede someterse a procedimientos que se realizarán en Round Rock Surgery Center. La dirección del Centro de Cirugía es 2000 South Mays Street Suite 400, Round Rock, TX 78664. Por la presente, se le informa que el Dr. Ryan Michaud tiene un interés de inversión en el Centro de Cirugía. Esta información se proporciona para ayudarlo a tomar una decisión informada sobre su atención médica. Su médico, Advanced Pain Care o Round Rock Surgery Center no lo tratarán de manera diferente si elige usar un centro diferente.

_____ **DURANTE EL CURSO DE LA RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE** Con Advanced Pain Care (Amarillo), puede someterse a procedimientos que se realizarán en el Advanced Surgical Center. La dirección del Centro de Cirugía es 1901 Medi Park Drive, Suite 01, Amarillo, TX 79106. Esta información se proporciona para ayudarlo a tomar una decisión informada sobre su atención médica. Su médico, Advanced Pain Care o Advanced Surgical Center no lo tratarán de manera diferente si elige utilizar un centro diferente.

_____ **DURANTE EL CURSO DE LA RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE** Con Advanced Pain Care, puede someterse a procedimientos en Round Rock Surgery Center que se realizarán con Neuromonitoring. Se le informa que Mark Malone, MD tiene un interés de inversión en Greater Texas Neuromonitoring, LLC. Esta información se proporciona para ayudarlo a tomar una decisión informada sobre su atención médica. Su médico, Advanced Pain Care o Round Rock Surgery Center no lo tratarán de manera diferente si elige rechazar la Neuromonitorización.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del testigo: _____

Fecha: _____

ACUERDO DE TRATAMIENTO DEL DOLOR

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

SEGÚN LO REQUERIDO POR EL CONSEJO MÉDICO DE TEXAS REFERENTE: CÓDIGO ADMINISTRATIVO DE TEXAS, TÍTULO 22, PARTE 9, CAPÍTULO 170 3ra edición: Desarrollado por la Texas Pain Society, abril de 2008. (www.texaspain.org)

_____ Yo Entiendo que este acuerdo para el manejo del dolor se relaciona con mi uso de todos y cada uno de los medicamentos (es decir, opioides, también llamados "narcóticos, analgésicos" y otros medicamentos recetados, etc.) para el dolor crónico recetado por mi médico.

_____ Yo Entiendo que existen leyes, reglamentos y políticas federales y estatales sobre el uso y la prescripción de sustancias controladas. *Por lo tanto, los medicamentos sólo se proporcionarán siempre que siga las reglas especificadas en este acuerdo.*

_____ Yo Entiendo que mi médico puede en cualquier momento optar por suspender el (los) medicamento (s). El incumplimiento de cualquiera de las siguientes pautas y / o condiciones puede causar la interrupción de los medicamentos y/o mi alta del cuidado y el tratamiento. El alta puede ser inmediata por cualquier comportamiento criminal:

- Mi progreso será revisado periódicamente y si los medicamentos no mejoran mi calidad de vida, *se pueden discontinuar.*
- *Divulgaré* a mi médico todos los medicamentos que tomo en cualquier momento, recetados por cualquier médico.
- Usaré los medicamentos *exactamente como sean recetados por mi médico.*
- Asiento a no compartir, vender, o de otra manera permitir el uso o acceso a estos medicamentos, incluso a mi familia y mis amigos. *No ayudare ni permitiré el maluso o desviación* de mis medicamentos, ni tampoco se los daré ni los venderé a alguien más.
- Todos los medicamentos se deben de obtener de una sola farmacia, siempre cuando sea posible. Si urge la necesidad de utilizar otra farmacia, debo informar a mi médico. Usaré sólo una farmacia y le proporcionaré a mi farmacéutico una copia de este acuerdo. Autorizo a mi médico a divulgar mis registros médicos a mi farmacéutico según sea necesario,
- Entiendo que mis medicamentos se rellenarán regularmente. Entiendo que mi(s) receta(s) y mis medicamentos son exactamente como el dinero. Si se pierden o son robados, *no pueden ser reemplazados.*
- Las recargas no se ordenarán antes de la fecha del relleno programado. Sin embargo, las recargas anticipadas están permitidas cuando viajo y hago los arreglos antes de la fecha de salida prevista. De lo contrario, no recibiré medicamentos adicionales antes de la fecha de mi próxima recarga programada, incluso si se terminan mis recetas.
- Recibiré medicamentos de un SÓLO médico a menos que sea para una emergencia o los medicamentos recetados por otro médico estén aprobados por mi médico. La información de que he estado recibiendo medicamentos que no hayan sido aprobados por mi médico puede dar lugar a la interrupción de mi tratamiento y los medicamentos.
- Si a mi médico le parece que no hay beneficios para mi en mi función diaria o calidad de vida tomando medicamentos, *entonces mi médico puede probar medicamentos alternativos o puede disminuir mi consumo de todos los medicamentos.* No haré responsable a mi médico por posibles problemas causadas por la interrupción de los medicamentos.
- *Acepto someterme a exámenes de orina y/o de sangre* para detectar el uso de medicamentos recetados u no en cualquier momento sin aviso previo. Si el resultado es positivo para sustancias ilegales, como la marihuana, la cocaína, etc., el tratamiento para mi dolor puede terminar. Además, puede ser necesaria una consulta o referencia a un médico especialista. Por ejemplo, puede ser necesaria someterme a una evaluación psiquiátrica o psicológica por parte de un especialista, como un adictista o un médico especializado en desintoxicación y rehabilitación y/o a terapia cognitiva o psicoterapia.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

- Reconozco que mi dolor crónico representa un problema complejo que puede beneficiarse de la fisioterapia, psicoterapia, atención médica alternativa, etc. También reconozco que *mi participación activa en el manejo de mi dolor* es extremadamente importante. Acepto a *participar activamente en todos los aspectos del programa de manejo del dolor* recomendado por mi médico para lograr una mayor función y una mejor calidad de vida.
- Acepto *informar a cualquier médico* que pueda tratarme por cualquier otro problema médico que estoy inscrito en un programa de manejo del dolor, ya que el uso de otros medicamentos puede causarme daño.
- Doy *permiso* a mi médico de discutir todos los detalles de diagnóstico y tratamiento con mis otros médicos y farmacéuticos con respecto a mi uso de medicamentos recetados por mis otros médicos.
- Debo tomar mis medicamentos según las instrucciones de mi médico. *Cualquier aumento no autorizado* en la dosis de la medicación puede considerarse como causa para la interrupción del tratamiento.
- Debo *cumplir con todas las citas de seguimiento* según lo recomendado por mi médico o mi tratamiento se puede interrumpir.

_____ **YO CERTIFICO** que actualmente no estoy usando drogas ilegales ni uso indebidamente medicamentos recetados y que no estoy recibiendo tratamiento por dependencia o abuso de sustancias.

_____ **ESTOY LEYENDO Y HACIENDO ESTE acuerdo** mientras en plena posesión de mis facultades y no bajo la influencia de ninguna sustancia que pueda perjudicar mi juicio.

_____ **YO CERTIFICO** que nunca he sido involucrado en la venta, posesión ilegal, mal uso/desvío o transporte de sustancias controladas (narcóticos, pastillas para dormir, píldoras nerviosas o analgésicos) o sustancias ilegales (marihuana, cocaína, heroína, etc.)

_____ **YO ENTIENDO** que no se ha hecho ninguna garantía sobre los resultados que se pueden obtener del tratamiento del dolor crónico y reconozco que hay posibles beneficios y posibles riesgos.

_____ **YO CONSIENTO** al tratamiento del dolor crónico, ya que me doy cuenta de que me brinda la oportunidad de llevar una vida más productiva y activa.

_____ **HE REVISADO** todos los efectos secundarios de los medicamentos que se pueden usar en el tratamiento de mi dolor crónico.

_____ **YO ENTIENDO COMPLETAMENTE** las explicaciones sobre los beneficios y los riesgos de estos medicamentos y estoy de acuerdo con el uso de estos medicamentos en el tratamiento de mi dolor crónico.

HE LEIDO Y ENTENDIDO ESTE ACUERDO y he recibido una copia para mis registros.

Firma del Paciente: _____

Date: _____

Firma del Doctór: _____

Date: _____



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

Patient's Name:

Date of Birth:

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

ENTIENDO que es posible que mi plan de seguro médico o terceros pagadores no cubran parte o la totalidad de los servicios médicos prestados. *Entiendo completamente que soy financieramente responsable y acepto pagar todos los cargos no pagados por mis planes de seguro médico o los pagadores, incluidos los deducibles y el coseguro, independientemente del motivo dado por la falta de pago. Acepto reenviar de inmediato todos los pagos, explicaciones de beneficios y correspondencia que me envíen directamente todos y cada uno de los terceros pagadores relacionados con la atención brindada por Advanced Pain Care, sus subespecialidades y Advanced Surgical Center y acepto que si no lo hago me hará responsable de todo el cargo facturado.* Mi cesión de beneficios cubre Advanced Pain Care, sus subespecialidades, y los médicos de Advanced Surgical Center y el centro quirúrgico para todos los servicios prestados ahora y que se prestarán en el futuro hasta que se revoque esta cesión. Esta cesión de beneficios reemplaza cualquier cesión o acuerdo anterior que haya hecho con mi compañía de seguros, incluidas Blue Cross Blue Shield y sus empresas relacionadas o cualquier otro tercero pagador para pagarme directamente. Una copia de este formulario se considerará tan válida como el original. Recibí una copia de Advanced Pain Care, sus subespecialidades y el folleto de información para pacientes de Advanced Surgical Center.

ENTIENDO Advanced Pain Care, sus subespecialidades, y 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 cualquier tarifa del centro, cargos por pruebas de laboratorio y cargos por rayos X incurridos en mi nombre por la atención brindada. Estos cargos serán adicionales a los cargos por la atención brindada por los médicos de Advanced Pain Care, sus subespecialidades y 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 de salud y/o planes de atención administrada. Reconozco que parte o la totalidad de 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 proporcionados 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 DIVULGADO 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, sus subespecialidades y Advanced Surgical Center sobre cualquier cambio en mi plan de seguro médico y/o cobertura, así como cualquier cambio en mi dirección y número de teléfono. Entiendo que si no lo hago, seré completamente responsable de la factura completa. En consideración de 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 entra en mora y se hacen necesarios los esfuerzos de cobro, acepto pagar el 1% por mes de los cargos por mora y cualquier cobro razonable y/o honorarios de abogados incurridos. Además, acepto que el **CONDADO DE TRAVIS, TX**, será el lugar para cualquier esfuerzo de cobro, incluido el tribunal de reclamos menores, y para cualquier otro litigio necesario para cobrar los montos adeudados.

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

TAMBIÉN RECONOZCO que ningún empleado de Advanced Pain Care, sus subespecialidades, Advanced Surgical Center ni ninguna otra parte han hecho garantías sobre: (1) mi tratamiento; (2) si será pagado por terceros pagadores o planes de seguro médico; o (3) si cualquier atención brindada por Advanced Pain Care, sus subespecialidades y 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 de mis planes de seguro.

ESTOY DE ACUERDO en cooperar plenamente con Advanced Pain Care, sus subespecialidades y Advanced Surgical Center para ayudar en sus esfuerzos para que se paguen las reclamaciones en mi nombre, pero comprendo que, en última instancia, soy financieramente responsable y acepto pagar y garantizar incondicionalmente el pago. , de todos los cargos no pagados por mi plan de seguro médico o terceros pagadores.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

- Autorizo a Advanced Pain Care y sus subespecialidades a divulgar información de mi expediente 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. Según los requisitos de HIPAA, no podemos brindar esta información a nadie sin la autorización del paciente. consentimiento. Si desea que se divulgue su información médica a los miembros de su familia, debe firmar este formulario. La firma de este formulario solo dará su consentimiento para divulgar dicha información a las personas que se indican a continuación.

Nombre

Relación

Número de teléfono

Nombre

Relación

Número de teléfono

Marque todo lo que correspond:

Con respecto a la cita, hora y fecha

Discutir los resultados de laboratorio

Discutir los resultados de las imágenes

Discutir la atención médica, un problema o inquietud

Recoger recetas

Formularios

Discutir la información de facturación

DERECHO A REVOCAR: Entiendo que puedo retirarme en cualquier momento mediante notificación por escrito indicando mi intención de **TERMINAR** esta autorización a **Advanced Pain Care 2000 S. Mays St., Suite 201 Round Rock, TX 78664**. Entiendo que las acciones anteriores tomadas en la confianza en esta autorización por parte de entidades que tenían permiso para acceder a mi expediente médico no se verá afectada.

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 del expediente médico que haya ocurrido antes de la revocación o que esté permitido por la ley sin mi autorización o permiso específico, incluidas las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto por el Código de Salud y Seguridad de Texas 181.154(c) y /o 45 CFR 164.502(a)(1). Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

Firma del paciente

Fecha

Representante legalmente autorizado

Relación con el paciente

Testigo

Fecha



Consentimiento Informado para Mensajes de Texto y Correo Electrónico

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Muchos pacientes prefieren la comodidad del correo electrónico ("e-mail") o los mensajes de texto a otras formas de comunicación. Advanced Pain Care, Round Rock Surgery Center y Advanced Surgical Center ofrece a los pacientes establecidos la oportunidad de comunicarse por correo electrónico o mensajes de texto los días de semana durante el horario comercial normal de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. y los sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Las comunicaciones por correo electrónico y mensajes de texto no serán monitoreadas fuera del horario laboral, días festivos o domingos.

Se requerirá que los pacientes se reúnan cara a cara con el médico ANTES de que Advanced Pain Care, Round Rock Surgery Center o Advanced Surgical Center acepten comunicaciones por correo electrónico o mensajes de texto.

Para asuntos de rutina que no requieran una respuesta inmediata, no dude en enviar un correo electrónico o enviar un mensaje de texto a nuestro personal de oficina. Recuerde, sin embargo, que esta forma de comunicación no es adecuada para su uso en una emergencia.

Los siguientes tipos de información pueden divulgarse a través de correo electrónico o mensaje de texto:

- Programación de consultas
- Preguntas médicas no urgentes
- Preguntas sobre facturación o seguros

Divulgaciones dentro de Advanced Pain Care, Round Rock Surgery Center y Advanced Surgical Center Office: Aunque Advanced Pain Care, Round Rock Surgery Center, Advanced Surgical Center reconoce las ventajas del correo electrónico y los mensajes de texto, transmitiendo información del paciente por correo electrónico o mensaje de texto, tiene una serie de riesgos que debe considerar seriamente antes de usar. Estos riesgos incluyen, entre otros, los siguientes:

- El correo electrónico y los mensajes de texto están sujetos a errores de transmisión.
- El correo electrónico puede transmitirse inmediatamente en todo el mundo y ser recibido por muchos destinatarios previstos y no previstos.
- Los remitentes de correo electrónico pueden enviar fácilmente un correo electrónico a la dirección incorrecta.
- El correo electrónico y los mensajes de texto son más fáciles de falsificar que los documentos escritos a mano o firmados.
- Pueden existir copias de seguridad de correos electrónicos y mensajes de texto incluso después de que el remitente o el destinatario hayan eliminado su copia.
- Los empleadores y los servicios en línea tienen derecho a archivar e inspeccionar los correos electrónicos y los mensajes de texto transmitidos a través de su sistema.
- El correo electrónico puede ser interceptado, alterado, reenviado o utilizado sin autorización o detección.
- El correo electrónico está sujeto a malware, spam, phishing y uso por parte de terceros con fines maliciosos o de otro tipo que pueden dañarlo.
- Cuando se comunique desde el trabajo, debe tener en cuenta que algunas empresas consideran que el correo electrónico es propiedad corporativa y sus mensajes pueden ser monitoreados. Incluso cuando envía correos electrónicos desde su casa, puede sentir que el acceso a su correo electrónico no está bien controlado, por lo que debe tenerlo en cuenta.

Teniendo en cuenta estos riesgos, Advanced Pain Care, Round Rock Surgery Center y Advanced Surgical Center utilizarán medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de las comunicaciones por correo electrónico y mensajes de texto según lo exigen la ley HIPAA, HITECH y Texas. Sin embargo, es imposible para Advanced Pain Care, Round Rock Surgery Center y Advanced Surgical Center garantizar la seguridad y confidencialidad del correo electrónico y mensajes de texto garantizar la seguridad y confidencialidad de las comunicaciones por correo electrónico y mensajes de texto. (Continúa en la siguiente página)



En caso de que la información confidencial se divulgue indebidamente, sin culpa de Advanced Pain Care and Round Rock Surgery Center, y Advanced Surgical Center, Advanced Pain Care, Round Rock Surgery Center y Advanced Surgical Center no serán responsables de dichas divulgaciones.

EL CORREO ELECTRÓNICO Y LOS MENSAJES DE TEXTO NO DEBEN UTILIZARSE PARA EMERGENCIAS MÉDICAS. EN EL CASO DE UNA EMERGENCIA, CONTACTE AL 911 INMEDIATAMENTE.

Si desea revocar este consentimiento, la revocación debe hacerse por escrito o por correo electrónico. En cualquier caso, la revocación debe dirigirse a Chelsea Simon, a quien se puede contactar en la siguiente dirección o correo electrónico: 101 W Louis Henna Blvd, Suite 300, Austin, TX 78728 o csimon@advancedpaincare.us.

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DEL PACIENTE:

Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación por correo electrónico o mensajes de texto como se establece en este formulario de consentimiento. Acepto que Advanced Pain Care, Round Rock Surgery Center y Advanced Surgical Center y Advanced Pain Care, Round Rock Surgery Center y Advanced Surgical Center's Workforce pueden usar correo electrónico o mensajes de texto para facilitar la comunicación conmigo.

Correo electrónico: _____

Número con capacidad de texto: _____

Firma del paciente: _____

Testigo: _____

***** FIRME ABAJO SI RECHAZA *****

El paciente rechaza la comunicación por correo electrónico: _____
Firma del paciente

El paciente rechaza las comunicaciones de texto: _____
Firma del paciente



POLÍTICA FINANCIERA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Gracias por elegir **Advanced Pain Care, sus subespecialidades y Advanced Surgical Center** como su proveedor de atención médica. La siguiente es nuestra Política Financiera. Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de nuestras políticas de pago, no dude en consultar con el personal de nuestra oficina comercial. Pedimos que todos los pacientes lean y firmen nuestra Política financiera antes de ver a un proveedor de atención médica.

La parte del pago del paciente, incluido el copago, el deducible y/o el saldo en la cuenta, vence 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:

(Escriba sus iniciales en todas las líneas a continuación)

- _____ 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 cobertura o pago.
- _____ 2. Todos los cargos son su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no.
- _____ 3. Las tarifas por los servicios, junto con los deducibles y copagos no pagados, se deben pagar en el momento del tratamiento.
- _____ 4. Si la compañía de seguros no paga su saldo en su totalidad dentro de los 30 días, le pedimos que se comunique con la compañía de seguros para solicitar el pronto pago. Por favor informe a nuestra oficina de la respuesta del transportista.
- _____ 5. Los cheques devueltos estarán sujetos a un cargo de cobro de \$25.00. Si el cheque no se recoge dentro de los 10 días, el cheque puede ser entregado a la policía.
- _____ 6. La no presentación o las cancelaciones sin previo aviso de 24 horas están sujetas a un cargo de \$ 25.00.
- _____ 7. Los saldos impagos de más de 90 días pueden estar sujetos a cobranza a través de un tribunal de reclamos menores, un abogado y/o una agencia de cobranza con tarifas de cobranza aplicables. Todas las tarifas de cobro son responsabilidad del paciente.

Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su saldo. Lo alentamos a que comunique cualquier problema de este tipo para que podamos ayudarlo en la administración de su cuenta.

Autorización para Liberar y Asignar Beneficios de Seguro:

Autorizo la divulgación de **CUALQUIER** información médica, incluidos los registros de abuso de sustancias, salud mental y VIH/SIDA, necesaria para actuar en **CUALQUIER** reclamo de seguro médico y permitir la reproducción fotográfica o de facsímil de esta autorización para ser utilizada en lugar de la asignación original. Por la presente asigno a **Advanced Pain Care, sus subespecialidades y Advanced Surgical Center** los beneficios médicos y/o quirúrgicos a los que tengo derecho de mi(s) compañía(s) de seguros y/o Medicare y Medicaid. Esta autorización está vigente para todos los reclamos futuros, hasta que decida revocarla por escrito.

Yo, el abajo firmante, comprendo 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 que mis preguntas sean respondidas a mi entera satisfacción.

Firma del paciente _____

Fecha: _____

Relación con el paciente si no es paciente _____ Testigo autorizado: _____

***Mark Malone MD PA incluye Advanced Pain Care, sus subespecialidades y Advanced Surgical Center.**



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos DERECHOS DEL PACIENTE con respecto a mi información médica protegida.

Entiendo que Advanced Pain Care, sus subespecialidades y Advanced Surgical Center pueden usar o divulgar mi información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, lo que significa: brindarme atención médica a mí, el paciente; manejo de facturación y pago; y encargarse de otras operaciones de atención médica. A menos que lo requiera la ley, no habrá otros usos o divulgaciones de esta información sin mi autorización.

Autorizo a Advanced Pain Care y sus subespecialidades, y Advanced Surgical Center a comunicarse con mi PCP (Médico de Atención Primaria):

Phone #: ()

Advanced Pain Care, sus subespecialidades, y Advanced Surgical Center tiene un documento detallado llamado "**Aviso de prácticas de privacidad**". Contiene una descripción más completa de sus derechos a la privacidad y cómo podemos usar y divulgar información de salud protegida.

Entiendo que tengo derecho a leer el "**Aviso de prácticas de privacidad**" antes de firmar este acuerdo. Si pregunto, Advanced Pain Care, sus subespecialidades, y Advanced Surgical Center me proporcionarán el "**Aviso de prácticas de privacidad**" más reciente.

Mi firma a continuación indica que se me ha dado la oportunidad de revisar dicha copia del "**Aviso de prácticas de privacidad**". Mi firma significa que acepto permitir que Advanced Pain Care, sus subespecialidades y Advanced Surgical Center usen y divulguen mi información médica protegida para llevar a cabo 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, sus subespecialidades y Advanced Surgical Center hayan tomado medidas basándose en en este consentimiento.

Firma del paciente

Fecha

Relación con el paciente si está firmado por otra parte

Fecha

Puede obtener una copia de nuestro '**Aviso de prácticas de privacidad**', incluidas las revisiones de nuestro '**Aviso de prácticas de privacidad**' en cualquier momento comunicándose con: Advanced Pain Care, sus subespecialidades y Advanced Surgical Center en 2000 S. Mays St, Round Rock Texas 78664 o (512) 244-4272.

**** SOLO USO DE OFICINA ****

Inicial del personal a continuación cuando se completa

Las fechas de consentimiento se han actualizado en Centricity _____

Uso Significativo: Datos Demográficos

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

Multirracial

Otro: _____

Etnicidad

Hispano o Latino

No Hispano o Latino

Correo electrónico del portal

Proporcione un correo electrónico para acceder al portal del paciente: _____

Firma del paciente

Fecha

**** SOLO USO DE OFICINA ****

Inicial del personal a continuación cuando se completa

Raza/Etnia/Idioma actualizado en Centricity _____

Registro del Portal: S o r N Si la respuesta es No, imprimió la carta del portal? S o r N _____



Autorización Para Divulgar Registros Médicos

Lea este formulario completo antes de firmar y complete todas las secciones que se aplican a sus decisiones relacionadas con la divulgación de sus registros médicos.

Nombre del paciente:

Número de teléfono:

Fecha de nacimiento:

Dirección de correo electrónico:

LIBERAR INFORMACIÓN A:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado: _____ Postal: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

OBTENER INFORMACIÓN DE:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado: _____ Postal: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Razón de la divulgación (marque una):

Tratamiento/cuidado continuo

Uso personal

Facturación/Reclamaciones

Seguro

Fines legales

Determinación de discapacidad

Escuela

Desempleo

Otro: _____

¿Qué información se puede divulgar? Complete lo siguiente indicando los elementos que desea divulgar. Si se va a divulgar la historia clínica completa, marque solo la primera línea.

Registro completo

Historia/examen físico

Medicamentos pasados/ presentes

Resultados de laboratorio

Órdenes de los médicos

Alergias del paciente

Informes de operación

Consultations

Notas de progreso

Informes de pruebas de diagnóstico

Información de facturación

Radiología

Se requieren sus iniciales para **NO** divulgar la siguiente información:

Registros de salud mental (excluidas las notas de psicoterapia)

Información genética/resultados

Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias

Resultados / tratamiento de la prueba del VIH/SIDA

DERECHO A REVOCAR: Entiendo que puedo retirarme en cualquier momento dando aviso por escrito indicando mi intención de **TERMINAR** esta autorización a **Advanced Pain Care 2000 S. Mays St., Suite 201 Round Rock, TX 78664**. Entiendo que las acciones anteriores tomadas en La confianza en esta autorización por parte de las entidades que tenían permiso para acceder a mi historia clínica no se verá afectada.

AUTORIZACIÓN DE FIRMA: He leído este formulario y estoy de acuerdo con los usos y divulgaciones de la información como se describe. Entiendo que negarme a firmar este formulario no detiene la divulgación del expediente médico que haya ocurrido antes de la revocación o que esté permitido por la ley sin mi autorización o permiso específico, incluidas las divulgaciones a las entidades cubiertas según lo dispuesto por el Código de Salud y Seguridad de Texas 181.154 (c) y o 45 C.F.R. 164.502 (a) (1). Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

Firma del paciente

Fecha

Representante legalmente autorizado

Relación con el paciente

Firma de testigo

Fecha