



Neurología Nuevo Paciente Admisión

Nombre del paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

¿Te remitieron a nuestra oficina? Sí | No Si es así, ¿por quién? _____

¿Quién es su proveedor de atención primaria? _____

Motivo de la Visita/Queja Principal: _____

Por favor, proporcione sus condiciones médicas pasadas / diagnóstico (por ejemplo, diabetes, presión arterial alta, cáncer, tb)

<u>Condición/Diagnóstico</u>	<u>Detalles</u>	<u>Médico</u>

Por favor, proporcione su historial quirúrgico y de hospitalización anterior

<u>Fecha</u>	<u>Enumere los detalles de surgeries, hospitalización o lesiones mayores</u>	<u>Hospital / Realizado por</u>

Proporcionar Previous Imaging o Diagnóstico Tests (por favor, enumere las fechas, el tipo de imágenes (MRI, CT) o prueba (s) (EMG, EEG, Estudio del sueño) y la instalación realizada)

<u>Fecha</u>	<u>Tipo de imagen (con parte del cuerpo) / Prueba</u>	<u>Facilidad</u>

Nombre del paciente: _____ **Fecha De Nacimiento:** _____

Historia social

Estado civil: Casado Separado Divorciado Viudo

¿Algún consumo de tabaco? Sí | No | Uso previo

En caso afirmativo, paquetes por día _____ durante _____ años. Si el usuario anterior, año de abandono? _____

¿Bebes bebidas con cafeína? Sí | No

En caso afirmativo, indique qué tipo de bebida y cuántas porciones por día: _____

¿Algún consumo de alcohol? Sí | No

En caso afirmativo, beba por día _____ durante _____ años.

¿Algún uso de drogas recreativas? Sí | No se usan drogas _____

Antecedentes médicos familiares:

	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Padres de la madre	Padres del Padre
Alzheimer	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Aneurisma	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Trastorno autoinmune	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Trastorno hemorrágico	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cáncer	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enfermedad cardíaca	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Presión arterial alta	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Esclerosis múltiple	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enfermedad de Parkinson	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Golpe	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Trastorno convulsivo	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Temblores	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Otro	_____	_____	_____	_____	_____	_____

¿Ha experimentado alguno de los siguientes en los últimos 6 meses?

Cambio de peso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sarpullido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vértigo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pérdida de audición	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón en brazos/piernas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergias nasales/estacionales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hormigueo en brazos/piernas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas para dormir	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Entumecimiento en brazos/piernas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Incautación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de memoria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ronquido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pérdida de la visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor punzante en el brazo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Caídas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sin dolor de cuello	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor punzante en la pierna	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Temblores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Volver pronto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en las articulaciones (dónde)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



Neurología Nuevo Paciente Admisión

Nombre del paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Alergias (por favor, enumere todas las alergias a medicamentos / medicamentos con la reacción):

Nombre del medicamento:	Reacción:

Medicamento actual (por favor, enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente):

<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Indicaciones</u>	<u>¿Para qué sirve?</u>	<u>¿Quién lo prescribe?</u>

Farmacia preferida: Advanced Rx Otros: _____

***Recogida o envío por correo Rx avanzado al día siguiente disponible (envío y manipulación incluidos). ***

Firma del paciente: _____ Iniciales del empleado: _____ Iniciales del proveedor: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

POR FAVOR PONGA SUS INICIALES EN CADA PÁRRAFO QUE SIGNIFICA CONSENTIMIENTO Y ENTENDIMIENTO

_____ AL PACIENTE: Como paciente, usted tiene derecho a ser informado sobre su condición y el procedimiento médico, quirúrgico, diagnóstico o farmacoterapéutico recomendado, a fin de que pueda tomar la decisión informada de someterse o no al tratamiento recomendado. procedimiento médico, quirúrgico o de diagnóstico, o tomar el medicamento después de conocer los riesgos y peligros involucrados. Esta divulgación no pretende asustarlo o alarmarlo, sino que es un esfuerzo para que esté mejor informado para que pueda dar o negar su consentimiento/permiso para someterse al procedimiento médico, quirúrgico o de diagnóstico o tomar los medicamentos. recomendado por mí, como su médico. A los fines 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 a mi condición.

_____ SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD de hacer preguntas sobre mi condición y tratamiento, los riesgos de la falta de tratamiento y la terapia con medicamentos, el tratamiento médico o los procedimientos de diagnóstico/quirúrgicos que se usarán para tratar mi condición, y los riesgos y peligros de tal terapia farmacológica, tratamiento y procedimiento(s), y creo que tengo suficiente información para dar este consentimiento informado.

_____ DURANTE EL CURSO DE SU RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE con Advanced Neurology, 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 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 Neurology o Advanced Rx Pharmacy no lo tratarán de manera diferente si elige utilizar un centro diferente.

_____ DURANTE EL CURSO DE SU RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE con Advanced Neurology (Área de Austin), es posible que se someta a procedimientos que se realizarán en Advanced Surgical 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 Ryan Michaud, MD 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 Neurology o Advanced Surgical Center no lo tratarán de manera diferente si elige usar una instalación diferente.

_____ DURANTE EL CURSO DE SU RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE con Advanced Neurology (Amarillo), usted podrá someterse a procedimientos que se realizarán en Advanced Surgical Center. La dirección del Centro de Cirugía es 1901 Medi Park Drive, Suite 01, Amarillo, TX 79106. Esta información se brinda para ayudarlo a tomar una decisión informada sobre su atención médica. Su médico, Advanced Orthopaedics o Advanced Surgical Center no lo tratarán de manera diferente si elige usar una instalación diferente.

_____ OTORGO a Advanced Pain Care y sus subespecialidades el permiso y la autoridad para realizar (u ordenar) análisis de laboratorio, 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 excepcionales, una deformidad o patología física subyacente puede hacerme susceptible a una lesión. Advanced Pain Care y sus subespecialidades me informarán si no pueden tratarme, pero es mi responsabilidad dar a conocer cualquier enfermedad patológica o deformidad de la que tenga conocimiento y de la cual Advanced Pain Care y sus subespecialidades de lo contrario no se dé cuenta. Advanced Pain Care y sus subespecialidades brindan atención neurológica, que no puede y no abarca todas las especialidades médicas; Entiendo y acepto que debo consultar con el especialista correcto para los procedimientos clínicos y de diagnóstico adecuados para la atención no neurológica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO - NEUROLOGÍA

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

_____ ENTIENDO que Advanced Pain Care y sus subespecialidades pueden recetar medicamentos según sea necesario. Entiendo que todos los medicamentos tienen el potencial de 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 medicamento y acepto los riesgos que acompañan al medicamento 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 con licencia.

_____ ENTIENDO que Advanced Pain Care y sus subespecialidades pueden recetar, realizar o recomendar procedimientos médicos como inyecciones de Botox e inyecciones de esteroides. Entiendo que estos procedimientos médicos tienen el potencial de efectos secundarios. Aunque generalmente 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/el 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, estoy confirmando doblemente mi aceptación de los riesgos asociados con estos procedimientos.

_____ 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.

_____ 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 medicamento recetado.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma de testigo: _____ Fecha: _____

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.

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:** _____



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 resultados 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 afectadas.

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 ocurrieron 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 divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

Firma del Paciente

Fecha

Representante Legal

Relación al Paciente

Testigo

Fecha



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 compañía 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 sujetas a un cargo de \$25.00.

____ 8. Los saldos impagos de más de 90 días pueden estar 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 alentamos a que comunique dichos problemas para que podamos ayudarlo 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 sustancias, salud psiquiátrica, y registros de VIH/SIDA HIV/AIDS, requeridas 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.**



**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-specialty, 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 OFICINA** ****
Firma abajo cuando se complete

Fechas de Consentimiento han sido actualizadas en Athena _____



USO SIGNIFICATIVO: 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

Correo electrónico del portal

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

Firma del Paciente

Fecha

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

Inicial de personal cuando sea completado

Raza / Etnia / Idioma actualizado en Athena _____

Registro del portal: Si or N _____



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 paciente en 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. Después de más de tres (3) no presentaciones, cancelaciones y / o llegadas tardías dentro de un período de seis (6) meses, una PC 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: _____

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE HISTORIA MÉDICA

Favor de leer el formulario en su totalidad antes de firmar y complete toda sección que aplique a la divulgación de su información médica.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

DIVULGAR INFORMACIÓN A:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

OBTÉN INFORMACIÓN DE:

Name: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Razón por Divulgación (Seleccione Uno):

Tratamiento/Cuidado Continuo

Uso Personal

Facturación/Cobro

Aseguranza

Propósito Legal

Determinación de Incapacidad

Escuela

Motivo Laboral

Otra: _____

¿Qué información se puede divulgar? Complete lo siguiente e indique que quiere divulgar. Si quiere divulgar su información en su totalidad, seleccione la primera línea.

Historia Médica Completa Examinación Física/Historia Medicamentos Actuales e historial Resultados Laboratorios
 Recomendaciones Médicas Alergias del Paciente Reportes Cirúrgicos Consultas
 Reportes progresivos Diagnósticos Fracturas Radiología

Sus iniciales se requieren para NO DIVULGAR lo siguiente:

Registros de salud mental (excluyendo las notas de psicoterapia)

Información genética y resultados

Registros de abuso de alcohol, u otras sustancias

VIH/SIDA pruebas y tratamiento

DERECHO A RETIRARSE: Entiendo que puedo retirarme 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**. Entiendo que las acciones anteriores tomadas en dependencia de esta autorización por parte de entidades que tenían permiso para acceder a mi Historia clínica no serán afectadas.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN: 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 registro médico que se haya producido 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 ya no puede estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

Firma del Paciente

Fecha

Representante Legal

Relación al Paciente

Firma de Testigo

Fecha



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.