

NUEVO DEL PACIENTE NEUROCIRUGIA

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Queja principal (motivo de la visita): _____

¿Fue referido a nuestra oficina? Sí | No En caso afirmativo, ¿por quien? _____

¿Dónde está la ubicación exacta de su dolor hoy? _____

¿Qué estabas haciendo cuando empezó el dolor? _____

¿Cuándo tuviste este dolor por primera vez? _____

Describe tu dolor: Dolorido Ardor Apuñalante Agudo Eléctrico Punzante

Acalambrado Palpitante Aplastante Otro _____

¿El dolor es constante? Sí | No ¿Cuánto tiempo dura el dolor? _____

¿Cuándo es peor tu dolor? Mañana Medio día Tarde Noche

¿Cuál de los siguientes empeora su dolor? (Marque todo lo que corresponda)

Usando su brazo o mano Alcanzando por encima de tu cabeza Inclinar la cabeza hacia adelante o hacia atrás

Sentado/a Tos/estornudos/esfuerzo Acostada En pie caminando bending twisting

Otro _____

¿Cuál de los siguientes alivia su dolor? (Marque todo lo que corresponda)

Sentado/a En pie Caminando Acostado/a Medicación Calor / Frio Otro _____

¿Tiene problemas urinarios y/o intestinales relacionados con el dolor? Sí No

Si sí, explique: _____

Farmacia preferida: Advanced Rx Otro _____

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

¿Qué has hecho por el dolor? (Marque todo lo que corresponda)

Medicación Acupuntura Terapia física Quiropráctico Yoga Inyecciones Otro _____

Tipo de imagen	<input type="checkbox"/>	Parte del cuerpo	Nombre de la instalación

Historial médico

Nombre de la medicación	Dosis	¿Con qué frecuencia lo toma?	¿Para qué sirve?	¿Quién lo prescribe?

¿Tiene alguna alergia a algún medicamento/fármaco? Por favor apunte: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Historial médico

 Alguna vez ha sido hospitalizado? Si | No Describe: _____

Indique si ha tenido un problema médico o una cirugía relacionada con cada uno de los siguientes. Marque la opción adecuada cuando se enumeren varias opciones. Para cirugías, indique el año aproximado y describa el problema y el tipo de cirugía.

	Diagnósticos	Cirugía	Año	Describe
Ojos (cataratas, glaucoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Oídos, nariz, senos nasales, amígdalas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Endocrino (tiroides, paratiroides, diabetes, pituitaria, suprarrenales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cardiovascular (angina, cirugía de derivación, angioplastia, stent, coágulos de sangre, ritmo cardíaco anormal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Pulmones (asma, tuberculosis, neumonía, radiografía de tórax anormal, enfisema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Esófago o estómago (úlceras, ERGE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Gastrointestinal (crecimiento eliminado, intestino intestinal, apéndice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hígado, vesícula biliar (incluida la hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Riñones o vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Huesos, articulaciones o músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Espalda, cuello o columna vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cerebro (accidente cerebrovascular, AIT, tumor, trauma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Pechos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Mujeres: útero, trompas, ovarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hombres: próstata, pene, testículos, vasectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Historia social

 ¿Algún consumo de tabaco? Si | No Paquetes por día _____ por _____ años.

 ¿Algún consumo de alcohol? Si | No Bebidas por día _____ por _____ años.

 ¿Algún uso de drogas recreativas? Si | No Drogas utilizadas _____

 ¿Alguna dieta especial? Sin lactosa Libre de cafeína Diabético/a Vegetariano/a Vegano/a Otro _____

 Estado civil? soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

 Estas trabajando? Si | No Si no: ¿Quién te sacó del trabajo?? _____

Si si: ¿Cuál es su ocupación? _____

¿Cuándo dejó de trabajar (si corresponde)? _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Historial familiar

Padre: Vivo (edad _____) Fallecido (edad _____) Desconocido Causa de la muerte: _____

Madre: Viva (edad _____) Fallecida (edad _____) Desconocido Causa de la muerte: _____

Enfermedad/condición
Miembro de la familia
Describe

Cáncer	_____	_____
Enfermedad del corazón	_____	_____
Diabetes	_____	_____
Accidente cerebrovascular/ AIT	_____	_____
Alta presión sanguínea	_____	_____
Informacion Adicional	_____	

Revisión de sistemas

GENERAL	S	N	Gastrointestinal	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	Otro		
Otro			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		
Otro			Otro	Otro		
Renal/Urinaría	S	N	Cardiovascular	Psicológico	S	N
Insuficiencia Renal			Dolor de Pecho	Abuso de Drogas/Adiccion		
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	Otro		
Cancer de Prostata			Otro			
Otro			Sangre/Linfa			
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			Otro			
Otro			Endocrino		S	N
Piel	S	N	Diabetes			
Erupción			Problemas Tiroideos			
Comezón			Osteoporosis			
Cabello Inusual			Otro			

Nombre: _____

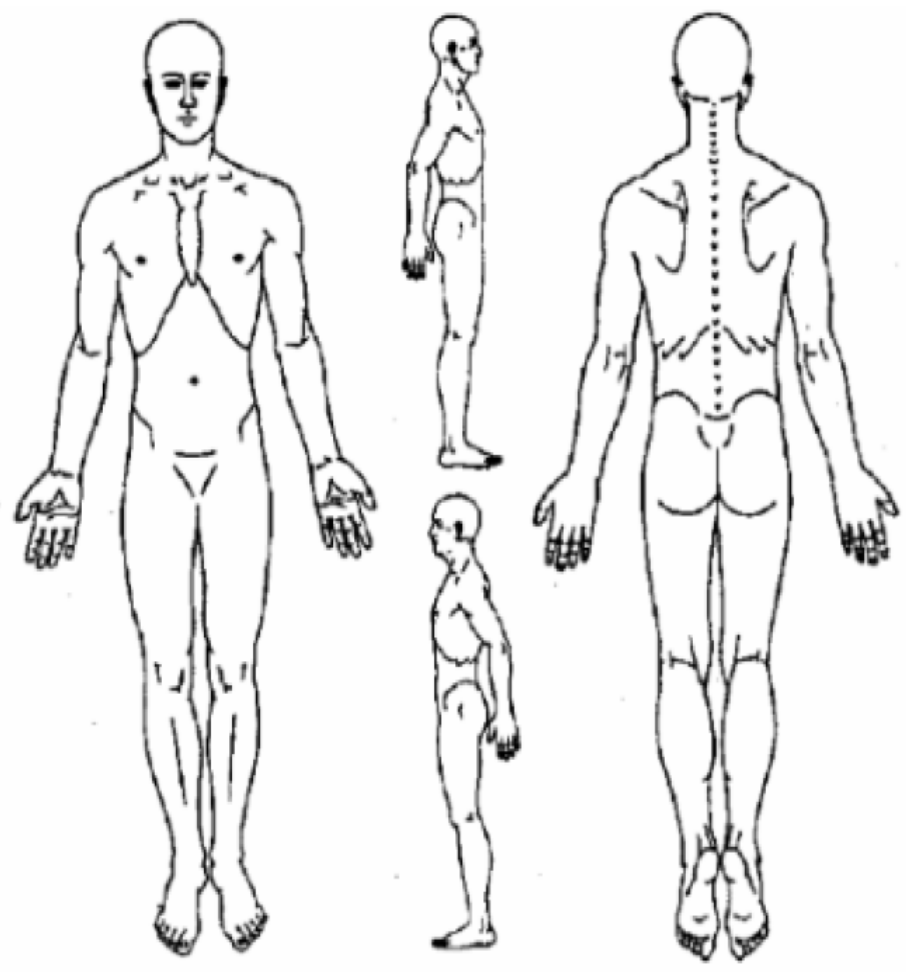
Fecha de nacimiento: _____

Nivel de dolor actual: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Diagrama de dolor

Marque el area dela lesion o malestar en el cuadro a continuacion, usando los simbolos apropiados:

Entumecimiento	Alfileres y agujas	Ardor	Apunalante	Apunalante
-----	o o o o o	^ ^ ^ ^ ^	x x x x x	# # # # #
-----	o o o o o	^ ^ ^ ^ ^	x x x x x	# # # # #



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

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS (AOB), DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (ROI) Y ACUERDO FINANCIERO

Nobre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Gracias por elegir **Advanced Pain Care y sus subespecialidades, entidades afiliadas y relacionadas**, su proveedor de atención médica. La siguiente es nuestra Política Financiera. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre nuestras políticas de pago, no dude en preguntar al 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 de un paciente, incluido el copago, el deducible y/o el saldo a cuenta, se debe pagar 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:

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. número arábigo. 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 para solicitar el pago inmediato. 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 cobro a través de un tribunal de reclamos menores, un abogado y/o una agencia de cobro con tarifas de cobro aplicables. Todos los gastos de cobro son responsabilidad del paciente.

Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su saldo. Le animamos a que nos comunique cualquier problema de este tipo para que podamos ayudarle en la gestión de su cuenta.

Autorización para divulgar información de facturación y asignación de beneficios de seguro: Autorizo la divulgación de **CUALQUIER** información médica, incluidos los registros de abuso de sustancias, salud mental y VIH/SIDA, necesarios para actuar sobre **CUALQUIER** reclamo de seguro médico y permitir que se utilice la reproducción fotográfica u otra reproducción facsímil de esta autorización en lugar de la asignación original. Por la presente asigno a **Advanced Pain Care y sus subespecialidades, entidades afiliadas y relacionadas** 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 todas las reclamaciones futuras, hasta que decida revocarla por escrito.

Yo, el abajo 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 obtener respuestas a mis preguntas a mi satisfacción.

Firma del paciente _____

Fecha: _____

Relación con el paciente, si no es paciente _____ **Testigo Autorizado:** _____

**Mark Malone, MD, PA, incluye Atención Avanzada del Dolor y subespecialidades, entidades afiliadas y relacionadas.*

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE
PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Nobre 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, su subespecialidad, Advanced Surgical Center puede usar o divulgar mi información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, lo que significa para: brindarme atención médica a mí, el paciente; gestión de la facturación y el 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.

Autorizo Advanced Pain Care, su subespecialidad, Centro Quirúrgico Avanzado para comunicarme con mi **PCP (Médico de Atención Primaria): Dr.** _____ Teléfono #: (____) _____

Advanced Pain Care, sus subespecialidades, entidades afiliadas y relacionadas tienen 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 médica protegida.

Entiendo que tengo derecho a leer el "**Aviso de prácticas de privacidad**" **antes de** firmar este acuerdo. Si pregunto, Advanced Pain Care, su subespecialidad, Advanced Surgical Center Surgical Center, me proporcionará **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 estoy de acuerdo en permitir que Advanced Pain Care, su subespecialidad, Advanced Surgical Center, use y divulgue 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, su subespecialidad, Advanced Surgical Center haya tomado medidas basándose en este consentimiento.

Fecha de firma del paciente

Fecha

Relación con el paciente si está firmada 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, su subespecialidad, Advanced Surgical Center en 2000 S. Mays St, Round Rock Texas 78664 o (512) 244-4272.

**** OFFICE USE ONLY ****

Staff initial below when completed

Consent dates have been updated in Athena _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO - NEUROCIRUGÍA

Nobre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

POR FAVOR LEA Y FIRME LA PARTE DEL FORMULARIO QUE SIGNIFICA CONSENTIMIENTO Y ENTENDIMIENTO

AL PACIENTE: Como paciente, tiene derecho a ser informado sobre su condición y el procedimiento médico, quirúrgico o de diagnóstico o la terapia farmacológica recomendados que se utilizará, de modo que pueda tomar la decisión informada de someterse o no al tratamiento médico, quirúrgico, quirúrgico recomendado. o procedimiento de diagnóstico, o tomar el medicamento después de conocer los riesgos y peligros involucrados. Esta divulgación no tiene la intención de asustarlo

o alarmarlo, sino que es un esfuerzo para informarlo mejor 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 efectos de este acuerdo, el uso de la palabra "médico" se define para incluir no solo a mi médico, sino también a los asociados autorizados, asistentes técnicos, enfermeras, personal y otros proveedores de atención médica de mi médico, según sea necesario o aconsejable para tratar mi condición.

ME HAN DADO LA OPORTUNIDAD para hacer preguntas sobre mi condición y tratamiento, los riesgos de no recibir tratamiento y la terapia con medicamentos, el tratamiento médico o los procedimientos de diagnóstico/ quirúrgicos que se utilizarán para tratar mi condición, y los riesgos y peligros de dicha terapia, tratamiento y procedimiento con medicamentos (s), y creo que tengo suficiente información para dar este consentimiento informado.

DURANTE EL CURSO DE SU RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE con Advanced Neurosurgery, es posible que le receten medicamentos que se pueden surtir en la 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 elija. Su médico, Advanced Neurosurgery o Advanced Rx Pharmacy no lo tratarán de manera diferente si elige usar un centro diferente.

DURANTE EL CURSO DE SU RELACIÓN MÉDICO / PACIENTE con Advanced Neurosurgery (pacientes del área de Austin), puede someterse 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 Neurosurgery o Advanced Surgical Center no lo tratará de manera diferente si elige usar una instalación diferente.

DURANTE EL CURSO DE SU RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE con Advanced Neurosurgery (pacientes del área de Amarillo), puede 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 proporciona para ayudarlo a tomar una decisión informada sobre su atención médica. Su médico, Advanced Neurosurgery o Advanced Surgical Center no lo tratará de manera diferente si decide utilizar una instalación diferente.

DURANTE EL CURSO DE SU RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE con Advanced Neurosurgery, puede someterse a procedimientos en el Advanced Surgical Center que se realizarán con Neuromonitorización. Por la presente 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 Neurosurgery o Advanced Surgical Center no lo tratará de manera diferente si opta por rechazar la Neuromonitorización.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma de testigo: _____

Fecha: _____

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: _____

Consentimiento para enviar mensajes de texto y llamadas

¿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

Consentimiento para comunicación de información médica vía mensaje de voz

¿Le da permiso a Advanced Pain Care para dejar un mensaje de voz detallado en su teléfono sobre su atención médica? Esto puede incluir, entre otros, información sobre próximos procedimientos quirúrgicos, información de citas, información de pago, resultados de laboratorio y otra información relacionada con la salud. 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 printed portal URL? Y or N _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nobre 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 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 divulgaci'ón 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

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.