

## Admisión de Nuevos Pacientes – Reumatología

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

¿Fue referido a nuestra oficina? Si | No En caso afirmativo, ¿por quien? \_\_\_\_\_

**Motivo de la visita/queja principal:** \_\_\_\_\_

**Proveedor de atención primaria:** \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL:**

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

Ocupación actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Desempleado/a  Sedentario/a \_\_\_ Actividad moderada  Obrero/a

Ocupación pasada: \_\_\_\_\_ Notas: \_\_\_\_\_

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

Lista de alergias: \_\_\_\_\_

Historial quirúrgico pasado: \_\_\_\_\_

Imágenes: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS ACTUALES:**

Nombre de la droga	Dosis	Direcciones

Farmacia preferida:  Advanced Rx  Otro \_\_\_\_\_

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

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Madre _____   | <input type="checkbox"/> Padre _____   |
| <input type="checkbox"/> Hermana _____ | <input type="checkbox"/> Hermano _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro _____    |  |

**HISTORIA MÉDICA PASADA**

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

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reflujo ácido/ERGE                      | <input type="checkbox"/> Enfisema                   | <input type="checkbox"/> PE (coágulos de sangre en los pulmones)                   |
| <input type="checkbox"/> Anemia                                  | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas | <input type="checkbox"/> Neumonía  |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                                | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco/enfermedad | <input type="checkbox"/> Soriasis  |
| <input type="checkbox"/> Asma                                    | cardíaca  | <input type="checkbox"/> Embargo   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal                   | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea     | <input type="checkbox"/> Sinusitis   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                                  | <input type="checkbox"/> Colesterol alto            | <input type="checkbox"/> Problemas de sueño/apnea del sueño                        |
| <input type="checkbox"/> Depresión                               | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                   | <input type="checkbox"/> Úlceras de estómago/sangrado                              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón       | <input type="checkbox"/> accidente cerebrovascular /mini accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> TVP (coágulos de sangre en las piernas) | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado      | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides                                    |
|  | <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo          | <input type="checkbox"/> Tuberculosis  |

**HISTORIA REUMATÓLICA DEL PACIENTE**

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

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antifosfolípido (APS) | <input type="checkbox"/> Lupus                            | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Necrosis avascular    | <input type="checkbox"/> Osteoartritis                    | <input type="checkbox"/> Esclerodermia       |
| <input type="checkbox"/> Bursitis              | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                     | <input type="checkbox"/> Síndrome de Sjogren |
| <input type="checkbox"/> Dermatomiositis       | <input type="checkbox"/> Túnel nervio-carpiano periférico | <input type="checkbox"/> Tendinitis          |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia          | <input type="checkbox"/> Túnel nervio-tarsal periférico   | <input type="checkbox"/> Vasculitis          |
| <input type="checkbox"/> Fractura vertebral    | <input type="checkbox"/> Polimialgia reumática            | <input type="checkbox"/> Otro: _____         |
| <input type="checkbox"/> Fractura, otro        | <input type="checkbox"/> Polimiositis                     | <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b>      |
| <input type="checkbox"/> Gota                  | <input type="checkbox"/> Pseudogota                       |  |

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

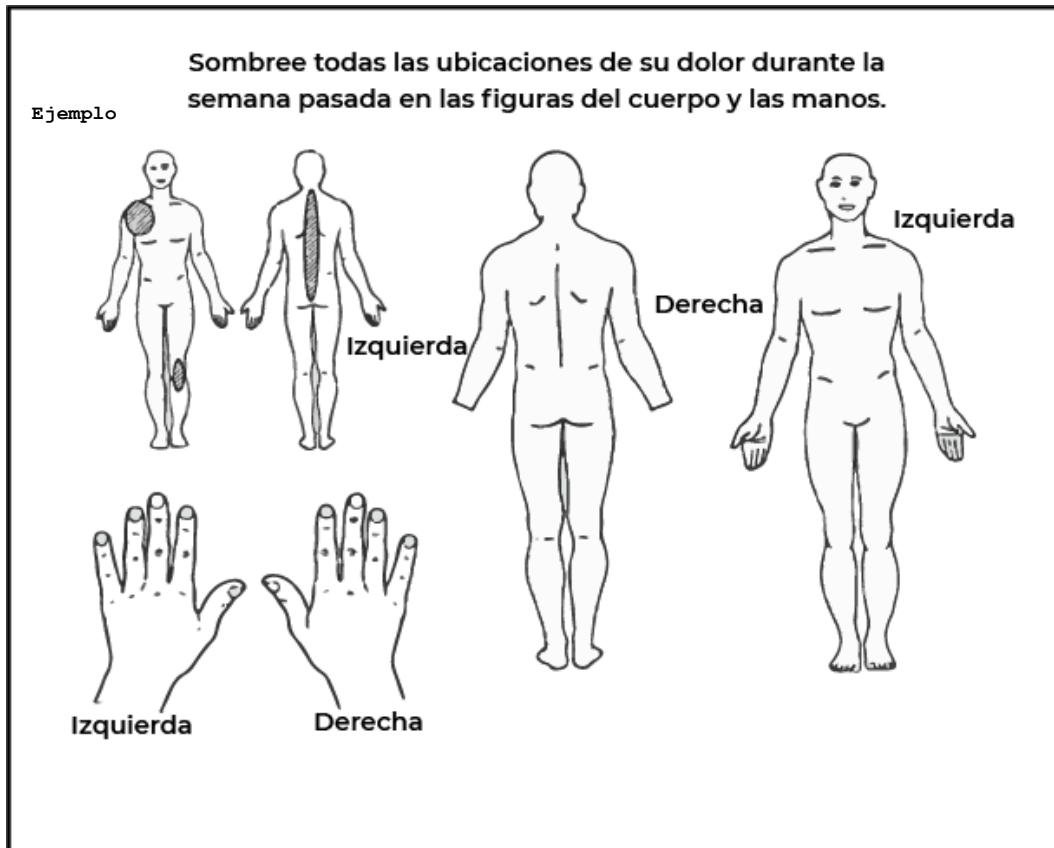
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_



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

Evaluación:

Plan:

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

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

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**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**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 - REUMATOLOGÍA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

### **AUTHORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

- 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. 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 divulgación 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



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

**CALIDAD: DEMOGRAFÍA**

**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 \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

## Carta de Farmacia

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.