ADVANCED RHEUMATOLOGY

Admisión de Nuevos Pacientes – Reumatología

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

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

Motivo de la visita/queja principal: _____

Proveedor de atención primaria: _____

HISTORIA SOCIAL:

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

Ocupación actual: _____

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

Ocupacion pasada: _____ Notas: _____

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

Lista de alergias: _____

Historial quirúrgico pasado: _____

_____

Imagenes**:** _____

Fecha: _/_____/_____ ¿Dónde? _____

MEDICAMENTOS ACTUALES:

Nombre de la droga	Dosis	Direcciones

Farmacia preferida: ☐ Advanced Rx ☐ Otro _____

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

Revisado por el médico _____ Fecha _____

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

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

☐ Madre _____ ☐ Padre _____

☐ Hermana _____ ☐ Hermano _____

☐ Otro _____

HISTORIA MÉDICA PASADA

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

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

HISTORIA REUMATÓLICA DEL PACIENTE

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

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

Revisado por el médico _____ Fecha _____

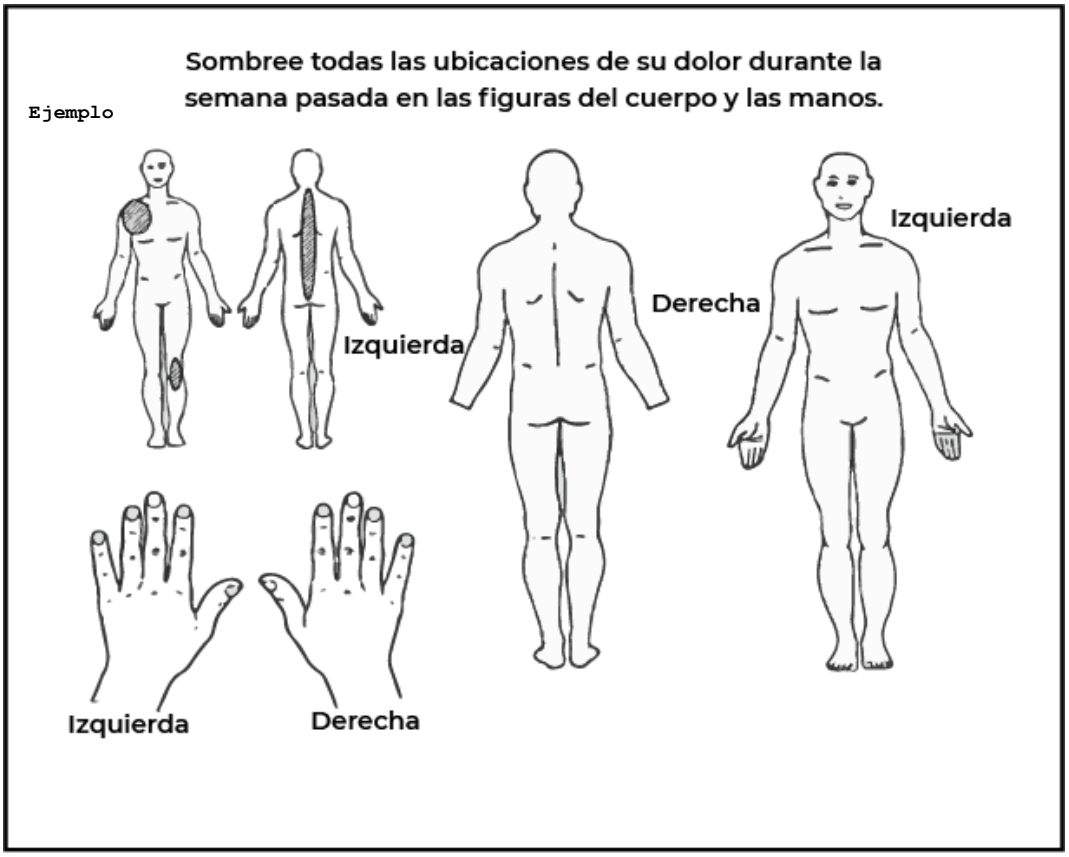
Nombre del paciente: _____ **Nombre del Paciente:** _____

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

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

Revisado por el médico _____ Fecha _____

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



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

Evaluación:

Plan:

Revisado por el médico _____ Fecha _____

ADVANCED RHEUMATOLOGY

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

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Gracias por elegir **Advanced Pain Care y sus subespecialidades, entidades afiliadas y relacionadas** como su proveedor de atención sanitaria. A continuación se presenta nuestra Política Financiera. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre nuestras políticas de pago, no dude en preguntar al personal de nuestra oficina. Pedimos a todos los pacientes que lean y firmen nuestra Política Financiera antes de acudir a un proveedor de atención médica.

La parte del pago del paciente, incluyendo copago, deducible y/o saldo pendiente, debe devolverse en el momento en que se prestan los servicios, salvo que se hayan hecho acuerdos previos con el Departamento de Facturación.

Aceptamos la asignación con la mayoría de las principales compañías de seguros y los planes de proveedores participantes. Sin embargo, debes entender que:

1. Tu póliza de seguro es un contrato entre tú, tu empleador y la compañía de seguros. NO somos parte de ese contrato. Nuestra relación es contigo, no con tu aseguradora. Verificamos tus beneficios por cortesía y no garantizamos cobertura ni pago.
2. Todos los cargos son tu responsabilidad, pague o no tu compañía de seguros.
3. Las tarifas por servicios, junto con deducibles impagados y copagos, deben ser pagadas en el momento del tratamiento.
4. Si la compañía de seguros no paga tu saldo completo en un plazo de 30 días, te pedimos que contactes con la aseguradora para solicitar el pago puntual. Por favor, informa a nuestra oficina de la respuesta del transportista.
5. Los cheques devueltos estarán sujetos a un cargo de cobro de 25.00 dólares. Si el cheque no se recoge en un plazo de 10 días, puede ser entregado a las autoridades.
6. La visita a la oficina no se presenta sin aviso de 24 horas y está sujeta a un cargo de 25.00 $.
7. La documentación que requiera la finalización por parte del proveedor conllevará un cargo de 75.00 dólares. Incluyendo, pero limitado a, discapacidad, FMLA, etc.
8. Los saldos impagados durante 90 días pueden estar sujetos a cobro a través del juzgado de reclamaciones menores, un abogado y/o agencia de cobro con las tasas de cobro aplicables. Todas las tasas de cobro son responsabilidad del paciente.

Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar al pago puntual de tu saldo. Te animamos a comunicarte sobre cualquier problema de este tipo para que podamos ayudarte a gestionar tu cuenta.

Procedimiento No Presentación, Cancelaciones y Reprogramaciones en un plazo de 72 horas:
En el momento de la programación, se obtendrá una tarjeta de crédito y se guardará de forma segura. Si no se presenta el día previsto, o si se cancela o reprograma se realiza en un plazo de 72 horas desde el procedimiento, conllevará una tasa de 75 dólares.

Autorización para Divulgar Información de Facturación y Cesión de 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 sobre **CUALQUIER** reclamación de seguro médico y permitir que se utilice una reproducción fotográfica u otra por facsímil de esta autorización en lugar de la asignación original. Por la presente cedo a **Advanced Pain Care y sus subespecialidades, entidades afiliadas y relacionadas** los beneficios médicos y/o quirúrgicos 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 mencionada. Entiendo que soy responsable económicamente de todos los gastos incurridos por mi tratamiento médico. He tenido la oportunidad de hacer y que mis preguntas se respondan a mi satisfacción.

Paciente Signature_____ Fecha:

Relación con el paciente, si no con el paciente _____

Mark Malone MD PA incluye Advanced Pain Care y subespecialidades, entidades afiliadas y relacionadas.

ADVANCED RHEUMATOLOGY

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.

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

Staff initial below when completed

Consent dates have been updated in Athena _____

ADVANCED RHEUMATOLOGY

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA (PHI)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

- Autorizo a Advanced Pain Care y sus subespecialidades a liberar la información de mi historial médico tal y como se describe en este formulario.
- Muchos de nuestros pacientes permiten que familiares llamen y consulten información médica, soliciten la renovación de recetas, historiales médicos y resultados de pruebas, formularios de recogida, etc. Según los requisitos de HIPAA, no se nos permite proporcionar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que alguna de sus informaciones médicas se facilite a familiares, debe firmar este formulario. Firmar este formulario solo dará consentimiento para facilitar dicha información a las personas indicadas a continuación.

Nombre	Relación	Número de teléfono

<u>Revisa todo lo que se aplica a los nombres anteriores:</u>

No establecer ninguna limitación a la divulgación de PHI a continuación resultará en autorización para facilitar todos los registros médicos.

☐ En cuanto a la cita, hora y fecha ☐ Comentar los resultados de laboratorio ☐ Comentar los resultados de las imágenes

☐ Habla sobre la atención médica, un problema o preocupación ☐ Recoger recetas ☐ Formularios de recogida

☐ Hablar sobre la información de facturación

DERECHO A REVOCAR: *Entiendo que puedo retirarme en cualquier momento dando un aviso por escrito en el que exponga mi intención de RESCINDIR esta autorización a* ***<u>Advanced Pain Care 2000 S. Mays St., Suite 201 Round Rock, TX 78664</u>****. Entiendo que las acciones previas tomadas en base a esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi historial médico no se verán 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 tal y como se describe. Entiendo que negarse a firmar este formulario no impide la publicación de registros médicos que haya ocurrido antes de la revocación o que esté permitida por ley sin mi autorización o permiso específico, incluyendo las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto en 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 publicada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.*

Esta autorización caducará en 1 año desde la fecha de firma, salvo que se especifique otra fecha: _____

Firma del paciente	Fecha
Representante legalmente autorizado	Relación con el paciente

ADVANCED RHEUMATOLOGY

CONSENTIMIENTO INFORMADO - REUMATOLOGÍA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

POR FAVOR, FIRME AL FINAL DEL FORMULARIO SIGNIFICANDO CONSENTIMIENTO Y COMPRENSIÓN

VOLUNTARIAMENTE solicito y tengo la intención de recibir servicios médicos reumatológicos diagnósticos y clínicos y tratamientos relacionados de Advanced Pain Care y sus subespecialidades; de su personal licenciado y no autorizado. Entiendo que Advanced Pain Care y sus subespecialidades ofrecen cuidados para ayudarme o ayudarme a 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 estoy de acuerdo en que mi aceptación del cuidado es voluntaria. Advanced Pain Care y sus subespecialidades pueden hacer recomendaciones de tratamiento (incluidos procedimientos médicos), pero en última instancia tengo la opción de aceptar y/o participar en dicho tratamiento. Por lo tanto, 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 (o ordenar) análisis, radiografías y/o otros estudios diagnósticos. Entiendo que estos procedimientos clínicos suelen ser beneficiosos, pero a veces pueden causar daño. También entiendo que, en casos raros, una deformidad física subyacente o una patología puede hacerme susceptible a lesiones. Advanced Pain Care y sus subespecialidades me informarán si no pueden tratarme, pero es mi responsabilidad dar a conocer cualquier enfermedad o deformidad patológica de la que tenga conocimiento y de la que Advanced Pain Care y sus subespecialidades no tengan conocimiento. Advanced Pain Care y sus subespecialidades proporcionan atención reumatológica que no puede ni abarca todas las especialidades médicas; Entiendo y estoy de acuerdo en que debo consultar con el especialista adecuado para obtener procedimientos diagnósticos y clínicos adecuados en 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 efectos secundarios y que los medicamentos recetados para enfermedades reumatológicas pueden tener efectos secundarios graves, como un mayor riesgo de infecciones graves. Acepto revisar cualquier literatura proporcionada por Advanced Pain Care y sus subespecialidades antes de empezar 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 proceda, de otro proveedor sanitario autorizado.

LO ENTIENDO que Advanced Pain Care y sus subespecialidades pueden prescribir, 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 normalmente es seguro, es posible tener una reacción negativa al medicamento o al procedimiento en sí, incluyendo infección, sangrado, dolor, decoloración/cicatrices en la piel y el riesgo de que el procedimiento o medicamento no sea efectivo. En cualquier caso, 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 a estos procedimientos.

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

Durante el transcurso de tu relación médico/paciente con Advanced Pain Care y sus subespecialidades, puede que te receten medicación que se puede dispensar 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 y sus subespecialidades tienen un interés inversor en la farmacia. Esta información se proporciona para ayudarte a tomar una decisión informada sobre tu atención sanitaria. Tienes derecho a elegir tu farmacia. Tienes la opción de obtener la receta que te ordene tu médico en Advanced Rx Pharmacy o en cualquier otra farmacia que elijas. No será tratado de forma diferente por tu médico, Advanced Pain Care o Advanced Rx Pharmacy si eliges usar otro centro.

AVISO DE DOCUMENTACIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA): Nuestra consulta utiliza tecnología de inteligencia artificial (IA) dentro de nuestro sistema de historias clínicas electrónicas (EHR) para ayudar con la documentación administrativa y clínica, incluyendo el dictado y la transcripción de las visitas a consulta.

Tras leer lo anterior, solicito que Advanced Pain Care y sus subespecialidades me proporcionen tratamiento, y acepto el riesgo de cualquier efecto secundario desconocido asociado al tratamiento o medicación prescrita.

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

Firma del testigo:_____ **Fecha:**_____

ADVANCED RHEUMATOLOGY

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 _____

ADVANCED RHEUMATOLOGY

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Aviso para informar a las personas sobre la no discriminación y la accesibilidad

La discriminación es ilegal

Advanced Pain Care/Advanced Surgical/Advanced Pharmacies cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (de acuerdo con el alcance de la discriminación sexual descrita en 45 CFR § 92.101(a)(2)) [opcional: (o sexo, incluidas las características sexuales, incluidos los rasgos intersexuales; embarazo o afecciones relacionadas; orientación sexual; identidad de género y estereotipos sexuales).

Advanced Pain Care/Advanced Surgical/Advanced Pharmacies no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Cuidado Avanzado del Dolor/Quirúrgico Avanzado/Farmacias Avanzadas:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares gratuitos y apropiados para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con Michael Jensen, Oficial de Cumplimiento y Coordinador de Derechos Civiles. Si considera que Advanced Pain Care/Advanced Surgical/Advanced Pharmacies no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Michael Jensen, Oficial de Cumplimiento y Coordinador de Derechos Civiles, 101 Louis Henna Blvd., Ste 300, Austin, TX 78728, Tel: 512-244-4272, Fax: 512-244-2895, o en compliance@advancedpaincare.us.

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Michael Jensen, Oficial de Cumplimiento y Coordinador de Derechos Civiles, está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja por violación de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf , o por correo postal o teléfono a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Avenida de la Independencia, SW
Sala 509F, Edificio HHH
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Este aviso está disponible en el sitio web de Advanced Pain Care: https://austinpaindoctor.com

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha entregado este aviso.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____