ADVANCED PAIN CARE

Gestión Nuevos Pacientes Ingresando

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

Remite a nuestra oficina por: _____

Proveedor de atención primaria: _____

Motivo de la vista: _____

Localización del dolor: _____

Fecha de inicio: _____

Incidente incitador: ☐ Caída o accidente ☐ Compensación laboral ☐ MVA Otro: _____

Gravedad del dolor: Nivel actual de dolor _____ / 10

Rodea la respuesta que mejor describa cómo tu dolor interfiere en tu vida diaria.

INTENSIDAD del DOLOR:

☐ 0 Puedo tolerar el dolor que tengo sin tener que usar medicación para el dolor
☐ 1 El dolor es fuerte, pero puedo manejarlo sin tener que tomar medicación para el dolor
☐ 2 La medicación para el dolor me proporciona un alivio completo del dolor
☐ 3 La medicación para el dolor me proporciona un alivio moderado del dolor
☐ 4 La medicación para el dolor me da poco alivio.
☐ 5 La medicación para el dolor no tiene efecto en mi dolor.

DURMIENDO

☐ 0 El dolor no me impide dormir bien.
☐ 1 Solo puedo dormir bien usando medicación para el dolor.
☐ 2 Incluso cuando tomo medicación para el dolor, duermo menos de 6 horas.
☐ 3 Incluso cuando tomo medicación para el dolor, duermo menos de 4 horas.
☐ 4 Incluso cuando tomo medicación para el dolor, duermo menos de 2 horas.
☐ 5 El dolor me impide dormir en absoluto.

EMPLEO / HOGAR

☐ 0 Mis tareas domésticas o laborales habituales no me causan dolor.
☐ 1 Mis actividades normales en el hogar y el trabajo aumentan mi dolor, pero aún puedo hacer todo lo que se me requiere.
☐ 2 Puedo realizar la mayoría de mis tareas domésticas y laborales, pero el dolor me impide realizar actividades físicamente más estresantes (por ejemplo, levantar pesas, pasar la aspiradora).
☐ 3 El dolor me impide hacer cualquier cosa que no sean tareas ligeras.
☐ 4 El dolor me impide hacer incluso tareas ligeras.
☐ 5 El dolor me impide realizar cualquier trabajo o tareas domésticas.

¿Qué actividades de la vida diaria son difíciles o imposibles para ti debido al dolor? (es decir, bañarse, cocinar, limpiar)

_____

ADVANCED PAIN CARE

Gestión Nuevos Pacientes Ingresando

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

Medicamentos para el dolor anteriores probados y fallados: _____

Imágenes anteriores (Por favor, completa la información a continuación):

Feche	Tipo de imagen	Instalación de Imagen

Fisioterapia previa (Por favor, completa la información a continuación):

Fecha	Área de tratamiento	Centro de Fisioterapia

Alergias (Por favor, enumera todas las alergias a medicamentos o fármacos con la reacción):

Nombre del medicamento	Reacción o efecto secundario

Medicación actual (Por favor, enumera todos los medicamentos que estás tomando actualmente):

Nombre del medicamento	Dosis	Indicaciones	Prescriptor

Farmacia preferida: ☐ Avanzada Rx ☐ Otro: _____

***Recogida o venta por correo con recetas avanzadas disponibles ***

ADVANCED PAIN CARE

Gestión Nuevos Pacientes Ingresando

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

Antecedentes médicos familiares:
Enumera a los miembros de tu familia con antecedentes de:

Diabetes: _____

Hipertensión: _____

Cáncer: _____

Hipertermia maligna: _____

Otro: _____

Historia social:
¿Actualmente fumas tabaco? ☐ Sí | ☐ No

Si es así, ¿cuántos años llevas fumando tabaco? _____ ¿Cuánto tabaco fumas? _____

¿Has usado o has usado alguna vez cigarrillos sin nicotina, vapeo o tabaco de mascar? ☐ Sí | ☐ No

¿Has usado o has usado alguna otra forma de tabaco o nicotina? ☐ Sí | ☐ No

Tipo de tabaco utilizado: ☐ Cigarrillo electrónico/Vape | ☐ Sin humo

Si se usa antes, año de abandono: _____

¿Cuál es tu nivel de consumo de alcohol: ☐ Ninguno | ☐ Ocasional | ☐ Moderado | ☐ Pesado

Si es así, ¿cuántas veces a la semana consumes alcohol? _____

Consumo ilícito de drogas: ☐ Sí | ☐ No Por favor, haz una lista: _____

¿Has usado alguna vez medicamentos intravenosos?? ☐ Sí | ☐ No

Condiciones médicas/diagnóstico anteriores (Por favor, completa la información a continuación):

Enfermedad/Diagnóstico	Médico tratante

ADVANCED PAIN CARE

Gestión Nuevos Pacientes Ingresando

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

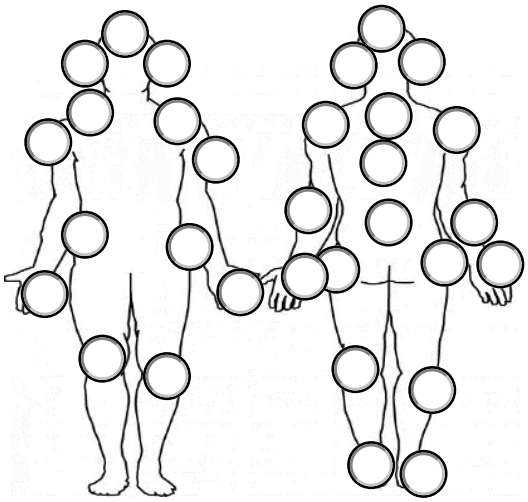
Historial quirúrgico (Por favor, completa la información a continuación):

Fecha de la cirugía	Tipo de cirugía	Hospital	Interpretado por

Procedimientos/inyecciones previas de manejo del dolor (Por favor, completa la información a continuación):

Fecha	Tipo de procedimiento	Interpretado por

Por favor, cubre la zona o zonas de dolor.



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

ADVANCED PAIN CARE

HERRAMIENTA DE RIESGO DE OPIOIDS

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

La herramienta de riesgo de opioides (ORT es una herramienta de detección breve y de autoinforme diseñada para su uso con pacientes adultos para evaluar el riesgo de abuso de opioides entre las personas a quienes se les recetó opioides para el tratamiento del dolor crónico. Por favor, responda a las preguntas a continuación. Si la respuesta es sí a cualquiera de las preguntas, solo rodee los números en la columna de su género.

Marque cada uno que aplica	Mujer	Hombre
Historia familiar de abuso de substancias		
Alcohol	☐ 1	☐ 3
Drogas Ilícitas	☐ 2	☐ 3
Drogas Recetadas	☐ 4	☐ 4
Historia personal de abuso de substancias		
Alcohol	☐ 3	☐ 3
Drogas Ilícitas	☐ 4	☐ 4
Drogas Recetadas	☐ 5	☐ 5
Edad entre 16—45 años	☐ 1	☐ 1
Historia de abuso sexual preadolescente	☐ 3	☐ 0
Enfermedad psicologica		
ADD, OCD, bipolar, schizophrenia	☐ 2	☐ 2
Depresión	☐ 1	☐ 1
Total		

Firma del paciente:_____ Fecha:_____

ADVANCED PAIN CARE

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 PAIN CARE

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.

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

Staff initial below when completed

Consent dates have been updated in Athena _____

ADVANCED PAIN CARE

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 PAIN CARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO - MANEJO DEL DOLOR Y ADICCIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

SEGÚN LO REQUERIDO POR LA JUNTA MÉDICA DE TEXAS: CÓDIGO ADMINISTRATIVO DE TEXAS, TÍTULO 22, PARTE 9, CAPÍTULO *170 3ª Edición: Desarrollado por la Texas Pain Society, abril de 2008 (www.texaspain.org)*

POR FAVOR, LEE Y FIRMA LA PARTE INFERIOR DEL FORMULARIO QUE INDICA CONSENTIMIENTO Y COMPRENSIÓN

AL PACIENTE: Como paciente, tienes derecho a ser informado sobre tu condición y sobre el procedimiento médico o diagnóstico recomendado o la terapia farmacológica que se va a utilizar, para que puedas tomar la decisión informada de tomar o no el medicamento tras conocer los riesgos y riesgos implicados. Esta revelación no pretende asustarte ni alarmarte, sino un esfuerzo por informarte mejor para que puedas dar o negar tu consentimiento/permiso para usar el/los fármaco(s) que te recomendé, como tu médico. A 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 de mi médico, asistentes técnicos, enfermeros, personal y otros proveedores sanitarios según sea necesario o recomendable para tratar mi condición.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y/O TERAPIA FARMACOLÓGICA: Solicito voluntariamente a mi médico que trate mi condición, que me han explicado como dolor crónico. Por la presente autorizo y doy mi consentimiento voluntario para que mi médico administre o escriba receta(s) de medicamentos peligrosos y/o controlados como parte del tratamiento de mi dolor crónico. Me han explicado que estos medicamentos incluyen opioides/narcóticos, que pueden ser perjudiciales si se toman sin supervisión médica. Además, entiendo que estos medicamentos pueden provocar dependencia física y/o adicción y pueden, como otros fármacos usados en la práctica médica, producir efectos secundarios o consecuencias adversas. Los métodos alternativos de tratamiento, los posibles riesgos implicados y las posibilidades de complicaciones me han sido explicados como se detalla a continuación. Entiendo que esta lista no es completa, que solo describe los efectos secundarios o reacciones más comunes, y que la muerte también es posible como consecuencia de tomar estos medicamentos. *LOS MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS QUE MI MÉDICO PLANEA RECETAR SERÁN DESCRITOS Y DOCUMENTADOS POR SEPARADO DE ESTE ACUERDO. ESTO INCLUYE EL USO DE MEDICAMENTOS PARA FINES DIFERENTES A LOS APROBADOS POR LA FARMACÉUTICA Y EL GOBIERNO (A VECES SE LE DENOMINA PRESCRIPCIÓN "OFF-LABEL"). MI MÉDICO ME EXPLICARÁ SU(S) PLAN(ES) DE TRATAMIENTO Y LO DOCUMENTARÁ EN MI HISTORIAL MÉDICO.*

HE SIDO INFORMADO Y ENTIENDO que me someteré a pruebas médicas y exámenes antes y durante mi tratamiento. Esas pruebas incluyen comprobaciones aleatorias y no avisadas de drogas y evaluaciones psicológicas si y cuando se considera necesario, y por la presente doy permiso para realizar las pruebas o mi negativa podría llevar a la interrupción del tratamiento. La presencia de sustancias no autorizadas puede resultar en que me den de alta de su cuidado.

ENTIENDO QUE LOS EFECTOS SECUNDARIOS MÁS COMUNES QUE PUEDEN OCURRIR AL USAR LOS MEDICAMENTOS QUE USO EN MI TRATAMIENTO INCLUYEN, PERO NO SE LIMITAN A: estreñimiento, náuseas, vómitos, somnolencia excesiva, picor, retención urinaria (incapacidad para orinar), hipotensión ortostática (presión arterial baja), arritmias (latido irregular), insomnio, depresión, dificultad del razonamiento y del juicio, depresión respiratoria (respiración lenta o nula), impotencia, tolerancia a medicamentos, dependencia física y emocional o incluso adicción, y la muerte. Entiendo que puede ser peligroso para mí conducir un automóvil u otra maquinaria mientras uso estos medicamentos y que podría estar afectado en todas las actividades, incluido el trabajo.

Me han explicado los **métodos alternativos** de tratamiento, los posibles riesgos y las posibilidades de complicaciones, y aún deseo recibir medicación o medicamentos para tratar mi dolor crónico.

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

SOY CONSCIENTE de que puede que tenga una enfermedad crónica y que hay pocas posibilidades de curación completa, pero el objetivo de tomar medicación o medicamentos de forma regular es reducir (aunque probablemente no eliminar) mi dolor para poder disfrutar de una mejor calidad de vida.

SOY consciente de que el tratamiento para algunos requerirá un uso prolongado o continuo de medicamentos, pero un objetivo adecuado también puede significar la eventual retirada de toda(s) medicación(es). Mi plan de tratamiento estará adaptado específicamente a mí.

ENTIENDO que puedo retirarme de este plan de tratamiento y dejar de usar el/los medicamento(s) en cualquier momento y que notificaré a mi médico si se suspende el uso.

ENTIENDO ADEMÁS que se me proporcionará supervisión médica si es necesario al dejar de tomar medicación.

ENTIENDO que no se me ha dado ninguna garantía ni garantía sobre los resultados de ninguna terapia farmacológica o cura de ninguna condición. El uso a largo plazo de medicamentos para tratar el dolor crónico es controvertido debido a la incertidumbre respecto a la medida en que proporcionan beneficios a largo plazo.

ADVANCED PAIN CARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO - MANEJO DEL DOLOR Y ADICCIÓN

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

SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD de hacer preguntas sobre mi condición y tratamiento, los riesgos de no tratamiento y la terapia farmacológica, tratamiento médico o procedimiento(s) diagnóstico(s) que se usarán para tratar mi condición, y los riesgos y riesgos de dicha terapia, tratamiento y procedimiento(s), y creo que dispongo de información suficiente para dar este consentimiento informado.

SOLO PARA PACIENTES FEMENINAS:

1. Que yo sepa, **NO ESTOY EMBARAZADA.** Si no estoy embarazada, usaré anticonceptivos o anticonceptivos adecuados durante el tratamiento.
2. Acepto que es **MI RESPONSABILIDAD** informar inmediatamente a mi médico si me quedo embarazada.
3. Si estoy embarazada o tengo dudas, **AVISARÉ A MI MÉDICO DE INMEDIATO**. Todos los posibles efectos anteriores de los medicamentos me han sido explicados completamente y entiendo que, por la actualidad, no se han realizado suficientes estudios sobre el uso a largo plazo de medicamentos, es decir, opioides/narcóticos, para garantizar la seguridad total de mi(s) hijo(s) no nacido(s). Con pleno conocimiento de esto, consiento su uso y declaro inofensivo a mi médico por lesiones al embrión/feto/bebé.

DURANTE EL TRANSCURSO DE TU RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE con Advanced Pain Care, 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 tiene 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.

DURANTE EL TRANSCURSO DE TU RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE con Advanced Pain Care (Área de Austin), puedes someterse a procedimientos que se realizarán en Advanced Surgical Center. Esta información se proporciona para ayudarte a tomar una decisión informada sobre tu atención sanitaria. No será tratado de forma diferente por tu médico, Advanced Pain Care o Advanced Surgery Center si eliges utilizar otro centro.

DURANTE EL TRANSCURSO DE TU RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE con Advanced Pain Care (Killeen Area), puedes someterse a procedimientos que se realizarán en Advanced Surgical Center. Esta información se proporciona para ayudarte a tomar una decisión informada sobre tu atención sanitaria. No será tratado de forma diferente por tu médico, Advanced Pain Care o Advanced Surgery Center si eliges utilizar otro centro.

DURANTE EL TRANSCURSO DE SU RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE con Advanced Pain Care (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 ayudarte a tomar una decisión informada sobre tu atención sanitaria. No será tratado de forma diferente por tu médico, Advanced Pain Care o Advanced Surgical Center si eliges utilizar otro centro.

DURANTE EL TRANSCURSO DE TU RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE con Advanced Pain Care, puedes someterse a procedimientos en el Centro de Cirugía Quirúrgica Avanzada que se realizarán con neuromonitoreo. Se le informa que Mark Malone, MD, tiene una participación en Greater Texas Neuromonitoring, LLC. Esta información se proporciona para ayudarte a tomar una decisión informada sobre tu atención sanitaria. No será tratado de forma diferente por tu médico, Advanced Pain Care o Advanced Surgery Center si decides rechazar la neuromonitorización.

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.

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

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

ADVANCED PAIN CARE

CALIDAD: DEMOGRAFÍA

Nobre 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 _____

ADVANCED PAIN CARE

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: _____