ADVANCED NEUROSURGERY

NUEVO DEL PACIENTE NEUROCIRUGIA

Nombre: _____ **Feche de nacimiento:** _____

Queja principal (motivo de la visita): _____

¿Fue referidoa nuestra oficina? ☐Si | ☐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? ☐Si |☐No **¿Cuánto tiempo dura el dolor?**_____

¿Cuándo es peor tu dolor? ☐Mañana ☐Medio dia ☐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? ☐Si |☐No

Si si, 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	☐ 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: _____

ADVANCED NEUROSURGERY

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

Historia social

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

¿ Algún consumo de alcohol? ☐Si | ☐No Bebidas por dia _____ 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)? _____

ADVANCED NEUROSURGERY

Nombre: _____ **Feche 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**	**Describa**
Cáncer		
Enfermedad del corazón		
Diabetes		
Accidente cerebrovascular/ AIT		
Alta presión sanguínea		

Informacion Adicional _____

Revisión de sistemas

GENERAL	**S**	**N**
Disminucion del Apetito		
Pérdida de Peso Inesperada		
Aumento de Peso Inesperado		
Fatiga		
Fiebre o Escalofríos		
Otro		
Neuro	**S**	**N**
Dolor de Cabeza		
Derrame Cerebral		
Convulsiones		
Otro		
Renal/Urinaria	**S**	**N**
Insuficiencia Renal		
Alteraciones Electrolíticas		
Cálculos Renales		
Dificultad Para Orinar		
Infección del Tracto Urinario		
Cancer de Prostata		
Otro		
Respiratorio	**S**	**N**
Apnea del Sueño		
Complicaciones con Sedación		
Bronquitis Crónica		
Dificultad para Respirar		
Tos Persistente		
Asma		
Otro		
Piel	**S**	**N**
Erupción		
Comezón		
Cabello Inusual		

Gastrointestinal		
Náusea/Vómito		
Dolor Abdominal		
Hábitos Intestinales Irregulares		
Pérdida de Control Intestinal		
Ictericia		
Cálculos Biliares		
Hepatitis		
Cirrosis		
Líquido en el Abdomen		
Pancreatitis		
Otro		
Cardiovascular	**S**	**N**
Dolor de Pecho		
Enfermedad de la Arteria Coronaria		
Alta Presión Sanguínea		
Hinchazón en Los Pies		
Dolores de Cabeza Anormales		
Otro		
Sangre/Linfa	**S**	**N**
Anemia		
VIH		
Moretones Fácilmente		
Transfusión de Sangre Pasada		
Ganglios linfáticos Inflamados		
Cáncer		
Otro		
Endocrino	**S**	**N**
Diabetes		
Problemas Tiroideos		
Osteoporosis		
Otro		

Ojos, Nariz, Garganta	**S**	**N**
Campo de Visión Ciego		
Cataratas		
Pérdida De Audición/Zumbido		
Dolor de Garganta/Ronquera		
Otro		
Musculoesquelético	**S**	**N**
Dolor en Las Articulaciones/Artritis		
Dolor de Espalda		
Dolor de Cuello		
Dolor Muscular		
Otro		
Psicológico	**S**	**N**
Abuso de Drogas/Adiccion		
Depresión		
Ansiedad		
Intento de Suicidio		
Otro		

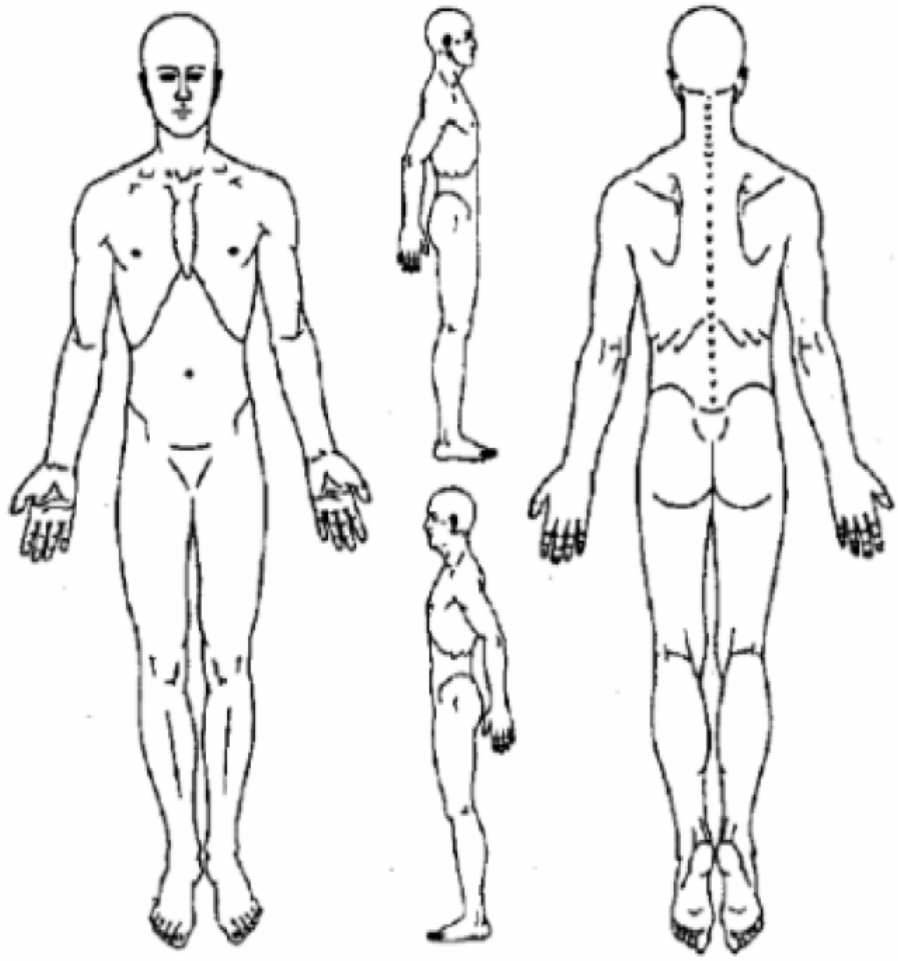
Nombre: _____ **Feche de nacimiento:** _____

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 apropoados:

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** _____

ADVANCED NEUROSURGERY

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 NEUROSURGERY

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 _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO: NEUROCIRUGÍA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

AL PACIENTE: Como paciente, tienes derecho a ser informado sobre tu condición y sobre el procedimiento médico, quirúrgico o diagnóstico o la terapia farmacológica recomendada, para que puedas tomar la decisión informada de si te sometes o no al procedimiento médico, quirúrgico o diagnóstico recomendado, o si tomas el medicamento tras conocer los riesgos y riesgos implicados. Esta revelación no pretende asustarte ni alarmarte, sino un esfuerzo para informarte mejor para que puedas dar o negar tu consentimiento/permiso para someterte al procedimiento médico, quirúrgico o diagnóstico, o tomar el/los fármaco(s) que te recomiendo, 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.

DURANTE EL TRANSCURSO DE TU RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE con Advanced Neurosurgery, 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 Neurosurgery (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 Neurosurgery (Área de Killeen), puedes someterse a procedimientos que se realizarán en el 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 Neurocirugía Avanzada (Amarillo), puede someterse a procedimientos que se realizarán en el Centro Quirúrgico Avanzado. 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 Neurocirugía Avanzada, 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 NEUROSURGERY

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
Nombre	Relación	Número de teléfono

Revisa todo lo que se aplica a los nombres anteriores:

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* ***Advanced Pain Care 2000 S. Mays St., Suite 201 Round Rock, TX 78664****. 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 NEUROSURGERY

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 NEUROSURGERY

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: _____