

## NUEVO DEL PACIENTE NEUROCIRUGIA

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Queja principal (motivo de la visita): \_\_\_\_\_

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

¿Dónde está la ubicación exacta de su dolor hoy? \_\_\_\_\_

¿Qué estabas haciendo cuando empezó el dolor? \_\_\_\_\_

¿Cuándo tuviste este dolor por primera vez? \_\_\_\_\_

Describe tu dolor:  Dolorido  Ardor  Apuñalante  Agudo  Eléctrico  Punzante

Acalambado  Palpitante  Aplastante  Otro \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Otro \_\_\_\_\_

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

Sentado/a  En pie  Caminando  Acostado/a  Medicación  Calor / Frio  Otro \_\_\_\_\_

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

Si sí, explique: \_\_\_\_\_

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

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

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

Medicación  Acupuntura  Terapia física  Quiropráctico  Yoga  Inyecciones  Otro \_\_\_\_\_

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

### Historial médico

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

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

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Historial médico**

 Alguna vez ha sido hospitalizado?  Si |  No Describe: \_\_\_\_\_

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

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

**Historia social**

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

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

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

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

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

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

Si si: ¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_

¿Cuándo dejó de trabajar (si corresponde)? \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Historial familiar**

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

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

**Enfermedad/condición**
**Miembro de la familia**
**Describe**

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

**Revisión de sistemas**

<b>GENERAL</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>Gastrointestinal</b>	<b>Ojos, Nariz, Garganta</b>	<b>S</b>	<b>N</b>
Disminución del Apetito			Náusea/Vómito	Campo de Visión Ciego		
Pérdida de Peso Inesperada			Dolor Abdominal	Cataratas		
Aumento de Peso Inesperado			Hábitos Intestinales Irregulares	Pérdida De Audición/Zumbido		
Fatiga			Pérdida de Control Intestinal	Dolor de Garganta/Ronquera		
Fiebre o Escalofríos			Ictericia	Otro		
Otro			Cálculos Biliares	<b>Musculoesquelético</b>	<b>S</b>	<b>N</b>
<b>Neuro</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	Hepatitis	Dolor en Las Articulaciones/Artritis		
Dolor de Cabeza			Cirrosis	Dolor de Espalda		
Derrame Cerebral			Líquido en el Abdomen	Dolor de Cuello		
Convulsiones			Pancreatitis	Dolor Muscular		
Otro			Otro	Otro		
<b>Renal/Urinaría</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>Cardiovascular</b>	<b>Psicológico</b>	<b>S</b>	<b>N</b>
Insuficiencia Renal			Dolor de Pecho	Abuso de Drogas/Adicción		
Alteraciones Electrolíticas			Enfermedad de la Arteria Coronaria	Depresión		
Cálculos Renales			Alta Presión Sanguínea	Ansiedad		
Dificultad Para Orinar			Hinchazón en Los Pies	Intento de Suicidio		
Infección del Tracto Urinario			Dolores de Cabeza Anormales	Otro		
Cancer de Prostata			Otro			
Otro			<b>Sangre/Linfa</b>		<b>S</b>	<b>N</b>
<b>Respiratorio</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	Anemia			
Apnea del Sueño			VIH			
Complicaciones con Sedación			Moretones Fácilmente			
Bronquitis Crónica			Transfusión de Sangre Pasada			
Dificultad para Respirar			Ganglios linfáticos Inflamados			
Tos Persistente			Cáncer			
Asma			Otro			
Otro			<b>Endocrino</b>		<b>S</b>	<b>N</b>
<b>Piel</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	Diabetes			
Erupción			Problemas Tiroideos			
Comezón			Osteoporosis			
Cabello Inusual			Otro			

Nombre: \_\_\_\_\_

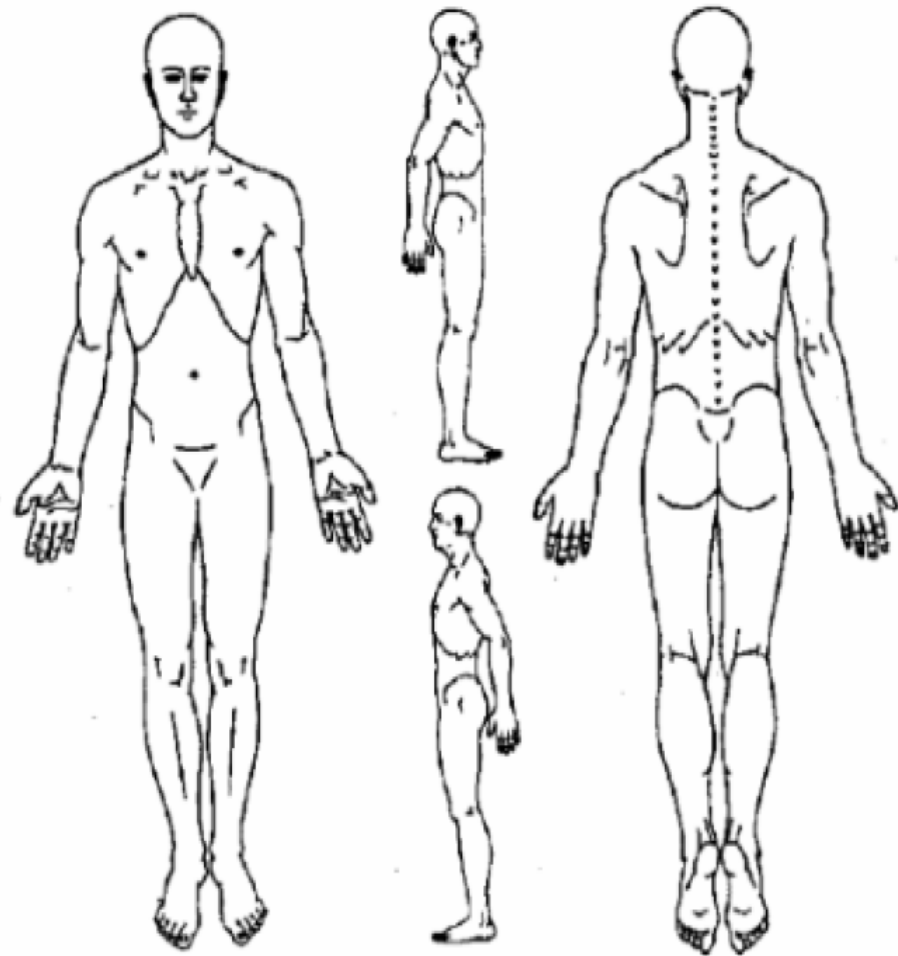
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

**Diagrama de dolor**

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

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



Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Iniciales del empleado: \_\_\_\_\_ Iniciales del proveedor \_\_\_\_\_

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

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.**

**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, 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 TRASCURSO 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 TRASCURSO DE TU RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE** con Advanced Neurosurgery (Área de Austin), puedes someterte 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 TRASCURSO DE TU RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE** con Advanced Neurosurgery (Área de Killeen), puedes someterte 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 TRASCURSO DE SU RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE** con Neurocirugía Avanzada (Amarillo), puede someterte 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 TRASCURSO DE TU RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE** con Neurocirugía Avanzada, puedes someterte 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 neuromonitoreo.

**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: \_\_\_\_\_

## 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.**

- |  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> En cuanto a la cita, hora y fecha<br>resultados de las imágenes           | <input type="checkbox"/> Comentar los resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Comentar los |
| <input type="checkbox"/> Habla sobre la atención médica, un problema o preocupación<br>de recogida | <input type="checkbox"/> Recoger recetas                        | <input type="checkbox"/> Formularios  |
| <input type="checkbox"/> 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

## CALIDAD: DEMOGRAFÍA

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Idioma

inglés       español       Otro: \_\_\_\_\_

### Raza

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Chino
- Filipino
- Japonés
- Negro o afroamericano
- Blanco o caucásico
- Nativo hawaiano
- Multi-Racial
- Otro: \_\_\_\_\_

### Etnicidad

Hispano o latino       No hispano o latino

### Estado civil

Casado       Soltero  
 Viudo       Pareja

### Correo electrónico del portal

Porfavor proporcione un correo electrónico para acceder el portal del paciente: \_\_\_\_\_

### Consentimiento para enviar mensajes de texto y llamadas

¿Le da permiso a Advanced Pain Care para enviarle mensajes de texto?  Sí  No

¿Le da permiso a Advanced Pain Care para que lo llame?  Sí  No

### Consentimiento para comunicación de información médica vía mensaje de voz

¿Le da permiso a Advanced Pain Care para dejar un mensaje de voz detallado en su teléfono sobre su atención médica?

Esto puede incluir, entre otros, información sobre próximos procedimientos quirúrgicos, información de citas, información de pago, resultados de laboratorio y otra información relacionada con la salud.  Sí  No

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

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

*Inicial de personal cuando sea completado*

Race / Ethnicity / Language updated in Athena \_\_\_\_\_

Portal Registration: Y or N    If no, did they decline and you printed portal URL? Y or N \_\_\_\_\_

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](mailto: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: \_\_\_\_\_