ADVANCED PAIN CARE

Manejo Del Dolor – Ingreso de Nuevos Pacientes

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

Referido a nuestra oficina por: _____

Motivo de la visita: _____

Ubicación del dolor: _____

Fecha de inicio: _____

Incidente de incitación: ☐ caídas o accidentes ☐ Lesion ☐ MVA Otros: _____

Gravedad del dolor: Nivel de dolor actual _____ / 10 Peor nivel de dolor con medicamentos _____ /10

Peor nivel de dolor sin medicación _____/10 Porcentaje de alivio del dolor con medicamentos: _____ %

Imágenes anteriores (por favor completar a continuación):

Fecha	Tipo de diagnóstico por imágenes	Instalación de imágenes

Fisioterapia previa (por favor completar a continuación):

Fecha	Area of Treatment	Centro de terapia física

Previous Pain Management Procedures/ Injections (por favor completar a continuación):

Fecha	Tipo de procedimiento	Realizado por

ADVANCED PAIN CARE

Manejo Del Dolor – Ingreso de Nuevos Pacientes

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

Alergias (enumere todas las alergias a medicamentos / medicamentos con la reacción):

Name of Medication	Reaction or Side Effect

Medicación actual (enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente):

Nombre del medicamento	Dosis	Indicaciones	Prescriptor

Medicamentos para el dolor anteriores probados y fallados: _____

Farmacia preferida: ☐ Advanced Rx ☐ Otro: _____

***Advanced Rx recogida o pedido por correo disponible ***

Condiciones médicas pasadas / diagnóstico (por favor completar a continuación):

Afección/Diagnóstico	Médico

ADVANCED PAIN CARE

Manejo Del Dolor – Ingreso de Nuevos Pacientes

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

Past Surgical History (Please fill in below):

Fecha de la cirugía	Tipo de cirugía	Hospital	Realizado por

Historia Social:

¿Estás trabajando? ☐ Sí | ☐ No ·

¿Actualmente fuma o consume tabaco sin humo?: ☐ Sí | ☐ No ·

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

Si se usa anteriormente, el año de cierre: ____

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

En caso afirmativo, bebidas por día ___ durante ___

Consumo de drogas ilícitas: ☐ Sí | ☐ No Por favor, enumere: _____

Historial médico familiar: Haz una lista de los miembros de tu familia con antecedentes de:

Diabetes: _____

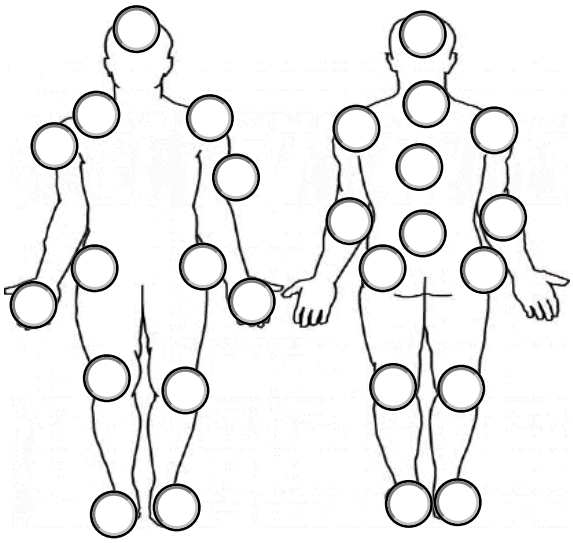
Hipertensión: _____

Cáncer: _____

Hipertermia maligna: _____

Otro: _____

Por favor, sombree su(s) área(s) de dolor.



Firma del paciente:_____**Employee's Initials**: _____ **Provider's Initials**:_____

ADVANCED PAIN CARE

POLÍTICA FINANCIERA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Gracias por elegir **Advanced Pain Care and it's sub-speciality, Advanced Surgical Center** como su proveedor medico. Lo siguiente es nuestra política financiera. Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de nuestras políticas de pago, no dude en consultar al personal de nuestra oficina. Pedimos que todos los pacientes lean y firmen nuestra política financiera antes de ver a un proveedor de atención médica.

La porción del pago del paciente, incluido el copago, el deducible y/o el saldo de la cuenta, se debe en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos previos con el Departamento de Facturación.

Aceptamos asignaciones con la mayoría de las principales compañías de seguros y planes de proveedores participantes. Sin embargo, debes entender que: ***(Por favor anote sus iniciales abajo)***

_____1. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. NO somos parte de ese contrato. Nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros. Verificamos sus beneficios como cortesía y no garantizamos la cobertura o el pago.
_____2. Todos los cargos son su responsabilidad, sin importar si su compañía de seguros pague o no.
_____3. Las tarifas por los servicios, junto con los deducibles y copagos no pagados, se deben al momento del tratamiento
_____4. Si su compañia de seguros no paga el saldo en su totalidad dentro de 30 días, le pedimos que se comunique con la compañía de seguros para solicitar un pago inmediato. Informe a nuestra oficina de su respuesta.
_____5. Cheques devueltos serán sujetos a un cargo de cobro de $25.00. Si el cheque no se recoge dentro de los 10 días, puede ser entregado a la policía.
_____6. La terminación de formas es sujeto a un cargo de $25.00.
_____7. Las cancelaciones sin 24 horas de aviso previo son sujectas a un cargo de $25.00.
_____8. Los saldos impagos de más de 90 días pueden etar sujetos a cobranzas a través de un tribunal de reclamos menores, un abogado y/o una agencia de cobranza con las tarifas de cobranza aplicables. Todas las tarifas de cobro son la responsabilidad del paciente.

Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su saldo. Lo lentamos a que comunique dichos problemas para que podamos ayudarly en la administración de su cuenta.

Autorización para liberar y asignar Beneficios de Seguro: Yo autorizo la divulgación de **CUALQUIER** información médica, incluyendo el abuso de substancias, salud psiquiátrica, y registros de VIH/SIDA HIV/AIDS, requiridas para actuar sobre **CUALQUIER** reclamo de seguro médico y permitir la reproducción de fotografías u otro facsímil de esta autorización en lugar de la asignación original. Por lo presente asigno a **Advanced Pain Care, Advanced Rheumatology Care, Advanced Addictionology Care y Advanced Surgery Center** los beneficios médicos y/o quirúrgicos que tengo derecho de mi(s) compañía(s) de seguro y/o Medicare y Medicaid. Esta autorización está vigente para todas las reclamaciones futuras hasta que decida revocarla por escrito.

Yo, el firmante, entiendo y acepto la política financiera anterior. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos por mi tratamiento médico. He tenido la oportunidad de preguntar y recibir respuestas a mis preguntas a mi entera satisfacción.

Firma del Paciente_____ Fecha: _____

Relación al paciente, si no el paciente _____ Testigo:_____

Mark Malone MD PA incluye Advanced Pain Care, Advanced Rheumatology, y Advanced Addictionology Care.

ADVANCED PAIN CARE

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

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

Yo Entiendo que bajo La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), tengo ciertos DERECHOS DEL PACIENTE con respecto a mi información de salud protegida.

Yo Entiendo que Advanced Pain Care and it's sub-speciaity, Advanced Surgical Center puede usar o divulgar mi información de salud protegida para mi tratamiento, pago o operaciones de atención médica que significa: brindándome atención médica, el paciente; manejo de facturación y 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.

Yo Autorizo Advanced Pain Care and it's sub-specialty, Advanced Surgical Center a comunicarse con mi **PCP** *(Médico de Atención Primaria)***: Dr.**_____ Teléfono #: ( )_____

Advanced Pain Care and it's sub-specialty, Advanced Surgical Center tiene un documento detallado llamado el ***'Aviso de Prácticas de Privacidad'***. Contiene una descripción completa de sus derechos a la privacidad y cómo podemos usar y divulgar mi información médica protegida.

Yo Entiendo que tengo derecho a leer el ***'Aviso de Prácticas de Privacidad'*** antes de firmar este documento. Si pido, Advanced Pain Care and it's sub-specialty, Advanced Surgical Center me daran la copia más reciente de "***Aviso de Prácticas de Privacidad'.***

Mi Firma abajo indica que se me ha dado la oportunidad de revisar dicha copia del ***''Aviso de Prácticas de Privacidad'.*** Mi firma indica que yo consiento y permito que Advanced Pain Care and it's sub-specialty, Advanced Surgical Center use y divulgue mi información médica protegida para realizar 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 and it's sub-specialty, Advanced Surgical Center ha tomado medidas confiando en este consentimiento.

_____ _____

Firma del paciente ***Fecha***

_____ _____

Relación al paciente si firmado por un tercero **Fecha**

Puede obtener una copia de nuestro ***'Aviso de Prácticas de Privacidad''*** incluyendo revisiones a nuestra ***''Aviso de Prácticas de Privacidad'*** en cualquier momento contactando: Advanced Pain Care and it's sub-specialty, Advanced Surgical Center at 2000 S. Mays St, Round Rock Texas 78664 or (512) 244-4272.

****** USO DE OFFICINA ******

Firma abajo cuando se complete

Fechas de Consentimiento han sido actualizadas en Athena _____

ADVANCED PAIN CARE

ADVANCED SURGICAL CENTER

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO, CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, GARANTÍA Y DECLARACIÓN DE SERVICIO

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

Por la presente, asigno y autorizo el pago realizado directamente a **Advanced Pain Care y su subespecialidad, Round Rock Surgery Center o Advanced Surgical Center** de todos mis beneficios de seguro médico cubiertos, incluidos Medicare, Medicaid, Medigap, HSA, comercial, todos los terceros pagadores. , o planes y seguros privados de atención administrada, ya sean pagaderos directamente a mí por cualquiera o todos los terceros pagadores.

ENTIENDO que mi plan de seguro médico o los terceros pagadores pueden no cubrir parte o la totalidad de los servicios médicos prestados. *Entiendo completamente que soy financieramente responsable y acepto pagar todos los cargos que no paguen mis planes de seguro médico o mis pagadores, incluidos los deducibles y el coseguro, independientemente de la razón dada por la falta de pago. Acepto enviar de inmediato todos los pagos, explicaciones de beneficios y correspondencia que me envíen directamente todos los terceros pagadores relacionados con la atención brindada por Advanced Pain Care y sus subespecialidades, Round Rock Surgery Center o Advanced Surgical Center y acepto que no hacerlo me hará responsable de la totalidad del cargo facturado.* Mi asignación de beneficios cubre Advanced Pain Care y sus subespecialidades, los médicos y el centro quirúrgico de Round Rock Surgery Center o Advanced Surgical Center para todos los servicios que ahora se prestan y que se brindarán en el futuro hasta que se revoque esta asignación. Esta asignación de beneficios reemplaza cualquier asignación o acuerdo anterior que hice con mi compañía de seguros, incluida Blue Cross Blue Shield y sus compañías relacionadas o cualquier otro pagador externo que me pague directamente. Una copia de este formulario se considerará tan válida como el original. He recibido una copia de Advanced Pain Care y sus subespecialidades, el folleto de información para el paciente de Round Rock Surgery Center o Advanced Surgical Center.

ENTIENDO que Advanced Pain Care y sus subespecialidades, Round Rock Surgery Center o Advanced Surgical Center, es un centro quirúrgico autorizado y una clínica de múltiples especialidades y presenta reclamaciones en mi nombre como cortesía. Acepto que soy financieramente responsable de los honorarios de las instalaciones, los cargos por pruebas de laboratorio y los cargos por rayos X en los que se incurra en mi nombre por la atención brindada. Estos cargos serán adicionales a los cargos por la atención que brinden los médicos de Advanced Pain Care y sus subespecialidades, Round Rock Surgery Center o Advanced Surgical Center. Además, entiendo que puedo recibir facturas separadas por cada uno de estos servicios y que soy financieramente responsable de cualquier servicio no cubierto por terceros pagadores, incluidos, entre otros, mi seguro médico y/o planes de atención administrada. Reconozco que *parte o toda* mi atención, incluidas las tarifas del centro quirúrgico, las pruebas de laboratorio, las radiografías, la tomografía computarizada, la DEXA, la resonancia magnética y los servicios médicos pueden ser brindados por proveedores fuera de la red, y que soy financieramente responsable de cualquier aumento de copagos, deducibles y servicios no cubiertos proporcionados fuera de la red.

HE REVELADO los nombres de todos mis planes de seguro médico y terceros pagadores, incluidos los planes secundarios, y declaro que dicha cobertura de atención médica está en pleno vigor y efecto en este momento. También acepto notificar de inmediato a Advanced Pain Care y sus subespecialidades, Round Rock Surgery Center o Advanced Surgical Center, sobre cualquier cambio en mi plan y/o cobertura de seguro médico, así como sobre cualquier cambio en mi dirección y número de teléfono. Entiendo que si no lo hago, puedo ser completamente responsable de toda la factura. En consideración a los servicios que se me brindaron, por la presente acepto pagar cualquier saldo adeudado *dentro de los treinta (30) días* posteriores a la presentación de mi factura. Si mi cuenta entrara en mora y los esfuerzos de cobranza se hicieran necesarios, acepto pagar el 1% por mes de cargos por mora y cualquier cobranza razonable y/o honorarios de abogado incurridos. Además, estoy de acuerdo en que el *CONDADO DE TRAVIS, TX* será el lugar para los esfuerzos de cobranza, incluido el tribunal de reclamos menores y para cualquier otro litigio requerido para cobrar los montos adeudados.

ADVANCED PAIN CARE

ADVANCED SURGICAL CENTER

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

ENTIENDO que, en última instancia, es mi responsabilidad obtener todas las autorizaciones de derivación y/o precertificaciones requeridas para los servicios médicos que son requeridos por mi plan de seguro médico y/o terceros pagadores. Reconozco que esto no es responsabilidad de Advanced Pain Care y sus subespecialidades, Round Rock Surgery Center o Advanced Surgical Center

TAMBIÉN RECONOZCO que ningún empleado de Advanced Pain Care y sus subespecialidades, Round Rock Surgery Center, Advanced Surgical Center o cualquier otra parte ha brindado garantías sobre: (1) mi tratamiento; (2) si será pagado por terceros pagadores o planes de seguro médico; o (3) si la atención brindada por Advanced Pain Care y sus subespecialidades, Round Rock Surgery Center o Advanced Surgical Center, incluidos, entre otros, los servicios médicos, los servicios de radiología y las tarifas del centro quirúrgico, están dentro o fuera de la red con mi planes de seguro.

ACEPTO cooperar plenamente con Advanced Pain Care y sus subespecialidades, Round Rock Surgery Center o Advanced Surgical Center para ayudarlos en sus esfuerzos para que las reclamaciones se paguen en mi nombre, pero entiendo que, en última instancia, soy financieramente responsable y acepto pagar y pago de garantía incondicional, de todos los cargos no pagados por mi plan de seguro médico o terceros pagadores.

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

ADVANCED PAIN CARE

AUTHORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

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

- Autorizo a Advanced Pain Care a divulgar información de mi registro médico como se describe en este formulario.
- Muchos de nuestros pacientes permiten que los miembros de la familia llamen y discutan información médica, soliciten resurtidos de recetas, registros médicos y resultados de pruebas, formularios de recogida, etc. Bajo los requisitos de HIPAA no podemos dar esta información a alguien sin el consentimiento del paciente. Si desea que se divulgue su información médica a familiares, debe firmar este formulario. Firmar este formulario solo dará su consentimiento para divulgar dicha información a las personas indicadas a continuación.

Nombre	Relación	Número de teléfono
Nombre	Relación	Número de teléfono

Marque todos que aplican a los nombrados arriba:

___En cuanto a cita, hora y fecha ___Discutir resultados de laboratorio ___Discutir resutados de imágenes

___Discutir la atención médica, un problema o inquietud ___Recojer medicamentos ___Recojer Formularios

___Discutir asuntos financieras

DERECHO A REVOCAR: *Yo entiendo que me puedo retirar en cualquier momento mediante un aviso por escrito que indique mi intención de TERMINAR esta autorización para* ***Advanced Pain Care 2000 S. Mays St., Suite 201 Round Rock, TX 78664****. Yo entiendo que acciones previas tomadas en dependencia de esta autorización por entidades que tenían permiso a acceder mi historia clínica no serán afectqadas. Entiendo que Advanced Pain Care no condicionará el tratamiento a si firmo esta autorización.*

AUTORIZACIÓN DE FIRMA: *He leído este formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información como se describe. Entiendo que negarse a firmar este formulario no detiene la divulgación de mi información médica que occurrieron antes de la revocación o que de otro modo está permitido por la la sin mi autorización o permiso específico, incluyendo las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto por el Código de Salud y Seguridad de Texas 181.154(c) and/or 45 C.F.R. 164.502(a)(1). Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede ser sujeta a una nueva divulgaci´øn por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.*

Esta autorización caducará en 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique otra fecha: _____

Firma del Paciente	Fecha
Representante Legal	Relación al Paciente
Testigo	Fecha

ADVANCED PAIN CARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente:_____ Fecha de nacimiento: _____

SEGUN LO REQUERIDO POR LA JUNTA MÉDICA DE TEXAS REFERENCIA: CÓDIGO ADMINISTRATIVO DE TEXAS, TÍTULO 22, PARTE 9, CAPÍTULO *170 3 Ra Edición: Desarrollado por the Texas Pain Society, April2008 (www.texaspain.org)*

POR FAVOR INICIALE CADA PÁRAFO QUE SIGNIFICA CONSENTIMIENTO Y ENTENDIMIENTO

_____AL PACIENTE: Como paciente, tiene derecho a que se le informe sobre su afección y sobre el procedimiento médico o del diagnóstico recomendado o la terapia farmacológica que se utilizará, para que pueda tomar la decisión informada de tomar el medicamento después de saber los riesgos y peligros involucrados. Esta divulgación no tiene la intención de asustarlo o alarmarlo, sino que es un esfuerzo por informarlo mejor para que pueda dar o negar su consentimiento / permiso para usar el/los medicamento(s) recomendado(s) para usted como su médico. Por el propósito 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, enfermeras, personal y otros proveedores de atención médica que puedan ser necesarios o aconsejables para tratar mi condición.

_____CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y/O TERAPIA DE DROGAS: Voluntariamente solicito a mi médico que trate mi afección, que me han explicado como dolor crónico. Por la presente autorizo ??y doy mi consentimiento voluntario para que mi médico administre y/o escriba recetas para medicamentos peligrosos y / o controlados (medicamentos) como un elemento en el tratamiento de mi dolor crónico. Me han explicado que estos medicamentos incluyen opioides, o narcóticos, que pueden ser dañinos si se toman sin supervisión médica. Además, entiendo que estos medicamentos pueden conducir a la dependencia física y / o adicción y pueden, al igual que otros medicamentos utilizados en la práctica de la medicina, producir efectos secundarios o resultados adversos. Los métodos alternativos de tratamiento, los posibles riesgos involucrados y las posibilidades de complicaciones han sido explicados. Entiendo que esta lista no está completa y que sólo describe los efectos secundarios o reacciones más comunes y que la muerte también es una posibilidad como resultado de tomar estos medicamentos.

LOS MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS QUE MI MÉDICO PLANEA PRESCRIBIR SERÁN DESCRITOS Y DOCUMENTADOS SEPARADOS DE ESTE ACUERDO. ESTO INCLUYE EL USO DE MEDICAMENTOS PARA FINES DIFERENTES DE LO APROBADO POR LA COMPAÑÍA DE DROGAS Y EL GOBIERNO (A ESTO A VECES SE REFIERE COMO PRESCRIPCIÓN "FUERA DE LA ETIQUETA"). MI MÉDICO EXPLICARÁ SU (S) PLAN (ES) DE TRATAMIENTO PARA MÍ Y LO DOCUMENTARÁ EN MI CUADRO MÉDICO.

_____HE SIDO INFORMADO E INTIENDO que me someteré a exámenes médicos antes y durante mi tratamiento. Esas pruebas incluyen controles aleatorios no anunciados de drogas y evaluaciones psicológicas cuando se considera necesario y por lo presente doy permiso para realizar las pruebas o mi negativa puede dar lugar a la finalización del tratamiento. La presencia de sustancias no autorizadas puede hacer que me den de alta de su cuidado.

_____ENTIENDO QUE LOS EFECTOS SECUNDARIOS MÁS COMUNES QUE PODRÍAN OCURRIR EN EL USO DE LAS DROGAS USADAS EN MI TRATAMIENTO INCLUYEN PERO NO SE LIMITAN A LO SIGUIENTE: estreñimiento, náuseas, vómitos, somnolencia excesiva, picazón, retención urinaria (incapacidad para orinar), hipotensión ortostática (presión arterial baja), arritmias (latidos cardíacos irregulares), insomnio, depresión, deterioro del razonamiento y juicio, depresión respiratoria (respiración lenta o nula)), impotencia, tolerancia a los medicamentos, dependencia física y emocional o incluso adicción y muerte. Entiendo que puede ser peligroso para mí operar un automóvil u otra maquinaria mientras uso estos medicamentos y que puedo tener problemas durante todas las actividades, incluido el trabajo.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

SÓLO PARA PACIENTES FEMENINOS:

_____Que yo sepa, NO ESTOY EMBARAZADA. Si no estoy embarazada, usaré anticoncepción apropiada durante mi tratamiento.

_____ Yo accepto que es MI RESPONSABILIDAD informarle a mi médico de inmediato si me embarazo.

_____ Si estoy embarazada o si no estoy segura, NOTIFICARÉ A MI MÉDICO DE INMEDIATO. Todos los possibles effectos advresos de los medicamentos me han sido explicados e intiendo que, al presente, no han habido suficientes estudios sobre el uso prolongado de opiodes o narcóticos para asegurar la seguridad médica de mi(s) hijo(s) no nacido(s)de. Con esto en mente, yo consiento a su uso y mantengo inofensivo a mi médico por daño a un féto/bebe/embrión.

_____ Me han explicado los **métodos alternativos** de tratamiento, los posibles riesgos involucrados y las posibilidades de complicaciones y todavía deseo recibir medicamentos para el tratamiento de mi dolor crónico.

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

_____**Yo se** que puede que tenga una enfermedad crónica y hay una posibilidad limitada de curación completa, pero el objetivo de tomar medicamentos regularmente es reducir (pero probablemente no eliminar) mi dolor para que pueda disfrutar de una mejor calidad de vida.

_____**YO ENTIENDO** que el tratamiento para algunos requiere el uso prolongado o continuo de medicamentos pero una meta apropioada puede ser el retiro eventual a todo medicamento. Mi tratamiento será especificamente diseñado para mi.

_____**YO ENTIENDO** que puedo descontinuar el uso de medicamentos y del plan de tratamiento y notificaré a mi médico de mi decisión al respecto.

_____**Adicionalmente, entiendo** que estaré bajo supervisión médica si es necesario al descontinuar el uso de medicamentos.

_____**YO ENTIENDO** que ninguna guarantía me ha sido proporcionada relacionada al resultado del uso de medicamentos en mi tratamiento, ni tampoco sobre la cura de alguna condición. El uso a largo plazo de medicamentos para tratar el dolor crónico es controvertido debido a la incertidumbre con respecto a la medida en que proporcionan un beneficio a largo plazo.

_____ **He tenido la oportunidad** de preguntar sobre mi condición y tratamiento, el riesgo de negar tratamiento, terápia médica, procedimientos y diagnósticos para tratar mi condición y los riesgos de terapia médica, tratamiento, procedimientos y yo he accesado suficiente información para dar mi consentimiento informado.

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

_____**DURANTE EL CURSO DE LA RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE** con Advanced Pain Care, es posible que le receten medicamentos que se pueden surtir en Advanced Rx Pharmacy. La dirección de la farmacia es 2000 South Mays Street Suite 200, Round Rock, TX 78664. Se le informa que Advanced Pain Care tiene un interés de inversión en la farmacia. Esta información se proporciona para ayudarlo a tomar una decisión informada sobre su atención médica. Tiene derecho a elegir su farmacia. Tiene la opción de obtener la receta ordenada por su médico en Advanced Rx Pharmacy o en cualquier otra farmacia que seleccione. Su médico, Advanced Pain Care o Advanced Rx Pharmacy no lo tratarán de manera diferente si elige utilizar un centro diferente.

_____ **DURANTE EL CURSO DE LA RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE RELATIONSHIP** Con Advanced Pain Care (Austin Area), puede someterse a procedimientos que se realizarán en Advanced Surgery Center. La dirección del Centro de Cirugía es 2000 South Mays Street Suite 400, Round Rock, TX 78664. Por la presente, se le informa que el Dr. Ryan Michaud tiene un interés de inversión en el Centro de Cirugía. Esta información se proporciona para ayudarlo a tomar una decisión informada sobre su atención médica. Su médico, Advanced Pain Care o Round Rock Surgery Center no lo tratarán de manera diferente si elige usar un centro diferente.

_____ **DURANTE EL CURSO DE LA RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE** Con Advanced Pain Care (Amarillo), puede someterse a procedimientos que se realizarán en el Advanced Surgical Center. La dirección del Centro de Cirugía es 1901 Medi Park Drive, Suite 01, Amarillo, TX 79106. Esta información se proporciona para ayudarlo a tomar una decisión informada sobre su atención médica. Su médico, Advanced Pain Care o Advanced Surgical Center no lo tratarán de manera diferente si elige utilizar un centro diferente.

_____**DURANTE EL CURSO DE LA RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE** Con Advanced Pain Care, puede someterse a procedimientos en Advanced Surgery Center que se realizarán con Neuromonitoring. Se le informa que Mark Malone, MD tiene un interés de inversión en Greater Texas Neuromonitoring, LLC. Esta información se proporciona para ayudarlo a tomar una decisión informada sobre su atención médica. Su médico, Advanced Pain Care o Round Rock Surgery Center no lo tratarán de manera diferente si elige rechazar la Neuromonitorización.

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

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

ADVANCED PAIN CARE

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: _____

<u>Consentimiento para enviar mensajes de texto y llamadas</u>

¿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

_____ _____

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 print portal URL? Y or N _____

ADVANCED PAIN CARE

CANCELACIÓN DEL PACIENTE Y ACUERDO DE NO PRESENTACIÓN

Para servir mejor a nuestros pacientes y brindar una atención excelente, Advanced Pain Care (APC) aplicará una nueva política de cancelación, no presentación y / o llegada tardía, a partir del 1 de agosto de 2022. Con el fin de proporcionarle atención médica de alta calidad, es importante que asista a su cita programada con el proveedor médico. Se ha reservado un tiempo valioso para usted o su familiar. Una cita perdida o la cancelación tardía de una cita resulta en tiempo perdido que podría haber sido dado a otro pacienteen espera de recibir atención.

APC intentará recordarle su cita (a través de su método preferido de comunicación). However, es su responsabilidad mantener un registro de su cita y llegar a tiempo. Si necesita cancelar o reprogramar su cita, llame o envíe un mensaje de texto con 24 horas de anticipación (entre las 8:00 AM y las 5:00 PM). Nos damos cuenta de que puede ocurrir una emergencia y es posible que no pueda notificarnos. Discutiremos tales situaciones con usted si ocurren tales emergencias.

APC clasifica una llegada tardía como más de 40 minutos después de la hora de la cita asignada. Despuésde más de tres (3) no presentaciones, cancelaciones y / o llegadas tardías dentro de un período de seis (6) meses, unaPC suspenderá sus privilegios de programación y buscará que vea a su médico de referencia para una remisión a APC.

Una no presentación será multada con $ 25, y esto debe pagarse antes de programar otra cita.

Gracias por trabajar con nosotros para garantizar que los servicios se brinden a todos nuestros pacientes de la mejor manera posible .

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

ADVANCED PAIN CARE

Carta de Farmacia

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estimados pacientes:

Debido a las nuevas regulaciones gubernamentales, será mucho más difícil obtener la aprobación de los analgésicos en su farmacia a partir del 1 de enero de 2019.

Su farmacéutico deberá llamar a su médico y discutir su(s) receta(s). En muchos casos, esto puede llevar días. Además, su compañía de seguros tendrá mayores requisitos de autorización previa que pueden retrasar las recetas.

Le recomendamos encarecidamente que utilice nuestra farmacia para evitar esta pesadilla burocrática. Nuestros farmacéuticos tienen acceso a nuestros registros médicos electrónicos y pueden confirmar, comunicarse y obtener autorización rápida y sin problemas para nuestras recetas.

No habrá espera. Sus recetas estarán listas para ser recogidas al día siguiente o enviadas por correo a su puerta dentro de 1-2 días. Los tendremos en stock.

Otra regulación es que ninguna farmacia puede surtir solo sustancias controladas. Le pedimos que por cada receta controlada, también surta al menos otra receta no controlada. Sus medicamentos se pueden transferir con una simple llamada de nuestros farmacéuticos. También podemos surtir medicamentos para su familia y mascotas para su conveniencia.

Sus citas de seguimiento se programarán aproximadamente dos días antes de quedarse sin medicamentos, lo que le dará a su médico y farmacéutico tiempo para satisfacer todos los nuevos requisitos.

☐ Si desea que Advanced Rx se convierta en su farmacia, marque la casilla.

Firme a continuación indicando que ha leído y se le ha informado acerca de las nuevas reglas impuestas por el gobierno para los prescriptores y farmacéuticos con respecto a los reabastecimientos de medicamentos controlados que entrarán en vigencia en enero de 2019.

No dude en hablar conmigo, con su proveedor o con cualquier miembro del personal si necesita más información..

Atentamente,

Mark T. Malone, M.D.

Nombre del paciente: _____ Firma: _____

Fecha: _____

Advanced Pain Care y el Dr. Malone tienen un gran interés en Advanced Rx Pharmacy.

Todos los pacientes tienen derecho a recibir una copia de su receta y a que se la surtan en el lugar que deseen.