

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - Demografía

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Fecha de Hoy ___/___/___	Nombre (Apellido)		Nombre	(Segundo Nombre)	Sexo M H
Seguro Social	Fecha de nacimiento ___/___/___	Edad ___	Estado Civil: S M W Divorciado Separado Viuda (o)	Altura:	Peso:
Dirección Ciudad, Estado, ZIP			Contacto preferido: Correo electrónico Celular hogar trabajo		
Correo Electrónico:	Teléfono Celular:		Hogar:	Trabajo:	
Contacto de Emergencia	Nombre				Relación con el paciente
	Teléfono				
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo Alaska <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano / Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra nacionalidad _____		Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Otro	Fumador: <input type="checkbox"/> Actual Todos los días <input type="checkbox"/> Actual Algunos días <input type="checkbox"/> Exfumador <input type="checkbox"/> Nunca fumó		Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro
Estado De Trabajo: Si está empleado, se requiere el nombre del empleador: Título del trabajo: Deberes:			<input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado		<input type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/> Incapacidad de
COMPENSACION DE INFORMACIÓN DE REFERENCIA / TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN MÉDICA					
¿Cómo se enteró de nosotros? Amigo /un familiar del paciente ___ Paciente anterior ___ las Páginas Amarillas ___ Abogado ___ Otra					
Médico De Atención Primaria:				Teléfono	
¿Quién lo refirió?				Teléfono	
Médico (s) tratante (s) actual (es)				Teléfono	
¿Lo está tratando actualmente otro médico para el tratamiento del dolor? Sí No , Detalles:					
INFORMACIÓN DE FARMACIA					
Nombre de la farmacia / Ciudad				Teléfono	
** No aceptamos MEDICAID y sus productos como seguro Primario o Secundario **					
PRIMARIO INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD (Proporcione esto, incluso si su visita está relacionada con una lesión)					
Nombre del Seguro		Número de póliza		Numero De Grupo	
Dirección de Reclamos Ciudad, Estado, Postal		Número de teléfono			
Suscriptor principal, si es diferente		Fecha de Nacimiento		Relación con el paciente	
INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD SECUNDARIO (Proporcione esto, incluso si su visita está relacionada con una lesión)					
Nombre del seguro:		Número de póliza		Numero De Grupo	
Dirección de reclamos Ciudad, Estado, Postal		Número de teléfono			
Suscriptor principal, si es diferente		Fecha de nacimiento		Relación con el paciente	
¿Está involucrado en algún litigio pendiente, relacionado con cualquier tipo de lesión? / tratamiento por otro proveedor?		SÍ NO		Explique	
AUTO, PACIENTES COMP. DE TRABAJADORES, DESLIZAMIENTO Y CAÍDA					
Círculo donde se lesionó Auto Trabajo Resbalón y Caída Otros		Fecha de la Lesión		Detalles:	
¿Representado por un abogado? ¿Nombre y número de teléfono del abogado?		¿Nombre y número de teléfono del Ajustador del administrador de casos?			



Por la presente, doy mi consentimiento para cualquier atención médica que mi médico considere conveniente o necesaria y otorgo autoridad al **Painalgia Relief Center**, para administrar y realizar todos los exámenes, tratamientos y procedimientos de diagnóstico necesarios ahora o en el futuro. Garantizo el pago de todos los servicios prestados. Todos los beneficios médicos, incluidos los principales beneficios médicos, el seguro privado y cualquier otro plan de salud, se asignan a **Painalgia Relief Center**. La firma a continuación confirma que toda la información aquí proporcionada es verdadera y precisa. La fotocopia de este consentimiento debe considerarse tan válida como la original.

Firma: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE – HISTORIAL FÍSICO

EL HISTORIA DEL DOLOR:		
¿Cuál es su queja principal?		
<input type="checkbox"/> Dolor de Cuello <input type="checkbox"/> Espalda superior espalda <input type="checkbox"/> Baja Dolor de Dolor de <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Pierna Derecha <input type="checkbox"/> Pierna Izquierda <input type="checkbox"/> Dolor en ambas Piernas	<input type="checkbox"/> Dolor de brazo derecho <input type="checkbox"/> Dolor de brazo izquierdo <input type="checkbox"/> Dolor en ambos brazos
¿Qué agrava el dolor?		
<input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> De pie	<input type="checkbox"/> Acostado <input type="checkbox"/> Actividad en general	<input type="checkbox"/> Nada en particular <input type="checkbox"/> Otro: _____
¿Qué disminuye el dolor?		
<input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> De pie	<input type="checkbox"/> Acostado <input type="checkbox"/> Actividad en general	<input type="checkbox"/> Nada en particular <input type="checkbox"/> Otro: _____
¿A qué hora del día es peor el dolor? _____		
Califique su peor dolor 1-10 _____		
¿A qué hora del día es el dolor menos severo? _____		
Califique su menor dolor 1-10 _____		

HISTORIAL MÉDICO / REVISIÓN DE LOS SISTEMAS: Marque (✓) síntoma que tiene o ha tenido en el último año:			
General <input type="checkbox"/> SIDA/VIH <input type="checkbox"/> Cáncer de que Tipo _____ <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Diabetes dependiente de insulina <input type="checkbox"/> Diabetes sin insulina, <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Pérdida del sueño <input type="checkbox"/> Enfermedad renal, Tipo _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea, Tipo _____ <input type="checkbox"/> Úlceras, Tipo _____ <input type="checkbox"/> Aumento de peso <input type="checkbox"/> Pérdida de peso	CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> Presión arterial <input type="checkbox"/> Alta Colesterol alto <input type="checkbox"/> Latidos Cardíaco Irregulares <input type="checkbox"/> Presión Arterial Baja <input type="checkbox"/> Soplo <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco	OJO, OÍDO, NARIZ, GARGANTA <input type="checkbox"/> Visión Borrosa <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Dolor de oído <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Zumbidos en los oídos <input type="checkbox"/> Pérdida Visual <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Cataratas	GASTROINTESTINAL <input type="checkbox"/> Reflujo ácido <input type="checkbox"/> Del intestino Cambios Tipo _____ <input type="checkbox"/> Ardor de estómago <input type="checkbox"/> Indigestión <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Sangrado rectal <input type="checkbox"/> Dolor estomacal <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Pérdida de control del intestino (incontinencia)
	GENITOURINARIO <input type="checkbox"/> Micción frecuente <input type="checkbox"/> Pérdida de control de la vejiga (Incontinencia) <input type="checkbox"/> Dolorosa	Musculoesqueléticos <input type="checkbox"/> Hinchazón de las articulaciones <input type="checkbox"/> Estallido conjunto <input type="checkbox"/> Rigidez articular <input type="checkbox"/> Artritis Tipo _____	NEUROLÓGICA <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Ataque del corazón <input type="checkbox"/> Temblores
PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Bipolar <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Intento de suicidio <input type="checkbox"/> Otros _____	RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Falta de respiración <input type="checkbox"/> sibilancias	Piel <input type="checkbox"/> Dermatológicos Condiciones <input type="checkbox"/> Prurito <input type="checkbox"/> Erupciones <input type="checkbox"/> Cicatrices	¿Está embarazada Sí No No estoy seguro # de niños: _____

HISTORIAL QUIRÚRGICO:	
Tipo de Cirugía	Fecha
¿Tienes fobia de aguja ?	Sí No

HISTORIA SOCIAL:				
¿Consumes alguno de los siguientes:				
Cigarrillos	Sí	No	¿Cuánto por día / semana?	# ¿de años?
Alcohol	Sí	No	¿Cuánto por día / semana?	# ¿de años?
Cafeína	Sí	No	¿Cuánto por día / semana?	# ¿de años?
Drogas ilegales	Sí	No	¿Cuánto por día / semana?	# ¿de años?
Narcóticos	Sí	No	¿Cuánto por día / semana?	# ¿de años?

HISTORIAL DE LA FAMILIA:				
	Edad	Condición de salud	Si corresponde,	
			edad al momento de la muerte	causa de muerte
Padre				
Madre				
Hermano				
Hermana				

MEDICAMENTOS ACTUALES:				
Nombre del medicamento	Fuerza	Veces al día	Estado	Comentarios
			Actual Descontinuado	
			Actual Descontinuado	
			Actual Descontinuado	
			Actual Descontinuado	
			Actual Descontinuado	
			Actual Descontinuado	
			Actual Descontinuado	
			Actual Descontinuado	

¿Actualmente **narcóticos** de algún otro médico? **Sí No**

Nombre de los **médicos / medicamentos**:

¿Ha tomado **medicamentos/** para dolor en el pasado? **Sí No** , en caso afirmativo, explique

¿Está tomando actualmente **antibióticos**? **Sí No**

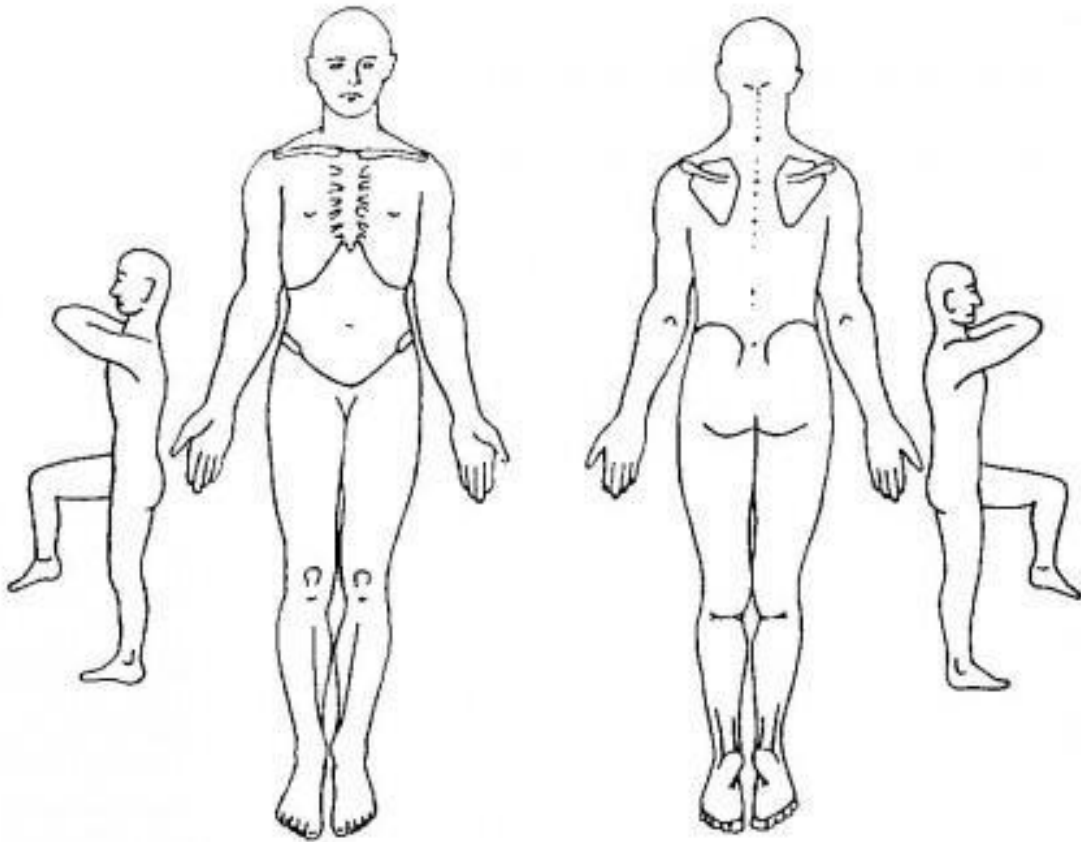
¿Está tomando **anticoagulantes** como **aspirina, Comodín o Pravia**? **Sí No**

ALERGIAS:	
Alergias conocidas en los alimentos:	Sí No , en caso afirmativo, Tipo de reacción:
Alergias conocidas en los medicamentos:	Sí No , en caso afirmativo, circule debajo de
yodo , látex , cortisonas , contraste IV , lidocaína o cualquier otros :	_____

Actual / Tratamiento previo:				
<input type="checkbox"/> Sí (por favor complete abajo)		<input type="checkbox"/> No Corriente Tratamiento		
tipo de	que está siendo tratado	por cuánto tiempo?	¿Ayudado?	Si no se trata, ¿necesitaría información de su médico?
Apoyo ortopédico	Sí No		Sí No	Sí No
Rodilla / Muñeca u otro dispositivo ortopédico	Sí No		Sí No	Sí No
Inyecciones articulares (Hombro / Rodilla / Tobillo)	Sí No		Sí No	Sí No
Bloqueos nerviosos	Sí No		Sí No	Sí No
Inyecciones espinales	Sí No		Sí No	Sí No
Inyecciones del punto de activación	Sí No		Sí No	Sí No
Acupuntura	Sí No		Sí No	Sí No
Parche de iontoforesis	Sí No		Sí No	Sí No
				Comentarios
Ejercicio activo	Sí No		Sí No	
Biofeedback	Sí No		Sí No	
Quiropráctico	Sí No		Sí No	
Hielo / Calor	Sí No		Sí No	
Terapia de masaje	Sí No		Sí No	
Terapia física	Sí No		Sí No	
Terapia ocupacional	Sí No		Sí No	
Tratamientos holísticos o alternativos	Sí No		Sí No	
Hipnosis	Sí No		Sí No	
Osteopático	Sí No		Sí No	
Tracción	Sí No		Sí No	
TENS / Simulación eléctrica	Sí No		Sí No	
Asesoramiento	Sí No		Sí No	

INVESTIGACIONES:				
prueba que se hace	hace	Caso afirmativo	Fecha	Parte del cuerpo(s) / resultados
		Nombre De establecimiento		
de rayos X	Sí no			
exploración TC	Sí no			
IRM	Sí no			
Otros Exames	Sí no			
NCV EMG	Si no			

		tiene dolor radiante, hormigueo, entumecimiento, debilidad muscular en piernas / brazos / articulaciones <p style="text-align: center;">Sí No</p>
--	--	---





ACUERDO DE MANEJO DEL DOLOR

Nombre del paciente: _____

Entiendo, y acepto los siguientes términos y condiciones para recibir atención para el tratamiento del dolor en **PAINALGIA RELIEF CENTER LLC** (coloque sus iniciales al lado de cada declaración):

_____ Entiendo que mi proveedor y yo trabajarán juntos para encontrar el tratamiento más apropiado para mi dolor crónico. Entiendo que los objetivos del tratamiento no son eliminar el dolor, sino aliviarlo parcialmente para mejorar mi capacidad de funcionamiento. **La terapia crónica con opioides es solo una parte de mi plan general de manejo del dolor.**

_____ Entiendo que mi proveedor y yo evaluaremos continuamente el efecto de los opioides en el logro de los objetivos del tratamiento y haremos los cambios necesarios. **Acepto tomar el medicamento a la dosis y frecuencia prescritas por mi proveedor.** Estoy de acuerdo en no aumentar la dosis de opioides por mi cuenta y entiendo que hacerlo puede conducir a que se suspenda el tratamiento con opioides.

_____ Entiendo que los efectos adversos comunes de la terapia con opioides incluyen estreñimiento, náuseas, sudoración, picazón en la piel, confusión u otros cambios en el estado mental o la capacidad de pensar, y problemas con la coordinación o el equilibrio. La somnolencia puede ocurrir al comenzar la terapia con opioides o al aumentar la dosis. **Estoy de acuerdo en abstenerme de conducir un vehículo motorizado u operar maquinaria peligrosa hasta que desaparezca dicha somnolencia.**

_____ **No buscaré medicamentos opioides de otro médico para el tratamiento de mi dolor.** Se requiere atención de seguimiento regular y solo mi proveedor me recetará estos medicamentos para mi dolor crónico en las citas programadas.

_____ Asistiré a todas las citas, tratamientos y consultas que me soliciten mis proveedores. **Asistiré a todas las citas y seguiré las recomendaciones para el manejo del dolor.**

_____ **No daré ni venderé mi medicamento a nadie más**, incluidos los miembros de la familia, ni aceptaré ningún medicamento opioide de nadie más. Acepto ser responsable del almacenamiento seguro de mi medicamento en todo momento. **Si me roban mis medicamentos, lo reportaré a la policía y a mi proveedor y produciré un informe policial de este evento si así lo solicita.**

_____ **Entiendo que si mi receta se acaba temprano por algún motivo** (por ejemplo, si pierdo el medicamento o tomo más de lo recetado), **mi proveedor no puede recetarme medicamentos adicionales.** Es posible que tenga que esperar hasta que venza la próxima receta y que mi proveedor no estará disponible para recetar medicamentos durante las tardes y fines de semana. **Entiendo que mi proveedor no me proporcionará resurtidos por teléfono o por la noche o los fines de semana, y que es mi responsabilidad llamar a mi médico al menos cinco días hábiles antes de que se me acaben los medicamentos.**

_____ **Entiendo que usar o intentar usar una receta falsificada resultará en el paro inmediato de la práctica y la notificación de las agencias policiales apropiadas**

_____ Entiendo que el uso de otros medicamentos puede causar efectos adversos o interferir con la terapia con opioides. Por lo tanto, **acepto notificar a mi proveedor sobre el uso de todas las sustancias, incluida**



la marihuana, el alcohol, los medicamentos no recetados para mí (tranquilizantes) y todas las drogas ilícitas.

_____ Estoy de acuerdo con las pruebas periódicas de drogas no programadas.

_____ Entiendo que puedo volverme físicamente dependiente de los medicamentos opioides, lo que en ciertos pacientes puede conducir a la adicción. **Acepto que, si es necesario, permitiré la derivación a especialistas en adicciones como condición de mi plan de tratamiento.**

_____ **Entiendo que, si no cumpla con alguno de los requisitos de este acuerdo, mi proveedor puede dejar de escribir recetas para mí.** En este caso, mi médico puede optar por disminuir mis medicamentos durante un período de varios días, según sea necesario, para evitar los síntomas de abstinencia. Si no se considera que esta sea una opción viable, entiendo que me pueden dar de alta y que se me proporcione un suministro de medicamentos para 30 días para usar mientras encuentro un nuevo médico que me brinde atención médica. Entiendo que mi proveedor coordinará la retirada de los medicamentos y puede requerir referencias de especialistas.

_____ Por la presente, estoy de acuerdo en que mi proveedor tiene la autoridad para discutir mi manejo del dolor con otros profesionales de la salud y los miembros de mi familia cuando se considere médicamente necesario a juicio del proveedor.

_____ **Mis proveedores pueden obtener información de las bases de datos de sustancias controladas por el estado y otros programas de monitoreo de recetas.** Autorizo a mis proveedores y a mi farmacia a cooperar plenamente con cualquier agencia policial municipal, estatal o federal, incluida la Junta de Farmacia de este estado, en la investigación de cualquier posible uso indebido, venta u otra desviación de mi medicamento para el dolor. Autorizo a mi proveedor a proporcionar una copia de este acuerdo a mi farmacia. Acepto renunciar a cualquier privilegio aplicable o derecho de privacidad o confidencialidad con respecto a estas autorizaciones.

_____ Hasta donde sé, no estoy embarazada en este momento y acepto notificar a mi proveedor de tratamiento del dolor tan pronto como sepa que estoy o puedo estar embarazada. Entiendo que los opioides se consideran peligrosos para el feto. Haré todo lo posible para evitar quedar embarazada mientras esté tomando estos medicamentos, a menos que mi proveedor apruebe lo contrario.

Firma del paciente

Fecha

Firma del médico

Fecha



PROGRAMA DE RECETA EN EL CENTRO DE PAINLGI A RELIEF CENTER

Painalgi A Relief Center ofrece Prescripción electrónica de recetas (EPP). EPP nos permite enviar sus resurtidos de medicamentos electrónicamente a su farmacia. Esto significa que ya no tendrá que esperar a que se surtan sus recetas.

Complete los espacios en blanco a continuación con la información de su farmacia y devuelva el formulario a nuestra oficina principal.

Nombre de la farmacia: _____

Ubicación de la farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia:

Nombre del paciente:

(en letra de imprenta)

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ LA

SOLO PARA USO DE OFICINA

Nombre de la farmacia:

Número de teléfono: _____

Dirección: _____



**DESDE PAINALGIA RELIEF CENTER
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Yo, _____ por la presente autorizo a **Painalgia Relief Center, LLC** a liberar medicamentos, psiquiatría, drogas y / o abuso de alcohol y pruebas de VIH o abuso de alcohol Información sobre el SIDA en mis registros médicos a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Para fines de atención médica.

Entiendo que los informes específicos incluirán _____

Entiendo que este consentimiento es revocable mediante notificación por escrito al **Painalgia Relief Center**, excepto en la medida en que la acción del **Painalgia Relief Center** se haya tomado en cumplimiento de esta autorización y que esta autorización siga vigente por un tiempo razonable con el fin de efectuar el propósito que se le da.

La información sobre abuso de alcohol, si está presente, ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la Ley Federal. El Reglamento Federal (42 CFR Parte 2) prohíbe continuar con el mismo sin el consentimiento específico por escrito del que suscribe, o según lo permitan dichas regulaciones. Las pruebas del VIH y / o el diagnóstico relacionado con el SIDA tienen prohibido divulgarse más por las regulaciones estatales sin el consentimiento del paciente.

Fecha Nombre del Paciente La firma del paciente

Fecha de nacimiento Padre, Tutor Legal o Representante Autorizado

Número de Seguro Social Testigo

***** El paciente puede eliminar cualquiera de las categorías anteriores marcando solo para uso de la oficina**

Registros específicos publicados

Fecha de liberación Publicada por



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
AL CENTRO DE ALIVIO DE PAINALGIA**

I, _____ yo presente autorizo a **PainalgiA Relief Centet LLC** a divulgar información médica, diagnóstica, psiquiátrica, de abuso de drogas y / o alcohol o pruebas de VIH y SIDA en mis registros médicos, con el fin de atención médica a:

PainalgiA Relief Center

- 1405 S Orange Ave Ste 306 Orlando FL 32806
- Tel: 407-531-8069, Fax: 407-386-3212
- Correo electrónico: contact@painalgiA.com

Entiendo que este consentimiento es revocable mediante notificación por escrito a _____, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas por _____ en cumplimiento de esta autorización y que esto la autorización permanecerá en vigencia por un tiempo razonable para realizar el propósito que se le otorga.

La información sobre abuso de alcohol, si está presente, ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la Ley Federal. El Reglamento Federal (42 CFR Parte 2) prohíbe continuar con el mismo sin el consentimiento específico por escrito del que suscribe, o según lo permitan dichas regulaciones. Las pruebas del VIH y / o el diagnóstico relacionado con el SIDA tienen prohibido divulgarse más por las regulaciones estatales sin el consentimiento del paciente.

Fecha Nombre del paciente Firma del paciente

Fecha de nacimiento Padre, Tutor legal o representante autorizado

Número de Seguro Social Testigo

***** El paciente puede eliminar cualquiera de las categorías anteriores marcando solo para uso de la oficina**

Registros específicos publicados

Fecha de Publicación Liberada por



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento de mi condición por parte del personal del **PainalgiA Relief Center**. También certifico que no se me han otorgado garantías sobre los resultados que se pueden obtener como resultado de los procedimientos, el tratamiento y / o las técnicas utilizadas por el Centro de **PainalgiA Relief Center**. Además, entiendo que mientras estoy siendo evaluado y / o tratado en **PainalgiA Relief Center** no será responsable de ninguna lesión sufrida fuera de sus instalaciones físicas inmediatas.

_____ Fecha: _____
Firma del paciente

_____ Fecha: _____
Firma alternativa (si el paciente no puede firmar)

CONSENTIMIENTO PARA OBTENER HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

PainalgiA Relief Center ha adoptado un sistema de registros médicos electrónicos para mejorar la calidad de nuestros servicios. Este sistema también nos permite recopilar y revisar su historial de medicamentos. Un historial de medicamentos es una lista de medicamentos recetados que nosotros u otros médicos le hemos recetado recientemente. Esta lista se recopila de una variedad de fuentes, incluida su farmacia y su asegurador de salud. Usted se beneficia de este intercambio de información al permitirnos conciliar sus medicamentos más fácilmente, evitando así las interacciones farmacológicas no deseadas. Para proporcionar este servicio, **PainalgiA Relief Center** se conecta de forma segura a los datos del historial de medicamentos de un paciente almacenados en las bases de datos de farmacias comunitarias y gerentes de beneficios de farmacia. **PainalgiA Relief Center** luego presenta esos datos a los prescriptores a través del software de un proveedor certificado. El prescriptor debe obtener todos los consentimientos necesarios del paciente antes de acceder electrónicamente al historial de medicamentos del paciente. Tenga la seguridad de que trataremos esta información compartida, como toda otra información de salud protegida, con el mayor cuidado debido, como lo requiere HIPAA. Lea atentamente la información antes de tomar su decisión.

DOY CONSENTIMIENTO para acceder a mi historial electrónico de medicamentos en relación con la prestación de servicios de atención médica, incluida la atención de emergencia.

NIEGO EL CONSENTIMIENTO para acceder a mi historial electrónico de medicamentos para cualquier propósito, incluso en una emergencia médica.

Escriba el nombre del paciente

Firma del paciente o el representante legal del paciente

Fecha



ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Por la presente, asigno todos los beneficios médicos a los que tengo derecho, incluidos los beneficios médicos principales, el seguro privado y cualquier otro plan de salud, que se asignan a **Painalgia Relief Center**. Por la presente autorizo y dirijo a mi (s) compañía (s) de seguros, incluidos Medicare, seguro privado y cualquier otro plan médico / de salud, a emitir cheques de pago directamente a **Painalgia Relief Center** para los servicios médicos prestados a mí y / o mis dependientes, independientemente de mis beneficios de seguro, si los hay. Entiendo completamente que soy responsable en última instancia de cualquier monto no cubierto o negado por mi seguro.

Yo, el paciente que suscribe, y asigno todos los derechos y beneficios del seguro de cualquier protección contra lesiones personales, pagos médicos y / o seguro al **Painalgia Relief Center** para servicios y / o suministros para el paciente que firma y cubiertos por Personal Cobertura de protección contra lesiones (PIP), compensación laboral u otra cobertura de seguro bajo mi póliza, de acuerdo con el Estatuto del Estado de Florida §627.736. He leído la información aquí contenida y, según mi leal saber y entender,

esta asignación incluye, entre otros, todos los derechos para cobrar beneficios directamente de la compañía de seguros por los servicios que he recibido y todos los derechos para proceder contra la compañía de seguros está obligada a proporcionar beneficios, incluida la demanda legal. Si por alguna razón la compañía de seguros no realiza los pagos de los beneficios que me corresponden. Específicamente, esta asignación incluye el derecho a cobrar el pago de los costos razonables incurridos de acuerdo con el Estatuto del Estado de Florida §627.736.

Fecha de vigencia: una vez que haya firmado este acuerdo, acepta todos los términos y condiciones contenidos en este documento y el acuerdo estará en pleno vigor y efecto.

Mi firma a continuación certifica que he leído (o que me han leído el formulario) y entiendo el contenido de este formulario y confirma que toda la información proporcionada aquí es verdadera y precisa.

La fotocopia de este consentimiento debe considerarse tan válida como la original.

Fecha

Nombre del

Paciente Firma del paciente en su totalidad

Responsable (si no es el paciente), Nombre / Firma: _____



POLÍTICA FINANCIERA

Este es un acuerdo entre **Painalgia Relief Center, LLC** como acreedor, y el Paciente / Deudor nombrado en este formulario.

Al ejecutar este acuerdo, usted acepta pagar todos los servicios recibidos. El pago se espera en el momento en que se prestan los servicios. Aceptamos efectivo, cheques personales, giros postales, cheques de caja, Visa y Master Card. Recopilamos copago, coaseguro y cualquier deducible en el momento en que se prestan los servicios.

El Seguro:

El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Presentaremos reclamos de seguro **solo** para los planes con los que tenemos un contrato. Estamos participando o participaremos en algunos planes de atención administrada. Para presentar sus reclamos, requerimos una copia legible del avverso y reverso de la tarjeta de seguro, identificación con foto, número de seguro social y verificación de beneficios por parte de su compañía de seguros antes de las visitas. Es responsabilidad del asegurado / paciente proporcionar información actual y precisa para la presentación de reclamos. Todos los copagos, coaseguros y deducibles se deben al momento en que se prestan los servicios.

Si está cubierto por un plan para el que no somos proveedores participantes, se espera el pago cuando se prestan los servicios. Le proporcionaremos un recibo detallado para que presente su seguro. Su compañía de seguros será responsable de reembolsarle cualquier cobertura que pueda tener.

Cargo de cobro: se agregará a su cuenta un cargo por un total del 30% del saldo adeudado si tenemos que enviar su cuenta a una agencia de cobro. Usted nos da permiso para verificar su historial crediticio y laboral y para responder preguntas sobre su experiencia crediticia con nosotros. Tenemos la opción de informar su cuenta a cualquier agencia de informes de crédito, como una agencia de crédito.

Renuncia a la confidencialidad: usted comprende si esta cuenta se presenta a un abogado o agencia de cobranzas, si tenemos que litigar en el tribunal, o si su estado vencido se informa a una agencia de informes crediticios, el hecho de que haya recibido tratamiento en nuestra oficina puede convertirse en una cuestión de registro público.

Cheques devueltos: actualmente hay una multa de \$ 25.00 por cualquier cheque devuelto por el banco. El pago realizado en un cheque devuelto debe hacerse en efectivo o por giro postal.

Copia de registros: deberá solicitarlo por escrito y pagar una tarifa de copia razonable (\$ 1 / página por las primeras 25 páginas y 25 centavos por cada página posterior) si desea que se envíen copias de sus registros a otro médico u organización. Usted nos autoriza a incluir toda la información relevante, incluido su historial de pagos. Si solicita que sus registros sean transferidos de otro médico u organización a nosotros, nos autoriza a recibir toda la información relevante, incluido su historial de pagos.

Fecha de vigencia: una vez que haya firmado este acuerdo, acepta todos los términos y condiciones contenidos en este documento y el acuerdo estará en pleno vigor y efecto.

Mi firma a continuación certifica que he leído (o que me han leído el formulario) y entiendo el contenido de este formulario.

Fecha

Nombre del

paciente Firma del paciente en su totalidad

Responsable (si no es el paciente), Nombre / Firma: _____



RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Aviso al paciente:

estamos obligados a proporcionarle una copia de nuestro Aviso de privacidad Prácticas, que establece cómo podemos usar y / o divulgar su información de salud. Firme este formulario para certificar recibo de la Notificación. Puede negarse a firmar este reconocimiento si lo desea.

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la oficina.

Escriba su nombre aquí

Firma

Fecha

SOLO PARA USO DE LA OFICINA Hemos hecho todo lo posible para obtener un reconocimiento por escrito de recibimos nuestro Aviso de privacidad de este paciente, pero no se pudo obtener porque:

- El paciente se negó a firmar
- Debido a una situación de emergencia, no fue posible obtener un reconocimiento
- No pudimos comunicarnos con el paciente. (Proporcione detalles específicos)
- Otro (Proporcione detalles específicos)

Firma del empleado

Fecha

Acuso de recibo de HIPAA del Aviso de prácticas de privacidad Este formulario no constituye asesoramiento legal y cubre solo las leyes federales, no estatales.



RECONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE CANCELACIÓN DEL PACIENTE / NO-SHOW

Entiendo que **Painalgia Relief Center** tiene una política de cancelación / no presentación, y que se me cobrará por cualquier cita que cancele o pierda con menos de 24 horas de anticipación. Las cancelaciones están reservadas solo para emergencias y requieren un mínimo de 24 horas de aviso. Todas las cancelaciones deben reprogramarse para garantizar la continuidad de la atención. Cualquier llegada 15 minutos o más después de la hora de inicio programada de su cita se considerará una cancelación / no asistencia.

Entiendo que el **Painalgia Relief Center** no reserva en exceso a los pacientes, mi tiempo de cita está reservado específicamente para mí. Por lo tanto, **Painalgia Relief Center** se reserva el derecho de cobrar una tarifa de \$ 50.00 por cada cita programada que se cancele con menos de 24 horas de anticipación, así como por no presentarse. También entiendo que me pueden dar de baja del cuidado en **Painalgia Relief Center** si cancelo con menos de 24 horas de anticipación, o no me presento, más de 3 veces en un período de 6 meses.

También entiendo que no se me verá hasta que se hayan pagado por completo las tarifas pendientes de cancelación / no presentación y que las tarifas de auto pagó no sean reembolsables.

Al firmar a continuación, entiendo y acepto la política anterior.

Nombre del paciente (en letra de imprenta):

Firma del paciente: _____

Firma del proveedor: _____

Fecha: _____