

Nombre: _____ Fecha de Hoy: _____

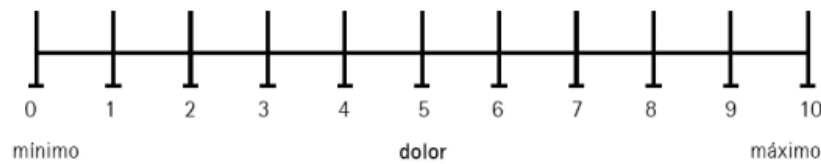
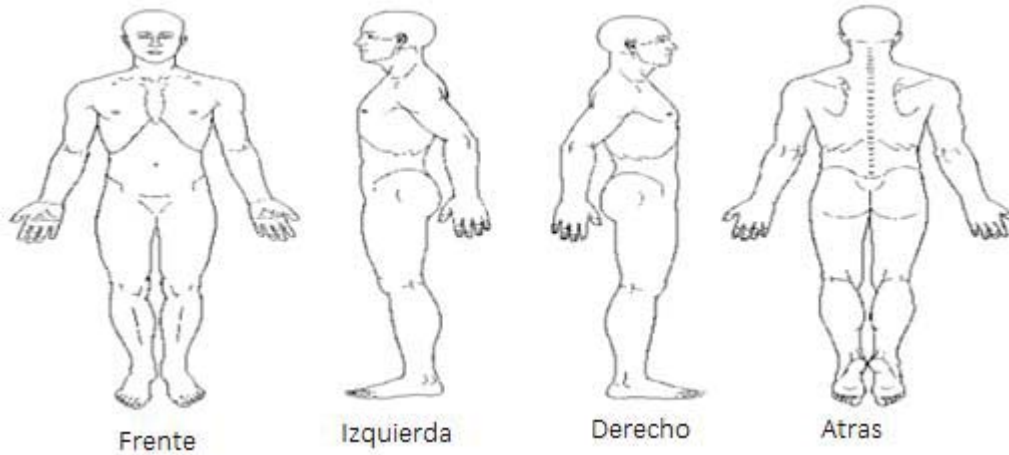
Estatura: _____ Peso: _____ lbs Edad: _____

Farmacia Preferida: _____ Teléfono: _____

Inicio de los síntomas y motivo de su visita de hoy

Utilice este diagrama para indicar la ubicación y el tipo de su dolor. Marque el dibujo con las siguientes letras que mejor describen sus síntomas:

“E” Entumecimiento “A” Alfileres y agujas “D” Dolor “AP” Apuñalamiento “Q” Quemazón



¿Cuál es su dolor en **este momento**? _____ ¿Cuál es su dolor en su **peor** momento? _____

¿Dónde está localizada su zona peor de dolor? _____

¿Su dolor se extiende? ¿Hacia **Dónde**? _____

¿Tiene otras áreas de dolor adicionales? _____

¿Cuándo comenzó el dolor? _____

¿Qué causó su dolor? _____

¿Su visita de hoy es relacionada con un reclamo de compensación o algún accidente? Yes No

¿Cómo comenzó su dolor actual? Gradualmente Repentinamente

Desde el inicio de su dolor, ¿cómo ha cambiado?
 ¿Qué palabra mejor describe su dolor

- Aumentado Disminuido Mantenido Igual
 constante intermitente

¿Cuándo esta su dolor en su peor nivel? En la Mañana Durante el Día Tardes Noche

Marque todo lo que describe su dolor **HOY** –

- Agudo Caliente/Ardiente Punzante Puñalada /Agudo Exhaustivo/Agotador
 Calambres Entumecido Espasmo Palpitante Dolor sordo
 Descarga Compresión Estremecimiento - Agujas/Alfileres

Pruebas de Diagnóstico y de Imágenes: Marque todos los exámenes que a tenido en relación a su dolor actual

- Resonancia Magnética (MRI) De: _____ Fecha: _____ Facilidad: _____
 Rayos X De: _____ Fecha: _____ Facilidad: _____
 Tomografía De: _____ Fecha: _____ Facilidad: _____
 Estudio de conducción de nervios EMG: _____ Fecha: _____ Facilidad: _____
 Otras pruebas: _____
 No he tenido ninguna prueba diagnósticas realizada PARA MIS QUEJAS DEL DOLOR DE ACTUALIDAD

Historial De Tratamiento De Dolor - Marque todos los tratamientos para el dolor que a sometido **ANTES** del día de hoy

Tratamiento:	Ningún Alivio	Moderado Alivio	Excelente Alivio
<input type="checkbox"/> Tratamiento Podólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fajas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Quiropráctica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inyección epidural de esteroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ejercicios En El Hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bloqueos de Facetas de nervios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medicamentos, Por favor de marcar abajo-			
<input type="checkbox"/> Crema tópica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anti- inflamatorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Relajantes Musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medicamentos para nervios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Terapia física, cuántas sesiones? _____			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Ablación por radiofrecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Descanso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cirugía de Columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estimulador de la Médula Espinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pruba <input type="checkbox"/> Permanente			
<input type="checkbox"/> Unidad de Terapia TENS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inyección intramuscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otro Tratamientos: _____			

Yo no he tenido tratamientos anteriores para mis quejas de dolor.

Médicos que a visto para tratar su dolor:

- Acupunturita Neurocirujano Cirujano Ortopédico Médico de dolor Fisioterapeuta
 Médico atención primaria Psiquiatra/Psicólogo Reumatólogo Neurólogo
 Otro: _____

Factores que afectan su dolor:

	Aumento de dolor	Disminuye el dolor	Ningún cambio
<input type="checkbox"/> Doblar al revés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Doblar hacia Adelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cambio en el clima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Subir escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tos/Estornudos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Manejar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Levantar objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ver hacia adelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ver hacia abajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Voltear de lado a lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Levantarse de posición sentada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estar Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estar de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Qué otros factores empeoran o afectan su dolor?

Medicamentos Actuales

¿Usted toma un medicamento **Diluyente de la sangre o aspirina**, si es así, cuál?

Nombre/Número de teléfono que prescribe el diluyente de la sangre: _____

Anote **todos** los medicamentos que está tomando actualmente adjunte una hoja adicional si es necesario.

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Medicamento	Dosis	Frecuencia
1.			6.		
2.			7.		
3.			8.		
4.			9.		
5.			10.		

Actividad

Cuántos días a la semana hace ejercicio? _____ Tipo de Ejercicio: Bicicleta Cardio Pesas

Nadar Caminar Otro _____

¿Tiene dolor de espalda / glúteo / piernas con estar de pie un tiempo prolongado y / o caminar de forma prolongada que se alivie al sentarse y / o acostarse? Sí No

Si respondió **Sí** a la pregunta anterior, ¿su dolor también se alivia al inclinarse hacia adelante (por ejemplo usando una tarjeta de compra, apoyado en el mostrador de la cocina, etc.?) Sí No

Alergias - Liste todos los medicamentos /Drogas que usted es alérgico: NO LISTE EFECTOS SECUNDARIOS

Nombre del Medicamento al Que Soy Alérgico:

La Reacción Alérgica que tengo es:

- | | |
|----------|-------|
| 1) _____ | _____ |
| 2) _____ | _____ |
| 3) _____ | _____ |
| 4) _____ | _____ |
| 5) _____ | _____ |

Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes medicamentos?

Yodo Sí No

Cinta Sí No

Látex Sí No ¿Necesita medidas especiales para su alergia látex? Sí No

No alergias

Historial Familiar -Marque todos los diagnósticos apropiados, solamente los miembros de su familia BIOLÓGICA

Ansiedad/ Depresión

Artritis

Cáncer

Diabetes

Dolor de Cabeza

Enfermedad cardíaca

Alta Presión

Problemas de riñón

Problemas del hígado

Reumatoide Artritis

Convulsiones

Abuso de Sustancias

NO TENGO HISTORIA MÉDICA FAMILIAR SIGNIFICATIVA SOY ADOPTADO (No hay historial médico disponible)

Historial Quirúrgico - indique todos los procedimientos quirúrgicos que haya realizado, incluya la fecha

Cirugía Abdominal:

Vesícula _____

Apendectomía _____

Cirugías Femeninas:

Cesárea _____

Histerectomía _____

Laparoscopia _____

Cirugía de columna vertebral / espalda:

Distectomía (niveles) _____

Laminectomía _____

Fusión Espinal (niveles) _____

Otras Cirugías Comunes:

Hemorroides _____

Reparación de Hernia _____

Ovarios _____

Cirugía del Corazón:

Reemplazo de Válvula _____

Reparación de Aneurismo _____

Colocación de Stent _____

Cirugía de Coyuntura

Hombro _____

Cadera _____

Rodilla _____

Tiroidectomía _____

Amigdalotomía _____

Cirugía Vasculat _____

**Por favor haga una lista de otras cirugías y fechas.
(adjunte una hoja adicional si es necesario):**

No he tenido ningún procedimiento quirúrgico

Historial Medico/Lista de Problemas - Marque todos las condiciones que le han DIAGNOSTICADO

Cardiovascular / Hematológico

Anemia/Desorden Sanguínea

Enfermedad de las Arterias Coronarias

Ataque al Corazón

Presión Elevada

Hipertensión

Colesterol Elevado

Prolapso de la Válvula Mitral

Marcapasos/Desfibrilador

Mala Circulación

Embolia

Gastrointestinal

Incontinencia intestinal

Reflujo ácido (ERGE)

Sangrado Gastrointestinal

Estreñimiento

General Médica

Cáncer – Tipo _____

Diabetes – Tipo _____

VIH / SIDA

Genitourinario / Nefrología:

Infecciones en la Vejiga/Riñones

Diálisis

Piedras en el Riñón

Enfermedad del Riñón

Enfermedades del Hígado

Incontinencia de Orina

Lista hepática

A B C

activa inactiva no segura

Cabeza/Ojos/Oídos/Nariz/Garganta

Glaucoma

Dolores de cabeza

Lesiones de la Cabeza

Hipertiroidismo

Hipotiroidismo

Migrañas

Trastornos Musculo esqueléticos

Amputación

Bursitis

Síndrome del túnel Carpiano

Fibromialgía

Lesión de la articulación

Osteoartritis

Artritis Reumatoide

Fracturas de compresión

Otras condiciones:

Neuropsicológica

Enfermedad Alzheimer

Desorden Bipolar

Depresión

Epilepsia

Esclerosis Múltiple

Parálisis

Neuropatía Periférica

Esquizofrenia

Convulsiones

Distrofia Simpática Refleja / CRPS

Respiratorio:

Asma

Bronquitis

Enfisema

Tuberculosis

Fiebre del Valle

NO TENGO HISTORIA MÉDICA SIGNIFICANTE

Historia Social

Consumo de alcohol: Alcoholismo Actual Historia de Alcoholismo Yo no bebo consumo social de alcohol

Fumador o consume tabaco: Usuario actual Ex consumidor Nunca

Consumo de marihuana: Usuario actual Ex consumidor Nunca Tarjeta de Marihuana medica

Uso de Narcóticos y Recetas:

He abusado de medicamentos narcóticos y / o recetados Sí No

Si es así, cuáles?: _____

Actualmente estoy usando los medicamentos recetados de **otra** persona Sí No

Si es así, cuáles?: _____

Consumo de drogas:

Niego cualquier uso ilegal de drogas

Actualmente estoy usando drogas ilegales: liste _____

He usado drogas ilegales en el pasado (no uso actualmente) liste: _____

Mujeres Solamente -

Actualmente está embarazada?: Sí No

Es capaz de quedar embarazada?: Sí No

Escala Global De Dolor: Por Favor Conteste Todas Las Preguntas

INSTRUCCIONES: Para cada pregunta Por favor indique su respuesta por circulando de 0 a 10.

Su Dolor:	0 = No Dolor										10 =Dolor Extremo											
Durante la última semana mi dolor en su mejor momento ha sido?.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Durante la última semana, mi peor dolor ha sido?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Durante la última semana, mi dolor promedio ha sido?.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Durante los últimos meses el promedio?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Su Sentimiento Durante La Semana:	0 = Desacuerdo										10 = Acuerdo											
Miedo?.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Depresión?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cansando?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ansioso?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estresado?.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sus Resultados Clínicos, Durante La Semana:	0 = Desacuerdo										10 = Acuerdo											
A tenido problemas durmiendo.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A tenido problemas sintiéndose cómodo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A tenido problemas siendo independiente.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A tenido problemas pudiendo trabajar (o preforma otra tare).....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Siente usted necesario tomar más medicamentos.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sus ACTIVIDADES: Durante la semana pasada No Pudo:	0 = Desacuerdo										10 = Acuerdo											
Ir a la tienda?.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hacer las tareas en mi casa?.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Disfrutar de sus amigos y familiares?.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ejercicio (Como caminar).....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Revisión De Sistema - Marcar todos los síntomas actuales que sufre de ACTUALMENTE:

<p><u>Cardiovascular/Respiratorio:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de pecho</p> <p><input type="checkbox"/> Tos</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad para respirar</p> <p><input type="checkbox"/> Desmayos</p> <p><input type="checkbox"/> Alta Presión</p> <p><input type="checkbox"/> Hinchazón en los pies</p> <p><u>Constitucional:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Escalofríos</p> <p><input type="checkbox"/> Insomnio</p> <p><input type="checkbox"/> Fatiga</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebres</p> <p><input type="checkbox"/> Sudoración excesiva en la noche</p>	<p><u>Ojos:</u> <input type="checkbox"/> Cambios visuales recientes</p> <p><u>Gastrointestinal:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Estreñimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Apariencia café molido en Vómito</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrea</p> <p><input type="checkbox"/> Nausea/ Vómitos</p> <p><u>Genitourinario/Nefrología:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Sangre en la orina</p> <p><input type="checkbox"/> Disfunción Eréctil</p> <p><input type="checkbox"/> Disminución/frecuencia/volumen de orina</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor al orinar</p> <p><input type="checkbox"/> Presión Pélvica</p>	<p><u>Neurológico:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Mareos</p> <p><input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza</p> <p><input type="checkbox"/> Inestabilidad al caminar</p> <p><input type="checkbox"/> Temblores</p> <p><u>Psiquiátrico:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedad/Estrés</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de estrés</p> <p><input type="checkbox"/> Pensamientos Suicida</p> <p><input type="checkbox"/> Planificación de suicido</p>
--	--	--

<u>Oídos / Nariz / Garganta / Cuello:</u> <input type="checkbox"/> Problemas para escuchar <input type="checkbox"/> Dolor de Oído <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Sangrado de nariz <input type="checkbox"/> Dolores de Garganta <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos <input type="checkbox"/> Sinusitis	<u>Musculo esqueléticos:</u> <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Dolor de Articulaciones <input type="checkbox"/> Dolor de cuello	
--	--	--

Consentimiento General y Autorización de Tratamiento, Evaluación y Divulgación de Información

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios. El consentimiento seguirá siendo plenamente efectivo hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene el derecho de interrumpir los servicios en cualquier momento.

Certifico que mi historial médico es completo y preciso según mi conocimiento y entendimiento. Solicito voluntariamente que Arizona Pain Associates me brinde atención, tratamiento y servicios para el manejo del dolor, según lo considere razonable y necesario por el proveedor de atención médica asignado. Doy mi consentimiento para exámenes, evaluaciones, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios que pueden incluir diagnósticos, radiología y procedimientos de laboratorio. Entiendo que se me puede pedir que proporcione muestras de orina, hisopo oral y / o sangre. Tengo derecho a rechazar pruebas específicas, pero entiendo que esto puede afectar mi tratamiento para el manejo del dolor. Si se recomienda un tratamiento de intervención invasivo, se me informará sobre los beneficios y el riesgo antes de realizar dicho tratamiento y se me proporcionará un formulario de consentimiento por separado que describe dichos beneficios y riesgos.

FOTOGRAFÍAS Consiento en tomarme y reproducirme fotos de cualquier forma (por ejemplo, fotografía, película, cinta, etc.) en relación con mi diagnóstico, cuidado y tratamiento (incluidos los procedimientos quirúrgicos). Estas imágenes se utilizarán para fines relacionados con el tratamiento, los propósitos científicos y educativos, la facturación, la coordinación de la atención y las operaciones de atención médica, como el aseguramiento de la calidad, la seguridad del paciente y la identificación

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Autorizo específicamente los usos y divulgaciones de mi información de salud según se describe en el Aviso de prácticas de privacidad que se me proporcionó. Autorizo a los médicos de Arizona Pain Associates, y / o a su personal, a obtener mi historial de medicamentos y otra información relevante de atención médica, verbal, escrita o electrónica, que se considere necesaria para mi tratamiento. Doy mi consentimiento para divulgar mi información de salud a planes de salud federales o estatales, compañías de seguros, agencias de cobro, empleadores u otras organizaciones responsables del pago de servicios, según corresponda. Entiendo que esto puede incluir información relacionada con mi diagnóstico, atención, pago por mi atención o información demográfica.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, ACEPTO LOS CONSENTIMIENTOS Y PUBLICACIONES DESCRITOS EN ESTE FORMULARIO. HE LEÍDO ESTE CONSENTIMIENTO Y PODEMOS HACER PODER HACER PREGUNTAS

Nombre impreso del paciente o representante

Firma Del Paciente o representante

Relación al Paciente

Fecha

Información Demográfica del Paciente

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Su dirección física es igual que el correo? Sí No Si no es así, cual es?:

Número Telefónico Preferido: _____ Casa Mobile Trabajo

Segundo Número Telefónico: _____ Casa Mobile Trabajo

Nombre de Contacto de Emergencia: _____

Número Telefónico: _____ Relación: _____

Plan de Seguro Medica Primario

Pagador (Ejemplo BC/BS): _____ Plan: _____

Póliza/Número de ID: _____ Número de Grupo: _____

Complete esta porción si **no** es el titular de la póliza de su seguro medico

Titular de la póliza de seguro: Usted Conyugue Hijo/a Otro: _____

Nombre de Titular: _____ Sexo de Titular: Femenino Masculino

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Plan de Seguro Medica Secundario, si es que existe

Pagador (Ejemplo BC/BS): _____ Plan: _____

Póliza/Número de ID: _____ Número de Grupo: _____

Complete esta porción si **no** es el titular de la póliza de su seguro medico

Titular de la póliza de seguro: Usted Conyugue Hijo/a Otro: _____

Nombre de Titular: _____ Sexo de Titular: Femenino Masculino

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Complete esta sección solo si su visita de hoy está relacionada con una reclamación de Compensación para Trabajadores

Información de Reclamo de Compensación al Trabajador

Compañía de Compensación para Trabajadores:

Nombre de Agente: _____ Estado de lesión: _____

Número Telefónico: _____ Número de Fax: _____

Número de Reclamo: _____ Fecha de la lesión inicial: _____

Reclamo de Lesiones

¿Su dolor es el resultado de un accidente automovilístico o una lesión personal? (término legal que describe el daño sufrido a su persona por negligencia de otro) Yes No

En caso que si, se le pedirá que complete un formulario separado

Certificación

Certifico que la información anterior es precisa, completa y verdadera. Entiendo que esto se convertirá en parte de mi registro médico.

Firmado: _____ Fecha: _____
Paciente o tutor o representante de paciente

Nombre Impreso: _____

¡Gracias por elegir a Arizona Pain Specialists! Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento y atención médica. Por favor, comprenda que un entendimiento financiero mutuo es parte de nuestra relación. Revise cuidadosamente esta Política financiera, inicie cada sección y firme el acuerdo para indicar que acepta sus términos.

El pago se cobra en el momento del servicio

1. Todos los copagos, deducibles, coseguros y tarifas por servicios no cubiertos deben pagarse en el momento del servicio, a menos que haya hecho arreglos de pago antes de su cita. Si llega sin su copago, podemos pedirle que re programe su cita. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de débito y crédito.
2. En caso de que necesite un procedimiento, le proporcionaremos una estimación del monto del deducible y coseguro requerido por su seguro. El pago anticipado de esta estimación se cobra al momento en que se programa el procedimiento o por teléfono antes de la fecha del procedimiento. Nos reservamos el derecho de reprogramar su procedimiento hasta que se hayan realizado los prepagos. Usted es responsable de cualquier saldo impago después de que su compañía de seguros haya procesado su reclamo.
3. Los saldos responsables por el paciente deben pagarse cuando se registra para su cita.
4. Designamos cuentas de pago personal del paciente bajo las siguientes circunstancias: (1) el paciente no tiene cobertura de seguro de salud, (2) el paciente está cubierto por un plan de seguro en el que nuestros proveedores no participan, (3) el paciente no tiene tarjeta de seguro vigente y vigente en el archivo, o (4) el paciente no tiene una referencia de seguro válida en el archivo.
5. Solicitamos que se notifique por adelantado con al menos 24 horas de anticipación a la oficina si no puede asistir a su cita programada. Esto nos permite divulgar su cita a otro paciente. Se le cobrará una tarifa por cada incidente de acuerdo con el Programa de tarifas públicas. Estos cargos son su responsabilidad personal y no serán facturados a ninguna compañía de seguros. Los pacientes que repetidamente "no se presentan" para las citas pueden ser dados de alta de la práctica.

Inicial: _____

Comprobante de Seguro

1. Por favor traiga su (s) tarjeta (s) de seguro y una identificación válida con foto a cada cita.
2. Es su responsabilidad notificar a la Práctica de manera oportuna los cambios en su cobertura de seguro de salud. Si la Práctica no puede procesar su reclamo dentro de los límites de presentación de su compañía de seguros de salud, o si no responde a las preguntas de la compañía de seguros debido a un aviso prematuro, usted será responsable de todos los cargos.
3. Si no formamos parte de la red de su compañía de seguros (fuera de la red) o si su compañía de seguros le paga directamente, usted está obligado a enviar el pago de inmediato a la Práctica.

Inicial: _____

Referencias y Autorizaciones

1. La práctica tiene acuerdos de red específicos con muchas compañías de seguros, pero no todas las compañías de seguros. Es su responsabilidad ponerse en contacto con su compañía de seguros para verificar que su proveedor asignado participe en su plan. El plan de su compañía de seguros puede tener cargos fuera de la red que tienen deducibles y copagos más altos, que son su responsabilidad.
2. Si tiene un plan HMO con el que estamos contratados, necesita una autorización de referencia de su médico de atención primaria. Si no hemos recibido una autorización antes de su llegada a la oficina, llame a su médico de atención primaria para obtenerla. Sin una referencia de seguro requerida, la compañía de seguros negará el pago de los servicios. Como tal, si no puede obtener la referencia en ese momento, se le reprogramará o se le pedirá que pague la visita por adelantado. Por supuesto, la

práctica informará a su médico de referencia sobre su plan de atención al paciente y el progreso, ya sea mediante el uso de una transmisión electrónica segura o por un empleado de la práctica.

3. La práctica puede proporcionar servicios que el plan de su compañía de seguros excluye o requiere autorización previa. Si se determina que se requiere una autorización previa, intentaremos obtener dicha autorización en su nombre. En última instancia, es su responsabilidad asegurarse de que los servicios que se le brinden sean beneficios cubiertos y autorizados por su compañía de seguros.

Inicial: _____

Facturación y reembolsos

1. Si debemos enviarle un estado de cuenta, el saldo debe pagarse en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a la fecha del estado de cuenta.
2. Si tiene un saldo pendiente de más de 120 días y no ha podido hacer los arreglos de pago (o se ha atrasado en un plan de pago existente), podemos entregar su saldo a una agencia de cobranza y / o un abogado para cobrarlo. Esto puede generar informes adversos a las agencias de crédito y acciones legales adicionales. La práctica se reserva el derecho de rechazar el tratamiento a pacientes con saldos pendientes de más de 120 días. Usted acepta que, para atender su cuenta o cobrar cualquier cantidad que deba, podemos comunicarnos con usted a cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluidos los números de teléfono celular, que podrían ocasionarle cargos. También podemos comunicarnos con usted por mensaje de texto o correo electrónico, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que nos proporcione.
3. Se le cobrará una tarifa por los cheques devueltos de acuerdo con el Programa de tarifas públicas.
4. Nuestra práctica trata a los pacientes independientemente de su estado financiero. Ofrecemos asistencia financiera en forma de un descuento de escala móvil basado en ingresos familiares verificables.
5. Si realiza un sobrepago en su cuenta, emitiremos un reembolso solo si no hay otros saldos pendientes por servicios médicos en su cuenta o en cualquier otra cuenta con la misma parte financiera responsable.

Inicial: _____

Información Adicional

1. La Regla de Privacidad le permite recibir una copia de sus registros médicos y de facturación personales y permite que la Práctica requiera que las personas completen y firmen un Formulario de Autorización de Divulgación y Divulgación de Registros Médicos. Inicial: _____
2. La Práctica responderá (a discreción del proveedor) a las solicitudes para completar ciertos formularios médicos (FMLA, Permiso de Estacionamiento por Incapacidad a Corto Plazo e Incapacidad Temporal) asumiendo que el paciente está en buen estado y ha estado activo con la Práctica durante seis (6) meses consecutivos. Todas las solicitudes requieren una visita al consultorio. Inicial: _____
3. Al iniciar esta sección, reconozco que he recibido y revisado, o se me ha dado la oportunidad de recibir y revisar, una copia del Aviso de Práctica de Privacidad de la Práctica. Inicial: _____
4. Al iniciar esta sección, reconozco que he recibido una copia de la Lista de tarifas públicas de la práctica. Inicial: _____
5. Al iniciar esta sección, reconozco que he recibido una copia de la Declaración de los derechos del paciente de la práctica. Inicial: _____
6. Al iniciar esta sección, reconozco que he recibido una copia de la Declaración de directiva avanzada de la práctica. Inicial: _____

Código de conducta de práctica

Nos complace servirle y nos complace que haya elegido Arizona Pain como su nuevo proveedor de tratamiento del dolor. Siempre nos esforzaremos por brindarle una atención excepcional.

Las razones por las cuales Arizona Pain puede pedirle que busque servicios de atención médica en otro lugar pueden incluir:

- Comportamiento grosero o violento con el personal en persona o por teléfono: esto también se aplica a los miembros de su familia o amigos
- No presentarse repetidamente, cancelaciones o llegadas tardías continuas para visitas al consultorio o procedimientos.
- Negarse a adherirse al plan de atención según lo indicado por su médico o a seguir el seguro médico o las pautas gubernamentales.
- Solicitudes injustificadas de papeleo de discapacidad.

Nuestra meta es ayudarlo. Por lo tanto, le pedimos que programe y asista a todas las citas de seguimiento, participe en todos los tratamientos y pruebas de diagnóstico.

Inicial: _____

Lista de tarifas públicas

ARTÍCULO

FEE CHARGED

No cancelar su cita dentro de las 24 horas del horario programado

**\$ 50.00 por incidente clínico
\$ 100.00 por procedimiento o EMG**

No presentarse a su cita

**\$ 50.00 por incidente clínico
\$ 100.00 por procedimiento o EMG**

Llegadas tardías: si llega 15 minutos después de su hora de llegada, y debemos reprogramar sus cita

**\$ 50.00 por incidente clínico
\$ 100.00 por procedimiento o EMG**

Cargo por cheque de devolución

\$ 30.00 por incidente

Cumplimiento de los formularios de discapacidad

**Los costos a continuación son por cada ocurrencia:
FMLA - \$ 50.00 cada documentacion
Permiso de estacionamiento para discapacitados temporales - \$ 5.00
Formulario de discapacidad a corto plazo - \$ 25.00**

Acuerdo y asignación de beneficios

He leído y entiendo la Política financiera de Arizona Pain Specialists, PLLC, y estoy de acuerdo en cumplir sus términos. Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos y autorizo a mi (s) compañía (s) de seguros a emitir pagos directamente a la Práctica. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios que recibo de la práctica. Esta política financiera es vinculante para mí y mi patrimonio, ejecutores y / o administradores, si corresponde.

Nombre Impreso: _____

Firma: _____

Fecha: _____

**AUTORIZACIÓN DE HIPAA
PARA EL USO O DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida y cuándo necesitamos su autorización por escrito para hacerlo. Este formulario es para uso cuando dicha autorización.

Nombre Impreso del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

I. Mi Autorización

Autorizo a Arizona Pain Specialists, PLLC, sus agentes y empleados a usar o divulgar la siguiente información de salud.

Toda mi información de salud

Mi información de salud para las siguientes afecciones:

No autorizo la divulgación de mi información de salud

La parte anterior puede divulgar esta información de salud a los siguientes destinatarios, por favor incluya proveedores médicos, familiares y amigos:

Nombre, relación y / u organización _____

I. Mis Derechos

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto donde ya se hayan hecho usos o divulgaciones en base a mi permiso original. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviarla a la parte reveladora correspondiente.

Entiendo que es posible que la información utilizada o divulgada con mi permiso pueda ser divulgada nuevamente por el destinatario y que ya no esté protegida por las Normas de privacidad de HIPAA.

Entiendo que el tratamiento por parte de cualquiera de las partes puede no estar condicionado a mi firma de esta autorización (a menos que se busque un tratamiento solo para crear información de salud para un tercero o participar en un estudio de investigación) y que puedo tener el derecho de negarme a Firma esta autorización.

Firma: _____ Fecha: _____

Si el paciente es menor de edad o no puede firmar, complete lo siguiente:

El paciente es menor de edad: _____ edad: _____

El paciente no puede firmar porque: _____

Firma del Representante Autorizado: _____

Fecha: _____

Nombre Impreso del representante autorizado: _____

Autoridad del representante para firmar en nombre del paciente:

Padre Guardian Legal Orden Judicial Otro: _____

II. Consentimiento adicional para ciertas condiciones

Este registro médico puede contener información sobre abuso físico o sexual, alcoholismo, abuso de drogas, enfermedades de transmisión sexual, aborto o tratamiento de salud mental. Se debe dar un consentimiento por separado antes de que se pueda divulgar esta información.

Doy mi consentimiento para que se divulgue la información anterior.

No doy mi consentimiento para que se divulgue la información anterior.

Firma del paciente o representante autorizado: _____ Fecha: _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

Fecha de vigencia septiembre, 2015

Este aviso describe cómo se puede usar, divulgar y cómo puede obtener acceso a su información médica. POR FAVOR REVIÉSELO CUIDADOSAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad al 480.563.6400.

Nuestro compromiso con respecto a la información médica.

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger la información médica de manera razonable y apropiada. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe en Pain Doctor, Inc. y sus afiliados (PDI). Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por nuestra Práctica. Este aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y divulgar su información médica, sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información médica.

Estamos obligados por ley a:

- asegurarse de que la información médica que lo identifica se mantenga privada;
- darle este aviso de nuestros deberes y prácticas legales con respecto a su información médica; y
- siga los términos de este aviso que está actualmente vigente.

Cómo podemos usar y divulgar su información médica.

A continuación se describen las formas en que podemos usar y divulgar la información de salud que lo identifica ("Información de salud"). Excepto por los propósitos que se describen a continuación, usaremos y divulgaremos la información médica solo con su permiso por escrito. Puede revocar dicho permiso en cualquier momento escribiendo a nuestro Oficial de Privacidad.

- Para tratamiento. Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.
- Para pago. Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de los planes de salud u otras entidades.
- Para operaciones de atención médica. Podemos usar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario.
- Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud. Podemos compartir y divulgar información médica para contactarlo y recordarle que tiene una cita con nosotros. También podemos usar y divulgar información de salud para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
- Personas involucradas en su cuidado o pago por su cuidado. Cuando sea apropiado, podemos compartir información de salud con una persona que esté involucrada en su atención médica o en el pago de su atención, como su familia o un amigo cercano.
- Investigación. Bajo ciertas circunstancias, podemos compartir y divulgar información de salud para investigación. Antes de que usemos o divulguemos información de salud para investigación, el proyecto pasará por un proceso de aprobación especial. Incluso sin una aprobación especial, podemos permitir que los investigadores revisen los registros para ayudarlos a identificar a los pacientes que pueden ser incluidos en su proyecto de investigación o para otros fines similares, siempre y cuando no eliminen o obtengan una copia de cualquier información de salud.
- Según lo exija la ley. Podemos compartir y divulgar su información médica cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales.
- Anunciar una amenaza grave para la salud o la seguridad. Podemos compartir y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona.
- Para todos los demás usos y divulgaciones. Todos los demás usos y divulgaciones de información no contenidos en este Aviso de Prácticas de Privacidad no serán divulgados sin su autorización.
- Donación de órganos y tejidos. Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
- Compensación a los trabajadores, cumplimiento de la ley y otras agencias gubernamentales. Podemos compartir información médica sobre usted para la compensación de trabajadores, para propósitos de aplicación de la ley y agencias de supervisión de atención médica para actividades autorizadas por la ley, o funciones especiales del gobierno tales como militares, seguridad nacional y protección presidencial.
- Riesgos para la salud pública. Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones:
 - para prevenir o controlar enfermedades;
 - denunciar nacimientos y defunciones;
 - denunciar el maltrato o negligencia infantil;
 - reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
 - para notificar a las personas sobre el retiro de productos que puedan estar usando;
 - notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo.

- Juicios y disputas legales. Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.
- Cumplir con la ley. Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con Salud y Servicios Humanos si desea ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.
- Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias. Podemos compartir información de salud con un médico forense, médico forense o director de funerarias cuando una persona muere.

Usos y divulgaciones que nos exigen que le brindemos la oportunidad de objetar y excluirnos.

En estos casos, puedes decirnos qué podemos compartir:

1. Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
2. Compartir información en una situación de alivio de desastres.
3. Incluya su información en el directorio de un hospital.
4. Póngase en contacto con usted para los esfuerzos de recaudación de fondos. Podemos comunicarnos con usted, pero puede decirnos que no contactarte de Nuevo

Se requiere su autorización por escrito para otros usos y divulgaciones.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos haya dado un permiso por escrito:

1. Propósitos de marketing
2. Venta de su información.
3. Compartir notas de psicoterapia.

Si nos da una autorización, puede revocarla en cualquier momento enviando una revocación por escrito a nuestro Oficial de Privacidad y ya no divulgaremos la Información médica protegida bajo la autorización. Sin embargo, cualquier divulgación que realicemos en virtud de su autorización antes de que usted la revoque no se verá afectada por la revocación.

Tus derechos.

You have the following rights regarding Health Information we have about you:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que tenemos sobre usted:

- Derecho a inspeccionar y obtener una copia de sus registros médicos. Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica de su registro médico u otra información médica que tengamos sobre usted. Si su información de salud protegida se mantiene en formato electrónico, tiene derecho a solicitar que se le entregue una copia electrónica de sus registros o que se la transmita a otra persona o entidad. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.
- Derecho a corregir sus registros médicos. Puede solicitarnos que corrijamos su información médica que considere incorrecta o incompleta. También podemos rechazar su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días. Para solicitar una enmienda, debe hacer su solicitud, por escrito, a nuestro Oficial de Privacidad.
- Derecho a una Cuenta de Divulgaciones. Puede solicitarnos una lista (contable) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicitó, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones. Vamos a proporcionar una contabilidad por año de forma gratuita. Habrá una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro informe dentro del período de 12 meses. Para solicitar un informe de las divulgaciones, debe hacer su solicitud, por escrito, a nuestro Oficial de Privacidad.
- Derecho a limitar la información que compartimos. Tiene derecho a pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Estamos obligados a aceptar su solicitud, a menos que afecte su atención. Si paga los servicios de su bolsillo en su totalidad, por un artículo o servicio específico, puede solicitar que su Información de salud protegida no se comparta con su aseguradora de salud para los fines de pago. Diremos que sí a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.
- Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera determinada o en un lugar determinado. Debe hacer su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad. Vamos a decir que sí a todas las solicitudes razonables.
- Derecho a una copia en papel de este aviso. Tiene derecho a una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia en papel de este

aviso. Para obtener una copia en papel, contacte a nuestro Oficial de Privacidad. Puede obtener una copia de este aviso en nuestros sitios web en www.arizonapain.com o www.paindoctor.com

- Cambios a este Aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer un nuevo aviso que se aplique a la información médica que ya tenemos, así como a cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia de nuestro aviso actual en nuestra oficina. El aviso contendrá la fecha de vigencia en la primera página.
- Quejas: Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja en nuestra oficina comunicándose con nuestro Oficial de Privacidad al 480.563.6400. El Secretario de Salud y Servicios Humanos en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. Todas las quejas deben ser por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Nuestras instalaciones están autorizadas como centro de tratamiento ambulatorio y el AZDHS nos inspecciona regularmente. El informe de inspección está disponible para todos los pacientes que lo soliciten.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE - Pain Doctor, Inc.

Los Pacientes tienen derecho a:

- No ser discriminados por motivos de raza, nacionalidad, religión, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico;
- Recibir un tratamiento que apoye y respete la individualidad, las opciones, las fortalezas y las habilidades del paciente;
- Recibir privacidad en su tratamiento y cuidado de sus necesidades personales;
- Revisar, con previa solicitud por escrito, su propio historial clínico de acuerdo con A.R.S. §§ 12-2293, 12-2294 y 12-2294.01;
- Recibir una referencia a otra institución de atención médica si esta instalación no está autorizada o no puede proporcionar servicios de terapia física o servicios de salud del comportamiento que necesita el paciente;
- Participar o hacer que el representante del paciente participe en el desarrollo o las decisiones relacionadas con el tratamiento;
- Participar o negarse a participar en investigaciones o tratamiento experimental;
- Recibir ayuda de un miembro de la familia, el representante del paciente u otra persona para comprender, proteger o ejercer los derechos del paciente;
- Ser tratado con dignidad, respeto y consideración;
- No estar sujeto a abuso, negligencia, explotación, coerción, manipulación, abuso sexual, agresión sexual o, excepto lo permitido en R9-10-1012 (B), restricción o reclusión;
- No estar sujeto a represalias por presentar una queja al Departamento u otra entidad;
- No ser sujeto a la malversación de propiedad personal y privada por parte de ningún miembro del personal de la clínica, empleado, voluntario o estudiante;
- Autorizar o rechazar el tratamiento, excepto en una emergencia y rechazar o retirar el consentimiento para el tratamiento antes de iniciar el tratamiento;
- Ser informado de alternativas a los medicamentos o procedimientos quirúrgicos y los riesgos asociados y posibles complicaciones de los medicamentos o procedimientos quirúrgicos, excepto en una emergencia;
- Ser informado de la política de la clínica sobre directivas de atención médica y del proceso de quejas del paciente;
- Consentimiento para las fotografías antes de que se fotografíe a un paciente, excepto que se puede fotografiar a un paciente con fines administrativos y de identificación;
- Proporcionar un consentimiento por escrito para la divulgación de información en los registros médicos o los registros financieros del paciente, a menos que la ley lo permita.

Los Pacientes tienen la responsabilidad de:

- Ser honestos sobre los asuntos que se relacionan a usted como paciente.
- Proporcionar al personal información precisa y completa sobre las quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
- Reportar cualquier riesgo percibido en su atención.
- Reportar cualquier cambio inesperado en su condición a los responsables de su cuidado y bienestar.
- Seguir el plan de atención, servicio o tratamiento desarrollado.
- Hacer cualquier pregunta cuando no comprenda o tenga inquietudes sobre su plan de cuidado.
- Comprender las consecuencias de las alternativas de tratamiento y no seguir su plan de cuidado.
- Conocer al personal que lo atiende.
- Ser considerado y respetuoso con los derechos tanto de los demás pacientes como del personal.
- Honrar la confidencialidad y privacidad de otros pacientes.
- Ser considerado con la propiedad de Arizona Pain Specialists.
- Asegurarse de que las obligaciones financieras de su atención médica se cumplan lo más pronto posible.

Cómo presentar una queja

Los pacientes o representantes de pacientes que tengan alguna inquietud sobre los derechos del paciente, la seguridad o las quejas o reclamos, comuníquese con el Gerente Clínico de esa clínica o llame al 480-563-6400 y pida hablar con el Gerente Clínico. La correspondencia escrita se enviará al administrador clínico del paciente. Cualquier paciente o representante del paciente puede presentar una queja sin represalias.

Los pacientes también tienen derecho a comunicarse con el Departamento de Salud en cualquier momento en:

Departamento de Servicios de Salud de Arizona
A la atención de: Licensing Medical Facilities
150 N. 18th Ave., Suite 450
Phoenix, Arizona 85007
(602) 364-3030

- o -

www.medicare.gov/ombudsman/resources.asp

Por A.R.S. § 36-436.01 (C) - El programa de tarifas de la Práctica está disponible para su revisión a pedido. Por A.R.S. § 36-425 (D), los registros de inspección del estado se mantienen en la oficina administrativa ubicada en 8767 E. Via De Ventura Suite # 226, Scottsdale, AZ 85258. Las solicitudes se pueden hacer llamando al 602-563-6400 y pidiendo hablar con El Gerente del Programa de Cumplimiento Clínico.



Lista de la tarifas pública

Pain Doctor Inc. y sus filiales (PDI) han adoptado este Programa de tarifas públicas para cumplir con la Ley de responsabilidad y portabilidad de seguros de salud de 1996 ("HIPAA"). Al contar con un cronograma de tarifas razonable, apropiado y publicado, PDI garantiza un tratamiento coherente de la solicitud de su paciente.

Lista de Cargos

Categoría	Cargos
No cancelar su cita dentro de las 24 horas del horario programado	\$40.00 por incidente en la clínica \$60.00 por procedimiento, EMG
No presentarse a su cita	\$40.00 por incidente en la clínica \$60.00 por procedimiento, EMG
Llegadas tardías. Si llega 15 minutos después de su hora de llegada, y debemos reprogramar su cita	\$40.00 por incidente en la clínica \$60.00 por procedimiento, EMG
Cargo por cheque de devolución (incluyendo cualquier cargo bancario)	\$30.00 por incidente
Completar formularios de discapacidad	Los costos a continuación son por cada ocurrencia: FMLA = \$ 50.00 cada terminación Permiso de estacionamiento para discapacitados temporales = \$ 5.00 Formulario de discapacidad a corto plazo = \$ 25.00
Solicitudes de recetas de medicamentos	\$15.00 cada ocurrencia
Correo	Basado en el costo actual por cartero



DECLARACIÓN DE DIRECTIVA AVANZADA

Una "directiva anticipada" es un término general que se refiere a sus instrucciones orales y / o escritas sobre su atención médica futura, en el caso de que no pueda hablar por sí mismo.

Cada estado regula el uso de las directivas anticipadas de manera diferente. Hay dos tipos de directivas anticipadas: un testamento vital y un poder médico. Si desea una copia de los formularios de instrucciones anticipadas oficiales de AZ, visite http://www.azsos.gov/adv_dir/.

Si tiene un testamento en vida o un poder médico, le recomendamos que nos brinde una copia para que la coloquemos en su cuadro. Esto solo se utilizará en el caso improbable de que no pueda tomar sus propias decisiones.