

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino      Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ lbs

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Su dirección física es igual que el correo?  Sí  No

Si no, Cual Es? \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Número telefónico preferido: \_\_\_\_\_  Casa  Móvil  Trabajo

Segundo número telefónico: \_\_\_\_\_  Casa  Móvil  Trabajo

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Numero Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Farmacia de preferencia: \_\_\_\_\_ Intersección: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Como Escucho de Nuestra Clínica?  Internet  Amigo  Doctor \_\_\_\_\_

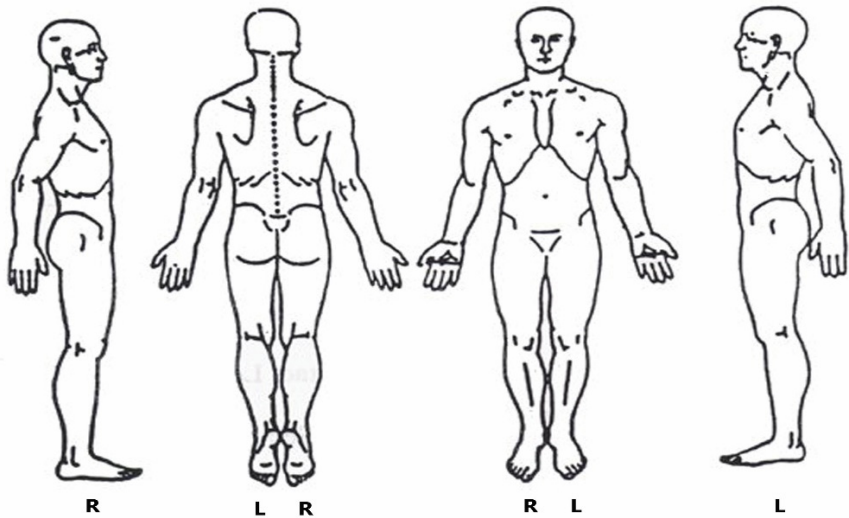
**Inicio de síntomas y motivo de su visita hoy**

Cuando comenzó su dolor? \_\_\_\_\_

Que causo su dolor o lesión? \_\_\_\_\_

Su dolor fue causado por un accidente de vehículo motorizado o lesiones personales?  Si  No

Utilice el diagrama para indicar la ubicación y el tipo de dolor. Marque el dibujo con las siguientes letras que mejor describan sus síntomas. "E" Entumecimiento "H" Hormigueo "D" Dolor "A" Apuñalamiento "Quemazón



Su dolor en este momento? \_\_\_\_\_

Su dolor peor? \_\_\_\_\_

Peor área de dolor? \_\_\_\_\_

Su dolor se expande a otra área del cuerpo? \_\_\_\_\_

Área adicionales de dolor? \_\_\_\_\_

Frecuencia de su dolor?  Constante  Intermitente

Cuando es su dolor peor?  Mañanas  Durante el día  Por las tardes  Por la noche

**Marque todos los siguientes síntomas que describen su dolor:**

- Dolorido
- Entumecido
- Calambre
- Intenso
- Calambre
- Toque
- Presión
- Hormigueo/Abuja/Alfileres
- Agudo
- Punzante
- Apuñalamiento
- Cansador/Agotador
- Caliente/Quemante

**Factores Que Afectan Su Dolor**

Tiene dolor significativo en la espalda/glúteos/piernas al estar sentado o caminar por largo tiempo que se le alivia al sentarse o acostarse?  Sí  No

Si la respuesta anterior es si, su dolor se alivia cuando se inclina hacia adelante?  Sí  No

	Aumento de Dolor	Disminuye el Dolor	Ningún Cambio
Doblar al revés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclinar hacia Adelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio de Clima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir Escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos/Estornudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manejar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantar Objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ver hacia Adelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ver hacia Abajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voltear de lado a lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantarse de posición sentada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar de Pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Actividad**

Cuantos días a la semana hace ejercicio? \_\_\_\_\_ Tipo de ejercicio:  Bicicleta  Cardio  Pesas  Nadar  Caminar

Otro: \_\_\_\_\_

Su dolor interfiere con alguno de los siguientes?  Trabajo  Escuela  Casa  Actividades Diarios

Actividades Recreacionales

**Pruebas Diagnósticas e Imágenes: Marque todos los exámenes que ha tenido en relación de su dolor actual**

Resonancia Magnética (MRI) De: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Instalación: \_\_\_\_\_  
 Rayos X De: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Instalación: \_\_\_\_\_  
 Tomografía De: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Instalación: \_\_\_\_\_  
 Estudio de conducción de nervios (EMG): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Instalación: \_\_\_\_\_  
 Otros estudios: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Instalación: \_\_\_\_\_

No he tenido ninguna prueba diagnosticas realizada **para mis quejas de dolor de actualidad**

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

Ningún Alivio Moderado Alivio Excelente Alivio

**Tratamiento:**  No Tratamiento Anterior

Quiropráctico: Número de Sesiones: _____ Fechas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia en Casa: Numero de Sesiones: _____ Fechas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia Física: Numero de Sesiones: _____ Fechas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimulador de la Medula Espinal: <input type="checkbox"/> Prueba <input type="checkbox"/> Implante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía de la Columna: Fecha: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Medicamento:**  No Medicamento Anterior

Anti-Inflamatorios, Cuales: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Inyecciones:**  No Inyecciones Anterior

Inyección de Conjunto: _____ Fechas completadas: _____ % Alivio (0-100): _____
Inyección de Conjunto: _____ Fechas completadas: _____ % Alivio (0-100): _____
Inyección Epidural de Esteroide, Fechas completadas: _____ % Alivio (0-100): _____
Bloqueo de la Rama Medial/Ablación por Radiofrecuencia, Fechas completadas: _____ % Alivio (0-100): _____
Inyección la articulación del Sacro ilíaca, Fechas completadas: _____ % Alivio (0-100): _____

**Medicamentos Actuales**

Usted toma un anticoagulante de la sangre o Aspirina? Si, Cual? \_\_\_\_\_

Nombre/Número de teléfono del doctor que le receta su anticoagulante: \_\_\_\_\_

Por favor 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.		

**Alergias- Liste todos los medicamentos/drogas que usted es alérgico: No Liste efectos secundarios**

<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Reacción Alérgica</u>
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 tengo alergias

**Historial médico/Lista de Problemas**

Esta embarazada actualmente?     Sí     No                      Esta post-menopausia?     Sí     No

Planea embarazarse?     Sí     No

Ha tenido dos o más caídas en el último año?     Sí     No

Ha tenido la inyección de neumonía?                       Sí     No    Fecha: \_\_\_\_\_

Ha sido diagnosticado con alta presión?                       Sí     No    Fecha: \_\_\_\_\_

Marque todas las condiciones que le han **diagnosticado**.

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Cáncer, Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Hepatitis, Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Osteoartritis/Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Diabetes, Tipo: _____	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Enfermedad Vasculat Periférica
<input type="checkbox"/> Enfisema/EPOC	<input type="checkbox"/> Alta presión	<input type="checkbox"/> Culebrilla
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Apnea del Sueño
<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Otro: _____		
<input type="checkbox"/> No tengo historial medico		

**Historial Quirúrgico**

Tiene usted implantado un marcapasos cardiaco o desfibrilador?     Sí     No

Indique todos los procedimientos quirúrgicos que haya realizado.

Fecha	Cirugía	Nombre de Doctor

No he tenido cirugías

**Historial familiar- Marque todos los diagnósticos apropiados, solamente los miembros de su familia biológica**

- Ansiedad/Depresión
- Artritis
- Cáncer
- Diabetes
- Dolor de cabeza
- Enfermedad del corazón/derramé cerebral
- Alta presión
- Enfermedad de riñones
- Enfermedad del hígado
- Artritis Reumatoide
- Convulsiones
- Abuso de sustancias
- No Tengo Historial familiar
- Soy Adoptado

**Historial Social**

- Fumar:  Todos los días  Algunos días  Exfumador  Nunca he fumado
- Alcohol:  Alcoholismo  Historia de Alcoholismo  Consumo social de alcohol  Sin consumo de alcohol
- Marihuana:  Actualmente  Uso Anterior  Tarjeta de Marihuana  Nunca he usado
- Drogas ilegales: Actualmente, Cuáles? \_\_\_\_\_  Nunca he usado
- Uso Anterior, Cuáles? \_\_\_\_\_
- Narcóticos & Medicamentos recetados: He abusado narcóticos y/o medicamento recetado:  Si  No
- Si su respuesta es sí, cuáles? \_\_\_\_\_

**Revisión de Sistema- marcar todos los síntomas que sufre actualmente:**

**Constitucional:**

- Escalofríos
- Insomnio
- Fatiga
- Fiebres
- Sudores Nocturnos

**Cardiovascular/Respiratorio:**

- Dolor de pecho
- Tos
- Dificultad para respirar
- Desmayos
- Alta Presión
- Hinchazón de pies

**Gastrointestinal:**

- Estreñimiento
- Apariencia café molido en vomito
- Diarrea
- Nausea/Vomito

**Genitourinario/Nefrología:**

- Sangre en la orina
- Disfunción Eréctil
- Disminución/Frecuencia/Volumen de orina
- Dolor al orinar
- Presión Pélvica

**Oídos/Nariz/Garganta/Cuello:**

- Problemas para escuchar
- Dolor en los oídos
- Alergias
- Sangrado de nariz
- Dolores de garganta
- Zumbido en los oídos
- Sinusitis

**Ojos:**

- Cambios de vista recientes

**Neurológico:**

- Mareos
- Dolores de cabeza
- Inestabilidad al caminar
- Entumecimiento/Convulsiones
- Temblores

**Psiquiátrico:**

- Ansiedad/Estrés
- Depresión
- Pensamientos de suicidio
- Planificación de suicidio

**Musculo Esquelético:**

- Dolor de espalda
- Dolor de articulaciones
- 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 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, 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**

# Política financiera

---

**¡Gracias por elegir Arizona Pain! Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento y atención médica. Por favor, revise cuidadosamente esta Política Financiera, inicie cada sección y firme el acuerdo para indicar su aceptación de sus términos.**

## El pago vence en el momento del servicio

1. Todos los copagos, deducibles, coaseguros y tarifas por servicios no cubiertos vencen en el momento del servicio, a menos que haya hecho arreglos de pago antes de su cita. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de débito y crédito.
2. En el caso de que necesite un procedimiento, le proporcionaremos una estimación de los montos de deducible y coaseguro requeridos por su seguro. El pago anticipado de esta estimación vence en el momento en que se programa el procedimiento o por teléfono antes de la fecha del procedimiento. Usted es responsable de cualquier saldo impago después de que su compañía de seguros haya procesado su reclamo.
3. Designamos cuentas **de auto pagó** en 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 una tarjeta de seguro válida y actual en el archivo, o (4) el paciente no tiene una referencia de seguro válida en el archivo.
4. Solicitamos que se notifique con al menos **24 horas** de anticipación a la oficina si no puede asistir a su cita programada. Se le cobrará una tarifa por cada incidente de acuerdo con el Programa de Tarifas Públicas. Estos cargos son su responsabilidad personal y no se facturarán a ninguna compañía de seguros. Los pacientes que repetidamente "no se presentan" a 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 con usted a cada cita.
2. Es su responsabilidad notificar al consultorio de manera oportuna los cambios en su cobertura de seguro de salud. Si el consultorio no puede procesar su reclamo dentro de los límites de presentación de su compañía de seguros de salud, o la falta de su respuesta a las consultas de la compañía de seguros debido a un aviso inoportuno, 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 reenviar el pago inmediatamente al consultorio.

Inicial: \_\_\_\_\_

## Referencias y autorización

1. El consultorio tiene acuerdos de red específicos con muchas, pero no todas, las compañías de seguros. Es su responsabilidad comunicarse 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 una HMO plan con la que estamos contratados, necesita una referencia o autorización de su médico primario. Sin una referencia requerida de seguro, la compañía de seguros negará el pago de los servicios. Si no podemos obtener la referencia antes de su cita, se le reprogramará o se le pedirá que pague la visita por adelantado.
3. El consultorio 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 la autorización en su nombre. En última instancia, es su responsabilidad asegurarse de que los servicios que se le brindan sean beneficios cubiertos y autorizados por su compañía de seguros.

Inicial: \_\_\_\_\_

# Política financiera

---

## Facturación y reembolsos

1. Si debemos enviarle un estado de cuenta, el saldo vence 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 de antigüedad y no ha hecho arreglos de pago (o se ha vuelto moroso en un plan de pago existente), podemos entregar su saldo a una agencia de cobro y / o un abogado para el cobro. Esto puede dar lugar a informes adversos a las agencias de crédito y acciones legales **adicionales. El consultorio se reserva el derecho de rechazar el tratamiento a pacientes con saldos pendientes de más de 120 días de antigüedad.** Usted acepta que, para dar servicio a nuestra cuenta o para cobrar cualquier cantidad que pueda adeudar, podemos comunicarnos con usted en cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluidos los números de teléfono celular, lo que podría resultar en cargos para usted. También podemos comunicarnos con usted por mensaje de texto o correo electrónico, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que nos prohíba.
3. Nuestro consultorio trata a los pacientes independientemente de su estado financiero. Ofrecemos asistencia financiera en forma de un descuento de escala móvil basado en los ingresos verificables del hogar.
4. Si realiza un pago en exceso en su cuenta, emitiremos un reembolso solo si no hay otros saldos pendientes de servicios médicos en su cuenta o en cualquier otra cuenta con la misma parte financieramente 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 el consultorio requiera que las personas completen y firmen un Formulario de Autorización para la Divulgación y Divulgación de Registros Médicos.
2. El consultorio responderá (a discreción del proveedor) a las solicitudes para completar ciertos formularios médicos (FMLA, Permiso de Estacionamiento por Discapacidad a Corto Plazo e Incapacidad Temporal) asumiendo que el paciente está al día y ha estado activo con el consultorio durante seis (6) meses consecutivos. Todas las solicitudes requieren una visita al consultorio.
3. Es posible que se le pida que participe en nuestra aplicación Arizona Pain Mobile. Al iniciar aquí, usted da su consentimiento a Arizona Pain para comunicar y facturar los seguros aplicables por los exámenes de salud realizados dentro de la aplicación y asume la responsabilidad de los saldos no cubiertos por el seguro de salud.
4. Al iniciar esta sección, reconozco que Arizona Outpatient Anesthesia Consultants (AOAC) es una subsidiaria de propiedad total de Arizona Pain Specialists (APS). AOAC es un proveedor no contratado (fuera de la red) de servicios de anestesia.
5. 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 consultorio de Privacidad del consultorio, el Programa de Tarifas Públicas, la Declaración de Derechos del Paciente y la Declaración de Directivas Anticipadas.

Inicial: \_\_\_\_\_

Inicial: \_\_\_\_\_

Inicial: \_\_\_\_\_

Inicial: \_\_\_\_\_

Inicial: \_\_\_\_\_

## Acuerdo y asignación de beneficios

He leído y entiendo la Política Financiera de Arizona Pain Specialists, LLC, y acepto cumplir con sus términos. Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos y autorizo a mi(s) compañía(s) de seguros a emitir el pago directamente al consultorio. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios que recibo en el consultorio. Esta política financiera es vinculante para mí y mi patrimonio, albaceas y / o administradores, si corresponde.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Al escribir su nombre a continuación, está firmando esta política electrónicamente. Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma física en este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma (Paciente o si es menor Firma del padre o tutor)

\_\_\_\_\_  
Fecha





---





---

## AVISO A LOS PACIENTES

De acuerdo con la ley de Arizona, un médico debe notificar a un paciente que el médico tiene un interés financiero directo en una agencia de diagnóstico o tratamiento separada a la que el médico está derivando al paciente y / o en los bienes o servicios no rutinarios recetados por el médico, y si estos están disponibles en otro lugar sobre una base competitiva. A.R.S. §32-1401(27)(ff). Arizona Pain apoya esta ley, porque ayuda a los pacientes a tomar decisiones financieras razonadas con respecto a su atención médica.

En cumplimiento con los requisitos de esta ley, se le informa que Physicians of Arizona Pain tiene un interés financiero directo en la agencia de diagnóstico o tratamiento o en los bienes o servicios no rutinarios que se mencionan a continuación. Además, como se indica a continuación, los bienes o servicios que Arizona Pain ha prescrito están disponibles en otros lugares sobre una base competitiva.

### AGENCIA DE DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO O BIENES Y SERVICIOS NO RUTINARIOS:

-  **The Surgery Center of Scottsdale**
-  **Mountain View Surgery Center of Gilbert**
-  **Mountain View Surgery Center of Glendale**
-  **Uptown Surgery Center**

**¿ESTÁN DISPONIBLES ESTOS SERVICIOS EN OTROS LUGARES SOBRE UNA BASE COMPETITIVA?**

 **Sí**      \_\_\_\_\_ **No**      **En caso afirmativo, cuáles:**

### Procedimientos de dolor intervencionista en Honor Health y otras instalaciones acreditadas

La ley establece el reconocimiento de que ha leído y entendido estas divulgaciones al fechar y firmar este formulario en los espacios que se proporcionan a continuación. Mantendremos el original firmado en su archivo de paciente; usted tiene derecho a una copia si así lo desea.

**AGRADECIMIENTO:** Yo/Nosotros hemos leído este formulario de "Aviso a Pacientes", y Yo/Nosotros entendemos las divulgaciones que contiene.

**DESCARGO DE RESPONSABILIDAD:** Al escribir su nombre a continuación, está firmando este acuse de recibo electrónicamente. Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma física en este documento.

---

**Firma (Paciente o si es menor Firma del padre o tutor)**

---

**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 REVISELO 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](http://www.arizonapain.com) o [www.paindoctor.com](http://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/](http://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.

# 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 información médica protegida. Este formulario es para usar cuando se requiere autorización y cumple con los Estándares de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

Imprimir el nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## I. Mi autorización

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

- Toda mi información de salud
- Mi información de salud para la(s) siguiente(s) condición(es): \_\_\_\_\_
- No autorizo la divulgación de mi información de salud

**Arizona Pain puede divulgar esta información de salud a los siguientes destinatarios, por favor incluya proveedores médicos, familiares y amigos:**

Nombre, relación y/u organización \_\_\_\_\_

## II. Mis derechos

- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan realizado usos o divulgaciones. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro.
- Entiendo que es posible que la información utilizada o divulgada con mi permiso pueda ser divulgada nuevamente por el destinatario y ya no esté protegida por los Estándares de Privacidad de HIPAA.
- Entiendo que el tratamiento por cualquiera de las partes no puede estar condicionado a la firma de esta autorización (a menos que el tratamiento se busque solo para crear información de salud para un tercero o para participar en un estudio de investigación) y que puedo tener el derecho de negarme a firmar esta autorización.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Al escribir su nombre a continuación, está firmando esta autorización electrónicamente. Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma física en este documento.

Firma del Representante Autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

- El paciente es menor de edad: \_\_\_\_\_ años de edad
- El paciente no puede firmar porque: \_\_\_\_\_

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Al escribir su nombre a continuación, está firmando esta autorización electrónicamente. Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma física en este documento.

Firma del Representante Autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## III. 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 esta información pueda ser divulgada.

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

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Al escribir su nombre a continuación, está firmando esta autorización electrónicamente. Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma física en este documento.

Firma del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE- Arizona Pain

### **Los pacientes tienen derecho a:**

- No ser discriminado por motivos de raza, origen nacional, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico;
- Recibir tratamiento que apoye y respete la individualidad, las elecciones, las fortalezas y las habilidades del paciente;
- Recibir privacidad en el tratamiento y cuidado de las necesidades personales;
- Revisar, previa solicitud por escrito, el propio registro médico del paciente de acuerdo con A.R.S. §§ 12-2293, 12-2294 y 12-2294.01;
- Recibir una referencia a otra institución de atención médica si este centro no está autorizado o no puede proporcionar servicios de salud física o servicios de salud conductual que necesita el paciente;
- Participar o hacer que el representante del paciente participe en el desarrollo o las decisiones relativas al tratamiento;
- Participar o negarse a participar en investigaciones o tratamientos experimentales;
- Recibir asistencia 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 según lo permitido en R910-1012 (B), restricción o reclusión;
- No estar sujeto a represalias por presentar una queja al Departamento u otra entidad;
- No estar sujeto a apropiación indebida de propiedad personal y privada por parte de ningún miembro del personal de la clínica, empleado, voluntario o estudiante;
- Consentir o rechazar el tratamiento, excepto en caso de emergencia y rechazar o retirar el consentimiento para el tratamiento antes de que se inicie el tratamiento;
- Ser informado de las alternativas a los medicamentos o procedimientos quirúrgicos y los riesgos asociados y las posibles complicaciones de los medicamentos o procedimientos quirúrgicos, excepto en una emergencia;
- Estar informado de la política de la clínica sobre las directivas de atención médica y el proceso de quejas de los pacientes;
- Consentimiento para fotografías antes de que un paciente sea fotografiado, excepto que un paciente puede ser fotografiado con fines identificativos y administrativos;
- Proporcionar consentimiento por escrito para la divulgación de información en los registros médicos o registros financieros del paciente, excepto que la ley permita lo contrario.

### **Los pacientes tienen la responsabilidad de:**

- Sea honesto acerca de los asuntos que se relacionan con usted como paciente.
- Proporcione al personal información precisa y completa sobre quejas presentes, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
- Informe cualquier riesgo percibido en su atención.
- Informe cualquier cambio inesperado en su condición a los responsables de su cuidado y bienestar.
- Siga el plan de atención, servicio o tratamiento desarrollado.
- Haga cualquier pregunta cuando no entienda o tenga inquietudes sobre su plan de atención.
- Comprenda las consecuencias de las alternativas de tratamiento y no siga su plan de atención.
- Conozca al personal que lo está cuidando.
- Sea considerado y respetuoso de los derechos tanto de los compañeros pacientes como del personal.
- Respetar la confidencialidad y privacidad de otros pacientes.
- Sea considerado con la propiedad de Arizona Pain Specialists.
- Asegúrese de que las obligaciones financieras de su atención médica se cumplan lo antes posible.

### **Cómo presentar una queja**

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

### **Los pacientes también tienen derecho a ponerse en contacto con el Departamento de Salud en cualquier momento y:**

Arizona Department of Health Services Attn: Licensing Medical Facilities  
150 N. 18th Ave., Suite 450 Phoenix, Arizona 85007  
(602) 364-3030

- or -

[www.medicare.gov/ombudsman/resources.asp](http://www.medicare.gov/ombudsman/resources.asp)

Según A.R.S. § 36-436.01(C) - El cronograma de tarifas de la Práctica está disponible para su revisión a pedido. Según A.R.S. § 36-425 (D), los registros de inspección estatal 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 para el Cumplimiento Clínico.



## **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/](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.