

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Hoy: _____

Género: Hombre Mujer Altura: _____ Peso: _____ lbs

Dirección de Casa: _____

Ciudad/Estado/Zip: _____

Dirección postal si es diferente a la anterior: _____

Correo Electrónico: _____

Número de Teléfono: _____ Casa Móvil Trabajo

Número de Teléfono Secundario: _____ Casa Móvil Trabajo

Contacto de Emergencia: _____ Número de Teléfono: _____ Relación: _____

Farmacia: _____ Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

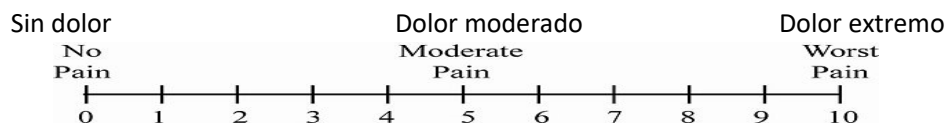
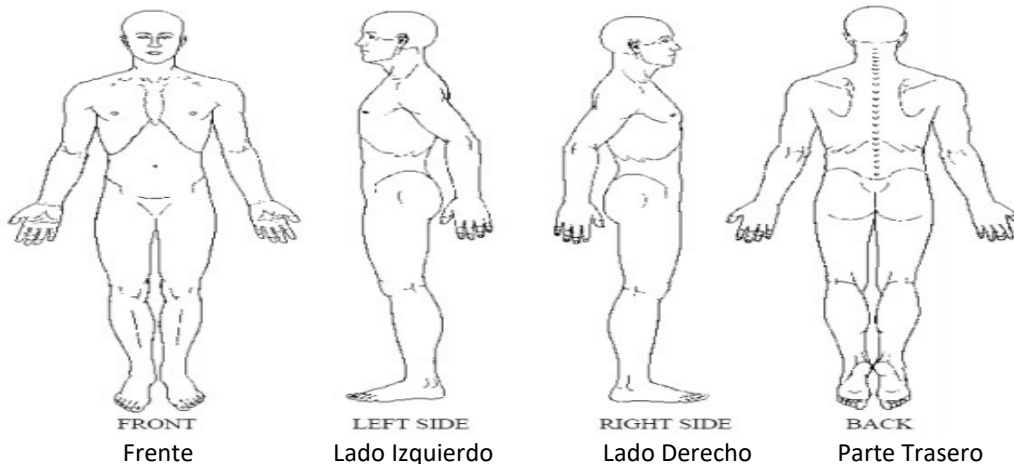
Inicio de los Síntomas y Motivo de la Visita Hoy

¿Cuándo empezó este dolor? _____

¿Qué causó su dolor o lesión? _____

¿El dolor o la lesión fue causado por un accidente automovilístico o a una lesión de trabajo? No Sí

Utilice el siguiente diagrama para indicar la ubicación y el tipo de dolor. Marca el dibujo con las siguientes letras que mejor describan sus síntomas: **"N"**entumecimiento **"P"**Hormigueo **"A"**Dolor **"S"**Dolor Punzante **"B"**Dolor Ardiente



¿Cuál es su nivel de dolor actual en este momento? _____ ¿Cuál es tu peor nivel de dolor? _____

¿Dónde se encuentra la peor zona de dolor? _____

¿El dolor se irradia? ¿Si sí, a donde se irradia? Arriba Desde _____ a _____

Por favor indica áreas adicionales de dolor: _____

¿Qué palabra describe mejor la frecuencia de tu dolor? Constante Intermitente

¿Ha cambiado su dolor desde que comenzó? Aumentó Disminuido Igual

¿Cuándo es peor su dolor? Las Mañanas Durante el Día Las Tardes Durante la Noche

Marque todo lo que describe su dolor **hoy**:

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Caliente/Ardiendo | <input type="checkbox"/> Espasmos | <input type="checkbox"/> Palpitante |
| <input type="checkbox"/> Frío | <input type="checkbox"/> Entumecido | <input type="checkbox"/> Sensación de opresión | <input type="checkbox"/> Hormigueo |
| <input type="checkbox"/> Calambres | <input type="checkbox"/> Sensación Eléctrica | <input type="checkbox"/> Dolor Agudo | <input type="checkbox"/> Cansado/Agotador |
| <input type="checkbox"/> Dolor Sordo | <input type="checkbox"/> Dolor Punzante | | |

Factores que Afectan su Dolor

¿Tiene dolor de espalda/nalgas/piernas al permanecer de pie o al caminar por mucho tiempo, que se alivia al sentarse y/o acostarse? No Sí

En caso afirmativo a la pregunta anterior, ¿su dolor también se alivia al inclinarse hacia adelante (usando un carrito de compras, apoyándose en una mesa, etc.)? No Sí

Indique cualquier factor que afecte su dolor en la lista siguiente:

	Aumenta el Dolor	Disminuye el Dolor	No Cambia
Doblarse Hacia Atrás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doblarse Hacia Adelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios en el Clima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subiendo Escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos/Estornudos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantar Objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mirando Hacia Adelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mirando Hacia Abajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mirando Lado a Lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acostarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantándose de una Silla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estando de Pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Actividades

¿Cuántos días a la semana hace ejercicio? _____ Tipo de ejercicio: _____

¿Su dolor interfiere con alguno de los siguientes? Trabajo Clases Tareas de la Casa Vida Diaria

Actividades recreativas

Pruebas Diagnósticas y Imágenes: Marque todas las siguientes pruebas que ha hecho en

relación a su dolor actual: MRI de: _____ Fecha: _____ Cual compañía lo hizo: _____

X-Ray de: _____ Fecha: _____ Cual compañía lo hizo: _____

CT de: _____ Fecha: _____ Cual compañía lo hizo: _____

EMG/NCV: _____ Fecha: _____ Cual compañía lo hizo: _____

Otro: _____

Historia de Tratamientos para el Dolor: Marque los siguientes tratamientos que se haya hecho ANTES de la visita de hoy:

<u>Tratamiento</u>	<input type="checkbox"/> NO TRATAMIENTO PREVIO	Sin Alivio	Poco Alivio	Mas Alivio	Excelente Alivio
Quiropráctica - ¿Cuántas Semanas? _____ Rango de Fechas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ejercicio en Casa - ¿Cuántas Semanas? _____ Rango de Fechas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia Física, ¿Cuántas Semanas? _____ Rango de Fechas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Medicamentos</u>	<input type="checkbox"/> NO MEDICAMENTOS PREVIOS				
Antiinflamatorios: _____ ¿Cuántas Semanas? _____ Rango de Fechas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros Medicamentos: _____ ¿Cuántas Semanas? _____ Rango de Fechas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros Medicamentos: _____ ¿Cuántas Semanas? _____ Rango de Fechas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Inyecciones</u>	<input type="checkbox"/> NO INYECCIONES PREVIAS				

Inyecciones en las Articulaciones: Fecha _____ % de alivio (0-100%) _____ Duración _____

Epidural de Esteroides: Fecha _____ % de alivio (0-100%) _____ Duración _____

Bloqueos de Rama Medial / Inyecciones Facetarias: Fecha _____ % de alivio (0-100%) _____ Duración _____

Inyecciones en la Sacroilíaca: Fecha _____ % de alivio (0-100%) _____ Duración _____

Ablación por radiofrecuencia: Fecha _____ % de alivio (0-100%) _____ Duración _____

Bloqueos Nerviosos: Lugar _____ Fecha _____ % de alivio (0-100%) _____ Duración _____

Estimulador de Columna Vertebral: Ensayo Implante Permanente Fecha _____ % de alivio (0-100%) _____ Duración _____

Otro procedimiento: _____ Fecha _____ % de alivio (0-100%) _____ Duración _____

Medicamentos

¿Está tomando algún anticoagulante recetado? _____ ¿Cuál? _____

Nombre/teléfono del médico que le receta su anticoagulante: _____

Enumere TODOS los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos los medicamentos de venta libre, ibuprofeno, aspirina y aceite de pescado. Adjunte lista adicional si es necesario.

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

Historia Familiar: Marque todas las condiciones que correspondan únicamente a los miembros BIOLÓGICOS de su familia.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca/Derrame | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias |

- NO TENGO ANTECEDENTES DE SALUD FAMILIAR. SOY ADOPTADO. (No hay historia médico disponible)

Historia Social

- Fumar:** Todos los días Algunos días Ex fumador Nunca he fumado
- Tomar:** Alcoholismo Historia de Consumo social No tomo alcohol
 alcoholismo de alcohol
- Marijuana:** Uso actual Uso anterior Tengo tarjeta de marihuana medicinal Nunca he usado
- Drogas:** Uso actual, enumera cuales _____
 Uso anterior, enumera cuales _____
 Nunca he usado

Medicamentos Narcóticos y Recetados:

He abusado de narcóticos y/o medicamentos recetados. No Si

En caso afirmativo, indique cuáles _____

Revisión de Sistemas: marque todos los siguientes síntomas que tiene ACTUALMENTE:

<p><u>Constitucional:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <p><u>Cardiovascular/Respiratorio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor del pecho <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Hinchazón en los pies <p><u>Gastrointestinal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Excrementos oscuros <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Náuseas/Vómitos 	<p><u>Genitourinario/Nefrología:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Pérdida del control intestinal <input type="checkbox"/> Dolor al orinar <input type="checkbox"/> Presión pélvica <p><u>Orejas/Nariz/Garganta/Cuello:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dificultad para oír <input type="checkbox"/> Dolores de oído <input type="checkbox"/> Fiebre del heno/Alergias <input type="checkbox"/> Sangrados nasales <input type="checkbox"/> Dolores de garganta frecuentes <input type="checkbox"/> Zumbidos en los oídos <input type="checkbox"/> problemas sinusales <p><u>Ojos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cambios visuales recientes 	<p><u>Neurológico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Inestabilidad al caminar <input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo <input type="checkbox"/> Debilidad <p><u>Psiquiátrico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ansiedad/Estrés <input type="checkbox"/> Estado de ánimo deprimido <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas <input type="checkbox"/> Planificación suicida <p><u>Musculoesquelético:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Dolor de los huesos <input type="checkbox"/> Dolor del cuello
--	---	---

Cuestionario sobre la discapacidad del dolor Oswestry

Por favor Lea:

Este cuestionario ha sido diseñado para darle a su médico información sobre cómo su dolor ha afectado su capacidad para disfrutar su vida. Por favor, responda a cada sección, y marque en cada sección sólo **UNA** opción que mejor describa su condición hoy.

Entendemos que puede sentir que dos de las declaraciones en cualquier sección pueden relacionarse con usted, pero simplemente marque **UNA** opción que describe más de cerca su condición actual

<p>Sección 1 – Intensidad del Dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Puedo tolerar el dolor que tengo sin usar medicamentos para el dolor. <input type="checkbox"/> El dolor esta fuerte, pero manejo el dolor sin medicamentos. <input type="checkbox"/> Los medicamentos para el dolor me dan un alivio completo del dolor. <input type="checkbox"/> Los medicamentos para el dolor me dan un alivio moderado del dolor. <input type="checkbox"/> Los medicamentos para el dolor me dan un alivio mínimo del dolor. <input type="checkbox"/> Los medicamentos para el dolor no me dan alivio. 	<p>Sección 6 – De Pie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Puedo estar de pie todo el tiempo que quiera sin aumentar el dolor. <input type="checkbox"/> Puedo estar de pie todo el tiempo que quiera, pero aumenta mi dolor. <input type="checkbox"/> El dolor me impide estar de pie más de 1 hora. <input type="checkbox"/> El dolor me impide estar de pie más de 1/2 hora. <input type="checkbox"/> El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos. <input type="checkbox"/> El dolor me impide estar de pie en absoluto.
<p>Sección 2 – Cuido Personal (bañarse, vestirse, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Puedo cuidarme normalmente sin causar un aumento del dolor. <input type="checkbox"/> Puedo cuidarme normalmente, pero aumenta mi dolor. <input type="checkbox"/> Es doloroso cuidarme y me muevo lento y cuidadosamente. <input type="checkbox"/> Necesito ayuda, pero puedo manejar la mayor parte de mi cuidado personal. <input type="checkbox"/> Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos de mi cuidado. <input type="checkbox"/> No me visto, me lavo con dificultad y me quedo en la cama. 	<p>Sección 7 – Dormir</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El dolor no me impide dormir. <input type="checkbox"/> Puedo dormir bien solo usando medicamentos para el dolor. <input type="checkbox"/> Aunque tomo medicamentos para el dolor, duermo menos de 6 horas. <input type="checkbox"/> Aunque tomo medicamentos para el dolor, duermo menos de 4 horas. <input type="checkbox"/> Aunque tomo medicamentos para el dolor, duermo menos de 2 horas. <input type="checkbox"/> El dolor me impide dormir en absoluto.
<p>Sección 3 – Levantando</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Puedo levantar cosas pesadas sin aumentar el dolor. <input type="checkbox"/> Puedo levantar cosas pesadas, pero causa aumento del dolor. <input type="checkbox"/> El dolor me impide levantar cosas pesadas del suelo, pero puedo si las cosas están convenientemente colocadas, por ejemplo, en una mesa. <input type="checkbox"/> El dolor me impide levantar cosas pesadas, pero puedo levantar cosas ligeras o medianas si están convenientemente colocadas. <input type="checkbox"/> Solo puedo levantar pesas muy ligeras. <input type="checkbox"/> No puedo levantar nada en absoluto. 	<p>Sección 8 – Vida Social</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mi vida social es normal y no aumenta mi dolor. <input type="checkbox"/> Mi vida social es normal, pero aumenta mi nivel de dolor. <input type="checkbox"/> El dolor me impide participar en actividades más enérgicas (por ejemplo, deportes, bailando, etc.) <input type="checkbox"/> El dolor me impide salir frecuentemente. <input type="checkbox"/> El dolor ha restringido mi vida social a mi hogar. <input type="checkbox"/> Debido a mi dolor, no tengo vida social.
<p>Sección 4 – Caminando</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El dolor no me impide caminar ninguna distancia. <input type="checkbox"/> El dolor me impide caminar más de 1 milla. <input type="checkbox"/> El dolor me impide caminar más de 1/2 milla <input type="checkbox"/> El dolor me impide caminar más de 1/4 milla. <input type="checkbox"/> Solo puedo caminar con muletas o un bastón. <input type="checkbox"/> Estoy en la cama la mayor parte del tiempo y tengo que gatear hasta el baño. 	<p>Sección 9 – Viajando</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Puedo viajar a cualquier lugar sin aumentar mi dolor. <input type="checkbox"/> Puedo viajar a cualquier lugar, pero aumenta mi dolor. <input type="checkbox"/> Mi dolor restringe el viaje mas de 2 horas. <input type="checkbox"/> Mi dolor restringe el viaje mas de 1 hora. <input type="checkbox"/> El dolor restringe mi viaje a viajes cortos necesarios de menos de 1/2 hora. <input type="checkbox"/> El dolor impide todos mis viajes, excepto las visitas al médico o al hospital
<p>Sección 5 – Sentando</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Puedo sentarme en cualquier silla todo el tiempo que quiera. <input type="checkbox"/> Solo puedo sentarme en mi silla favorita todo el tiempo que quiera. <input type="checkbox"/> El dolor me impide sentarme más de 1 hora. <input type="checkbox"/> El dolor me impide sentarme más de 1/2 hora. <input type="checkbox"/> El dolor me impide sentarme más de 10 minutos. <input type="checkbox"/> El dolor me impide sentarme en absoluto. 	<p>Sección 10 – Empleo/Tareas domésticas</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mis actividades del trabajo o hogar no causan dolor. <input type="checkbox"/> Mis actividades del trabajo o hogar aumentan mi dolor, pero aún puedo realizar todo. <input type="checkbox"/> Puedo realizar la mayoría de mis tareas domésticas/laborales, pero el dolor me impide realizar actividades más estresantes físicamente. <input type="checkbox"/> El dolor me impide hacer cualquier cosa menos tareas ligeras. <input type="checkbox"/> El dolor me impide hacer incluso tareas ligeras. <input type="checkbox"/> El dolor me impide hacer todo.



Consentimiento y Autorización para Tratamiento, Evaluación y Divulgación de Información

AL PACIENTE: *Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y las recomendaciones médicas, fisioterapia, procedimiento de diagnóstico, atención quiropráctica y otras modalidades que puedan usarse en su tratamiento para que pueda tomar su decisión si someterse a algún tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos involucrados. Por el momento, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico, pero los proveedores médicos de Arizona Pain harán recomendaciones para su tratamiento después de evaluar su(s) condición(es).*

Este formulario de consentimiento da permiso a Arizona Pain a realizar las evaluaciones necesarias para identificar el tratamiento y procedimiento apropiados para cualquier condición identificada. Este consentimiento nos da su permiso para realizar exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios. Al firmar, usted indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted da su consentimiento para recibir tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina de Arizona Pain. Este consentimiento estará en efecto hasta que sea revocado por una carta escrito. Usted tiene derecho, en cualquier momento, a interrumpir los servicios. Tiene derecho a discutir el plan de tratamiento con su equipo de atención médica sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier tratamiento, procedimiento o prueba de diagnóstico que se le solicite. Si tiene alguna inquietud con respecto a alguna prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que haga preguntas.

Para pacientes que reciben atención quiropráctica: como ocurre con cualquier procedimiento de atención médica, existen ciertas complicaciones que pueden ocurrir durante la manipulación y la terapia quiropráctica. Estas complicaciones incluyen, entre otras: fracturas, lesiones de disco, dislocaciones, distensión muscular, mielopatía cervical, distensiones y separaciones costovertebrales y quemaduras. Algunos tipos de manipulación del cuello se han asociado con lesiones en las arterias del cuello que puede provocar o contribuir a complicaciones graves, incluso derrame. Algunos pacientes sentirán algo de rigidez y dolor después de los primeros días de tratamiento. Haremos todos los esfuerzos razonables durante el examen para detectar contraindicaciones; sin embargo, si usted tiene una condición que de otro modo no llamaría la atención, es su responsabilidad informarnos.

Las fracturas durante la atención quiropráctica son casos poco frecuentes y generalmente son el resultado de alguna debilidad del hueso que verificamos durante la toma de su historial médico y durante el examen y las radiografías. El derrame ha sido objeto de muchos desacuerdos. La incidencia de derrame es extremadamente rara y se estima que ocurre entre uno en un millón y uno en cinco millones de ajustes cervicales. Las otras complicaciones también son raras en frecuencia.

Las opciones de tratamiento alternativas para su condición pueden incluir:

- Analgésicos de venta libre y reposo.
- Atención médica y medicamentos recetados, como antiinflamatorios, relajantes musculares y analgésicos.
- Hospitalización
- Cirugía

Si decide utilizar una de las opciones de “tratamiento alternativo” mencionadas anteriormente, debe tener en cuenta que existen riesgos y beneficios de dichas opciones y es posible que desee discutirlos con su médico.

Para pacientes que reciben tratamientos o procedimientos médicos: Si se recomienda un tratamiento intervencionista, se le informará de los beneficios y riesgos antes de realizar dicho tratamiento y se le proporcionará un formulario de consentimiento que describa dichos beneficios y riesgos.

Para todos los pacientes - riesgos y peligros de no recibir tratamiento: Si decide no seguir con algún tratamiento, reconoce que cualquier síntoma y diagnóstico tiene el potencial de empeorar.

Acuerdo y consentimiento

Al firmar a continuación, yo, el paciente abajo firmante, reconozco y acepto lo anterior y reconozco y acepto lo siguiente:

1. Certifico que he completado estos formularios de historial médico de Arizona Pain y que estos formularios están completos y son precisos según mi leal saber y entender.
2. Solicito voluntariamente que los proveedores de atención médica de Arizona Pain me brinden atención para el manejo del dolor, tratamiento, atención quiropráctica y servicios relacionados, según se considere razonable y necesario. Doy mi consentimiento para exámenes, evaluaciones, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios que pueden incluir procedimientos de diagnóstico,

radiología y laboratorio. Entiendo que es posible que me pidan muestras de orina, pruebas de saliva y/o sangre. Tengo derecho a rechazar pruebas específicas, pero entiendo que eso puede afectar mi tratamiento para el manejo del dolor.

3. Autorizo los usos y divulgaciones de mi información de salud como 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 medicación y otra información relevante de atención médica, de forma verbal, escrita o electrónica, que se considere necesaria para mi tratamiento. Doy mi consentimiento para la divulgación de mi información de salud a planes de salud federales o estatales, compañías de seguros, agencias de cobranza, empleadores o otras organizaciones responsables del pago de los servicios, según corresponda. Entiendo que esto puede incluir información relacionada con mi diagnóstico, atención, pago de mi atención o información demográfica.
4. ACEPTO LOS CONSENTIMIENTOS Y LIBERACIONES DESCRITO EN ESTE FORMULARIO. HE LEÍDO ESTE CONSENTIMIENTO, O ME HA LEÍDO ESTE CONSENTIMIENTO Y HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS.
5. ENTIENDO QUE ESTO SERÁ PARTE DE MI HISTORIAL MÉDICO.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Al escribir su nombre a continuación, está firmando este consentimiento 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/guardián)

Fecha

Nombre del paciente (si es menor)

Política Financiera

Al firmar a continuación, usted reconoce que comprende y acepta cumplir con las siguientes políticas financieras. En esta política, "Arizona Pain" significa Arizona Pain Specialists, LLC y su centro de cirugía ambulatoria afiliado: Hayden Surgery Center, LLC; Centro de Cirugía Arrowhead North, LLC; Centro de Cirugía SanTan, LLC; o cualquier otro centro afiliado a Arizona Pain Specialists, LLC.

Políticas de Pago

1. Arizona Pain facturará por usted a su compañía de seguro médico y hará todos los esfuerzos razonables para asegurarse de que su plan de seguro cubra todos los montos que se supone que debe cubrir.
2. Todos los copagos y tarifas por servicios no cubiertos vencen al momento del servicio. Arizona Pain acepta efectivo, cheques, tarjetas de débito y crédito. Si realizó un depósito para la atención al comienzo de su atención en Arizona Pain, Arizona Pain acreditará su cuenta para cubrir sus copagos, deducibles y coseguro, hasta que se agoten dichos fondos depositados.
3. La meta de Arizona Pain es claridad financiera al brindar estimaciones sobre sus costos al comienzo de su atención. Usted reconoce y comprende que los montos pagados al comienzo de la atención son un depósito para su atención de Arizona Pain. Además, comprende que después de que el seguro procese sus reclamos, puede ser responsable de montos adicionales que no se cobraron al comienzo de su atención. Al firmar, usted reconoce que puede recibir una factura de Arizona Pain por los costos restantes que son su responsabilidad según su plan de seguro.
4. Arizona Pain puede diseñar cuentas de pago por las siguientes circunstancias: (1) el paciente no tiene cobertura de seguro médico, (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 vigente y válida registrada, o (4) el paciente no tiene una referencia de seguro válida registrada. Los pacientes que pagan por su cuenta pueden unirse a un programa de descuentos aceptado por Arizona Pain para recibir tarifas descontados.
5. Arizona Pain solicita que se avise al consultorio con al menos 24 horas de anticipación si no podrá asistir a su cita programada. Al firmar, usted reconoce que si no asiste a una cita sin aviso de 24 horas de anticipación, se le cobrará una tarifa por cada incidente de acuerdo con el programa de tarifas de ese momento. 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.

Prueba de Seguro

1. Usted es responsable de traer su(s) tarjeta(s) de seguro y una identificación con fotografía válida a cada cita. Usted es responsable de notificar a Arizona Pain de manera oportuna sobre los cambios en su cobertura de seguro médico. Si Arizona Pain no puede procesar cualquiera de sus reclamos dentro de los límites de su compañía de seguros de salud debido a que no proporcionó información de manera oportuna, o no responde con prontitud a las consultas de la compañía de seguros, usted será responsable de todos los cargos.
2. Si su compañía de seguros le paga directamente, usted está obligado a enviar el pago a Arizona Pain inmediatamente después de recibirlo. Arizona Pain se reserva el derecho de tomar todas las medidas razonables, incluidas acciones legales, para obtener su pago en tales casos.

Referencias y Autorización

1. Arizona Pain tiene acuerdos con muchas, pero no todas, las compañías de seguros. Es su responsabilidad comunicarse con su compañía de seguros para verificar que se le hayan asignado proveedores que participen 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 Arizona Pain tiene contrato, necesita una autorización de su médico de atención primaria para recibir atención en nuestra práctica. Sin la referencia requerida por el seguro, la compañía de seguros negará el pago de los servicios. Si no podemos obtener la autorización antes de su cita, se le reprogramará o se le pedirá que pague la visita por adelantado.
3. Arizona Pain puede brindar 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.

Política Financiera



Facturación

1. Si le enviamos un estado de cuenta, el saldo deberá pagarse en su totalidad dentro de los 30 días siguientes a la fecha en el estado de cuenta.
2. Si tiene un saldo pendiente de más de 120 días y no ha hecho arreglos de pago (o se ha atrasado en un plan de pago existente), podemos transferir su saldo a una agencia de cobros y/o a un abogado para cobrarle. Esto puede resultar en informes adversos a las agencias de crédito y posiblemente acciones legales. Arizona Pain se reserva el derecho de negar el tratamiento a pacientes con saldos pendientes de más de 120 días. Usted acepta que, para cobrar cualquier monto que pueda adeudar, podemos comunicarnos con usted a cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluidos los números de celular, lo que podría generarle cargos. También podemos comunicarnos con usted por mensaje de texto o correo electrónico, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que usted proporcione.
3. No queremos que los pacientes experimenten dificultades financieras debido a los costos de su atención médica. Nuestra práctica trata a pacientes independientemente de su situación financiera. Ofrecemos asistencia financiera en forma de un descuento de escala móvil basado en ingresos familiares verificables. Si desea solicitar asistencia financiera, comuníquese con nosotros.
4. Si realiza un pago excesivo en su cuenta, emitiremos un reembolso solo si no hay otros saldos pendientes en su cuenta o en cualquier otra cuenta con la misma financiera responsable.

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 para divulgación de sus registros médicos.
2. Arizona Pain responderá (a discreción del proveedor) a las solicitudes para completar ciertos formularios médicos (FMLA, Permiso de estacionamiento por discapacidad a corto plazo y discapacidad temporal) asumiendo que el paciente está presente y ha estado activo en la práctica durante seis (6) meses consecutivos. Todas las solicitudes requieren una visita al consultorio.
3. Al poner mis iniciales en esta sección, reconozco que he recibido y revisado, o que se me ha dado la oportunidad de recibir y revisar, una copia del Aviso de práctica de privacidad, la Lista de tarifas públicas, la Declaración de derechos del paciente y la Declaración de directivas anticipadas de la práctica.

Acuerdo y Asignación de Beneficios

Al firmar a continuación, yo, el paciente firmando, reconozco y acepto lo anterior y reconozco y acepto lo siguiente:

He leído y entiendo la Política financiera de Arizona Pain y acepto cumplir con sus términos. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios que recibo de Arizona Pain y puedo ser financieramente responsable por la que mi seguro médico niega pagar.

Asigno y transfiero irrevocablemente a Arizona Pain (incluidas todas las entidades legales nombradas en la parte anterior de esta Política financiera) a su representante autorizado, todos los beneficios del seguro, si los hubiera, pagaderos a mí por los servicios prestados por Arizona Pain, independientemente de la participación de su administración en la red asistencial. Le autorizo a Arizona Pain el derecho a (1) obtener información sobre mis reclamos de seguro en la misma medida en que tengo ese derecho, (2) presentar evidencia, (3) hacer declaraciones sobre hechos o leyes, (4) realizar cualquier solicitud incluyendo proporcionar o recibir notificación de procedimientos de apelación,

(5) participar en cualquier acción administrativa y judicial y presentar reclamos o acciones contra cualquier parte responsable, compañía de seguros, plan de beneficios para empleados, plan de beneficios de atención médica o administrador del plan. Arizona Pain puede entablar una demanda contra cualquier plan de beneficios de atención médica, plan de beneficios para empleados, administrador del plan o compañía de seguros en mi nombre con capacidad derivada y por cuenta propia de Arizona Pain. Esta asignación es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales conforme a la ley estatal o federal pertinente. Una copia de esta cesión se considerará tan válida como el original.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Al firmar su nombre, 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/guardián)

Fecha

Autorización Para Registrar Tarjeta de Crédito/Tarjeta HSA



Yo, _____, autorizo a Arizona Pain Specialists, LLC, a cargar mi tarjeta de crédito/tarjeta HSA cualquier saldo pendiente después de que se hayan aplicado los reembolsos del seguro aplicables por los servicios médicos recibidos en Arizona Pain Specialists, LLC o cualquiera de sus centros quirúrgicos afiliados (Hayden Surgical Center, LLC; SanTan Surgery Center, L.L.C. y Arrowhead North Surgery Center, LLC). También entiendo que esta tarjeta registrada se ejecutará para cubrir cargos por no presentarse, cargos por cancelación o saldos vencidos, según corresponda, de acuerdo con las políticas de Arizona Pain Specialists, LLC y sus centros quirúrgicos afiliados. Entiendo que todos los copagos se deben el mismo día del servicio y que se cargará a mi tarjeta en consecuencia.

Tipo de Tarjeta: ___ Mastercard ___ Visa ___ Discover ___ American Express

Nombre completo en la tarjeta: _____

Número de Tarjeta: _____

Código CV (3 dígitos en la parte posterior): _____ Fecha de Vencimiento: ____/____

Código Postal: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Ten en cuenta: si el saldo, después de aplicar los beneficios del seguro, excede los \$500, recibirá una llamada de cortesía antes de que se cargue su tarjeta.






AVISO A LOS PACIENTES

Según la ley de Arizona, un médico debe notificar a un paciente si tiene un interés financiero directo en una agencia de diagnóstico o tratamiento a la que el médico refiere al paciente y/o en los productos o servicios no rutinarios que receta el médico - y si están disponibles en otros lugares de forma competitiva. A.R.S. §32-1401(27)(ff). Arizona Pain apoya esta ley porque ayuda a los pacientes a tomar decisiones financieras con respecto a su atención médica.

De conformidad con los requisitos de esta ley, se le informa que los médicos de Arizona Pain tiene un interés financiero directo en la agencia de diagnóstico o tratamiento o en los productos o servicios no rutinarios que se menciona a continuación. Además, como se indica a continuación, los productos o servicios que Arizona Pain ha recetado están disponibles en otros lugares de forma competitiva.

AGENCIA DE DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO O PRODUCTOS Y SERVICIOS NO RUTINARIOS:

-  **Arrowhead North Surgical Center, LLC**
-  **Hayden Surgical Center, LLC**
-  **SanTan Surgery Center, LLC**

¿ESTOS SERVICIOS ESTÁN DISPONIBLES EN OTROS LUGARES DE FORMA COMPETITIVA?

 **Si** **No** **Si es así, ¿cuáles?:**

Procedimientos intervencionistas para el dolor en Honor Health y otras compañías acreditadas

La ley prevé el reconocimiento de que usted ha leído y comprendido estas divulgaciones fechando y firmando este formulario en los espacios a continuación. Mantendremos el original firmado en sus documentos, y usted tiene derecho a una copia si lo desea.

RECONOCIMIENTO: He leído este formulario de “Aviso a los pacientes” y entiendo las divulgaciones que contiene.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Al firmar su nombre a continuación, está firmando este reconocimiento 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/guardián)

Fecha

Aviso de Práctica de Privacidad

Fecha efectiva Noviembre 2022



Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede usted obtener acceso a esta información. POR FAVOR, REVISALO CON MUCHA ATENCIÓN.

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 adecuada. 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 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 información médica sobre usted, 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 nuestras obligaciones y prácticas legales relacionadas con su información médica; y
- seguir los términos de este aviso que está en efecto.

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

- Para tratamiento. Podemos utilizar 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 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 comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud. Podemos compartir y divulgar información de salud para comunicarnos con usted 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 atención o en el pago de su atención. 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.
- OHCA: Participamos en un acuerdo de atención médica organizada (OHCA) que consta de hospitales del área metropolitana de Phoenix, así como médicos que tienen privilegios de personal médico en uno o más de los hospitales participantes. Los participantes en este acuerdo trabajan juntos para mejorar la calidad y eficiencia de atención médica a sus pacientes. Como participante de este acuerdo, podemos compartir su PHI con otros miembros de este acuerdo para fines de tratamiento, pago o las operaciones de atención médica de este acuerdo de atención médica organizado.
- Investigación. Bajo ciertas circunstancias, podemos compartir y divulgar información de salud para investigaciones. Antes de usar o divulgar información de salud para investigaciones, 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 incluirse en su proyecto de investigación o para otros fines similares, siempre y cuando no eliminen ni tomen una copia de ninguna información de salud.
- Según lo exige la ley. Podemos compartir y divulgar información de salud sobre usted cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales.
- Para anunciar una amenaza grave a la salud o la seguridad. Podemos compartir y divulgar información de salud sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de 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 se divulgarán sin su autorización.
- Donación de Órganos y Tejidos. Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
- Compensación para Trabajadores, Aplicación de la Ley y Otras Agencias Gubernamentales. Podemos compartir información de salud sobre usted para compensación laboral, con fines de aplicación de la ley y agencias de supervisión de atención médica para actividades autorizadas por la ley, o funciones gubernamentales especiales como militares, seguridad nacional y protección presidencial.
- Riesgos para la Salud Pública. Podemos compartir información de salud sobre usted para determinadas situaciones.
 - para prevenir o controlar enfermedades;
 - informar de nacimientos y defunciones;
 - para denunciar abuso o negligencia infantil;
 - para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
 - para notificar a las personas sobre retiradas de productos que puedan estar utilizando;
 - notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo.

- Juicios y Controversias Legales. Podemos compartir información de salud 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 requieren, incluso con Salud y Servicios Humanos si desea comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.
- Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos compartir información de salud con un forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona fallece.

Usos y divulgaciones que requieren que le brindemos la oportunidad de oponerse y optar por no participar.

En estos casos, puedes decirnos lo que podemos compartir:

1. Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
2. Compartir información sobre usted en caso de desastre.
3. Incluya su información en un directorio de hospitales
4. Contactarlo para esfuerzos de recaudación de fondos. Es posible que nos comuniquemos con usted, pero usted puede decirnos que no lo contactemos nuevamente.

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

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

1. Fines de marketing
2. Venta de tu información
3. Intercambio de 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 Información de salud protegida bajo la autorización. Pero cualquier divulgación que hayamos hecho basándose en su autorización antes de que usted la revocara no estará afectada por la revocación.

Sus Derechos

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

- Derecho a inspeccionar y obtener una copia de sus registros médicos. Puede solicitar, ver, y obtener una copia electrónica de su registro médico o cualquier otra información de salud que tengamos sobre usted. Si su Información de salud protegida se mantiene en formato electrónico, tiene derecho a solicitar que se le entregue o se transmita una copia electrónica de sus registros a otro individuo o entidad. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días después de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.
- Derecho a corregir sus registros médicos. Puede solicitarnos que corrijamos la información de salud sobre usted que se considera incorrecta o incompleta. También podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días. Para solicitar una enmienda, debe realizar su solicitud, por escrito, a nuestro Oficial de Privacidad.
- Derecho a una cuenta de divulgaciones. Puede solicitarnos una lista de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha que solicita, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones. Le proporcionaremos una contabilidad por año de forma gratuita. Se le cobrará una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra contabilidad dentro del periodo de 12 meses. Para solicitar un informe de divulgaciones, debe realizar su solicitud, por escrito, a nuestro Oficial de Privacidad.
- Derecho a limitar la información que compartimos. Tiene derecho a solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago, o 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 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 realizar su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad. Diremos sí a todas las solicitudes razonables.
- Derecho a una copia de este aviso. Tiene derecho a recibir una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso. Para obtener una copia, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad. Puede obtener una copia de este aviso en nuestros sitios web en www.arizonapain.com o www.paidoctor.com.
- Cambios a este Aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer un nuevo aviso que se aplique a la información de salud 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 ante 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 hacerse por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Nuestras instalaciones tienen licencia como centro de tratamiento para pacientes ambulatorios y AZDHS nos inspecciona periódicamente. 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 de salud protegida. Este formulario se utiliza cuando se requiere autorización y cumple con los estándares de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

I. Mi Autorización

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

- Toda mi información de salud.
- Mi información de salud para la siguiente condición(es): _____
- No autorizo la divulgación de mi información de salud.

Arizona Pain puede divulgar esta información de salud a los siguientes; incluya proveedores médicos, familiares y amigos:

Nombre, relación y/o organización _____

II. Mis Derechos

- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan realizado. 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 mi tratamiento no puede estar condicionado a mi firma de esta autorización (a menos que el tratamiento se busque únicamente para crear información de salud para un tercero o para participar en un estudio de investigación) y que puedo tener el derecho de negar a firmar esta autorización.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Al escribir su nombre a la 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:

- Paciente es un menor: _____ 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 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.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Al firmar a la 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: _____

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 un tratamiento que apoye y respete la individualidad, las elecciones, las fortalezas y las habilidades del paciente;
- Recibir privacidad en el tratamiento y atención de necesidades personales;
- Revisar, con previa solicitud por escrito, el propio expediente médico del paciente - de acuerdo con A.R.S. §§ 12-2293, 12-2294 y 12-2294.01;
- Recibir una derivación a otra institución de atención médica si esta instalación no está autorizada o no puede brindar servicios de salud física o servicios de salud conductual que necesita el paciente;
- Participar, o hacer que el representante del paciente participa, 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, o 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, salvo lo permitido en R910-1012(B), restricción o reclusión;
- No estar sujeto a represalias por presentar una queja al departamento o 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;
- Estar informado sobre alternativas a los medicamentos o procedimientos quirúrgicos y los riesgos asociados y posibles complicaciones de los medicamentos o procedimientos quirúrgicos, excepto en caso de emergencia;
- Estar informado sobre la política de la clínica sobre directivas de atención médica y el proceso de quejas de los pacientes;
- Consentimiento para fotografías antes de que se fotografíe a un paciente, excepto que se pueda fotografiar a un paciente con fines administrativos y de identificación;
- Proporcionar consentimiento por escrito para la divulgación de información en los registros médicos o financieros del paciente, excepto que la ley permita lo contrario.

Los pacientes tienen la responsabilidad de:

- Sea honesto acerca de los asuntos relacionados con usted como paciente.
- Proporcionar 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.
- Informar cualquier cambio inesperado en su condición a los responsables de su cuidado y bienestar.
- Seguir el plan de atención, servicio o tratamiento desarrollado.
- Haga cualquier pregunta cuando no comprenda o tenga dudas sobre su plan de atención.
- Comprender las consecuencias de las alternativas de tratamiento y de no seguir su plan de atención.
- Conozca al personal que lo atiende.
- Sea considerado y respetuoso de los derechos de los demás pacientes y del personal.
- Honrar la confidencialidad y privacidad de otros pacientes.
- Sea considerado con la propiedad de Arizona Pain Specialists.
- Asegurar que las obligaciones financieras de su atención médica se cumplan lo antes posible.

Cómo presentar una queja

Los pacientes o representantes de pacientes que tengan alguna inquietud sobre los derechos del paciente, seguridad, o quejas, comuníquese con el manager de la clínica o llame al 602-354-5310 y solicite hablar con el manager. La correspondencia escrita se enviará al manager de la clínica 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 a:

Arizona Department of Health Services Attn: Licensing Medical Facilities
 150 N. 18th Ave., Suite 450 Phoenix, Arizona 85007
 (602) 364-3030
www.medicare.gov/ombudsman/resources.asp

Según A.R.S. § 36-436.01(C) – La lista de tarifas de la práctica está disponible para su revisión con previa solicitud. 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 realizar llamando al 602-563-6400 y pidiendo hablar con el Gerente del Programa de Cumplimiento Clínico.

Formulario de consentimiento de mensajería automatizada de Arizona Pain



Estimado paciente,

La Comisión Federal de Comunicaciones ahora requiere consentimiento para recibir correos electrónicos/mensajes de texto automatizados.

****Complete este formulario para asegurarse de continuar recibiendo correos electrónicos y mensajes de texto sobre sus citas****

Arizona Pain Relief utiliza un servicio de notificación automatizado para enviarle correos electrónicos y mensajes de texto para brindarle información importante sobre sus próximas citas y comunicaciones de marketing. Utilizaremos el servicio de notificación para notificarle sobre próximas citas, reprogramaciones, cancelaciones, comunicar nuevos productos/servicios y nuestro alcance de marketing.

Nombre del Paciente: _____

Número de teléfono para mensajes de texto: (_____) _____ - _____

Correo electrónico principal: _____

Al firmar este formulario, usted autoriza a Arizona Pain Relief a utilizar un sistema automatizado para enviar periódicamente correos electrónicos informativos o mensajes de texto automatizados a los números de teléfono y la dirección de correo electrónico proporcionados anteriormente. Es posible que se apliquen tarifas estándar de mensajes y datos. Si cambia su número de teléfono o ya no desea recibir correos electrónicos o mensajes de texto automáticos, acepta informar a Arizona Pain Relief de inmediato. Usted acepta que este consentimiento seguirá siendo válido y continuará recibiendo llamadas telefónicas automáticas hasta que revoque su consentimiento.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Formulario de consentimiento de telemedicina Arizona Pain

La telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas y por video para permitir que su proveedor médico evalúe y administre su atención. Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de la identificación del paciente y el registro médico. Al firmar, reconozco lo siguiente:

1. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina, y que ninguna información obtenida en el uso de la telemedicina que me identifique será divulgada sin mi consentimiento.
2. Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina durante mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro.
3. Entiendo que tengo derecho a solicitar toda la información obtenida y registrada en el curso de una interacción de telemedicina.
4. Entiendo que es posible que tenga a mi disposición una variedad de métodos alternativos de atención médica y que puedo elegir uno o más de ellos en cualquier momento. Mi proveedor me ha explicado las alternativas a mi entera satisfacción.
5. He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre la telemedicina y la he discutido con mi proveedor. Todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de la telemedicina en el curso de mi atención médica.

Autorizo a Arizona Pain Relief a utilizar la telemedicina en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

Firma del Paciente/Custodio

Fecha

Nombre del Paciente

Nombre del Custodio

DECLARACION 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 caso de que no pueda hablar por sí mismo.

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

Si tiene un testamento vital o un poder médico, le recomendamos que nos proporcione una copia para colocarla en su expediente. Esto sólo se utilizará en el improbable caso de que no pueda tomar sus propias decisiones.