

Patient Information			
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Genero
Direccion		Ciudad, Estado, Codigo Postal	Direccion de Correo electronico
Fecha de Nacimiento / /	SSN - -	Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Viudo	
Telf de Casa	Telf Celular	Telf Trabajo	Podemos nosotros habilitar el Portal del Paciente (Requerido) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ocupacion <input type="checkbox"/> Jubilado	Empleador	Esta relacionado Auto ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Con su trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Medico Cuidado Primario	Referido Por:	Remitido a:	
Raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Islas Pacificas Indio Americano o Nativo de Alaska Declinar Responder			
Idioma Preferido		Origen <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano Etnico <input type="checkbox"/> Declinar Responder	
Contacto de Emergencias		Telf de Contacto	Relacion al Paciente
Seguro Primario _____ Suscriptor _____ Fecha de Nacimiento de Suscriptor: _____	# de Poliza: _____ Direccion de reclamacion: _____	# de Grupo _____ Relacion del Partido Financiero <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardian	
Seguro Secundario _____ Suscriptor _____ Fecha de Nacimiento de Suscriptor: _____	# de Poliza _____ Direccion de reclamacion: _____	# de Grupo _____ Relacion del Partido Financiero <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardian	
Consentimiento Para Dejar Mensajes			
Entiendo que como parte de mi tratamiento de atencion medica, Comprehensive Pain Care of South Florida (CPCSFL) y/o sus instalaciones para pacientes ambulatorios pueden necesitar contactarme por telefono.			
<input type="checkbox"/> Autorizo a CPCSFL o sus instalaciones para pacientes abulatorios a dejar un mensaje en mi: <input type="checkbox"/> Telf de Casa <input type="checkbox"/> Telf Celular <input type="checkbox"/> Telf Trabajo Con respecto a la comunicacion de mi atencion medica/tratamiento, tales como instrucciones para los procedimientos, las necesidades clinicas, de facturacion y/o citas medicas.			
<input type="checkbox"/> No autorizo a CPCSFL o sus instalaciones para pacientes ambulatoriosa dejar un mensaje en mi casa, celular o telefono de trabajo con respect a ala comunicacion de mi atencion medica/tratamiento, tales como instrucciones para procedimiento, necesidades clinicas, de facturacion y/o citas medicas. Entiendo que la			

seleccion de esta opcion puede resultar en una comunicacion retrasada de la informacion de tratamiento pertinente, tales como preguntas pre operativas, confirmaciones de citas, comunicaciones de facturacion o llamadas de respuesta a sus preguntas clinicas. Entiendo que sere responsable de hacer citas para obtener esta informacion.

Incluya debajo de cualquier persona o miembro de la familia a quien autorice el acceso a sus historial medico, y/o nos autorice a dejar un mensaje detallado con respect a todos los aspectos de sus historial medico, estado de salud, medicamentos e historial financiera.

Nombre: _____ Relacion al Paciente: _____

Nombre: _____ Relacion al Paciente: _____

Podemos dejar mensajes detallados en su tel de casa o contestador? Si No

Firma Paciente o Tutor Legal _____

Póliza de Medicamentos

1. Medicamento sólo se llenará en su seguimiento de medicación el la cita mensual.
2. No se atenderán cuestiones de medicamentos el viernes debido a la disponibilidad de médico
3. Cambios de medicamentos requieren una cita.
4. Durante su cita por favor asegúrese de que usted reciba todas las recetas que usted necesita para el mes.
5. Si usted tiene una reacción adversa a la medicación llame inmediatamente a la oficina o ir a su sala de emergencia más cercana.
6. Por favor, proteja sus medicamentos contra el robo. Por favor cierren sus armarios de medicación, cierren el coche o equipaje. **No se sustituirá el medicamento perdido, robado o extraviado.**

Medicamentos previa autorización

Como el manejo del dolor medicina, Comprehensive Pain Care de South Florida proveedores hacen todo lo posible para asegurar que usted reciba los medicamentos más seguros, más eficaces y a precios razonables y sentimos son los más adecuados para su atención médica. También debemos acatar las normas establecidas por sus compañías de seguros y agencias gubernamentales. Cada vez más, muchas compañías de seguros de salud o planes requieren autorización o aprobación para un número cada vez mayor de drogas. Como este es un servicio adicional y mano de obra intensiva, nuestro personal de enfermería completa, Comprehensive Pain Care de South Florida le cobrará un cargo administrativo de \$25 por autorización. Este costo es un gasto de desembolso a usted y no está cubierto por el seguro. La tasa debe pagarse antes de la iniciación de una autorización previa. Usted puede estar seguro que su proveedor tendrá cada paso necesario para ofrecerle tratamientos rentables y alternativas. Completamente, evaluaremos sus necesidades médicas y si es necesario.

Reconozco que he sido informado de la poliza indicada arriba.

Paciente o Legal Guardian Signature _____

Póliza de Faltar a Citas Medicas

Por cortesía a otros pacientes que están en necesidad de citas en la oficina, o procedimientos para ayudar con su terapia del dolor, necesitamos 24 horas de notificación anticipada para cualquier cancelación.

Si usted no puede mantener su visita de oficina/cita de no-procedimiento y no proporciona aviso de 24 horas de antelación, se le cobrará un cargo de \$25.00

Si usted no le da a nuestra oficina 24 horas de antelación de cancelación de una cita de procedimiento, ambulatorio o en la oficina, se le cobrará un cargo de cancelación de \$75.00.

Esta cuenta no se cobrará a sus compañía de seguros y se debe pagar antes de cualquier cita adicional o seguimiento de medicamentos. Nuestra intención es proporcionar tratamiento efectivo y oportuno a nuestros pacientes. Su ayuda y cooperación en este asunto es muy apreciada.

Reconozco que he sido informado de la poliza anterior.

Firma de Paciente o Tutor Legal _____

Asignación de Beneficios de Seguro

Por mi firma abajo, estoy autorizando a Comprehensive Pain Care of South Florida para liberar la información médica protegida de la salud contenida en mi expediente médico a mi compañía de seguros o tercer pagador para procesar reclamos que son sometidos en mi nombre por Comprehensive Pain Care of South Florida en respuesta a la petición escrita de la compañía de seguros o de tercer pagador. Solamente la información solicitada requerida para procesar mi reclamación o determinar la coordinación de los beneficios será enviada a mi compañía de seguros. Por este medio asigno irrevocablemente a Comprehensive Pain Care of South Florida todos los pagos realizados por mi compañía de seguros o tercer pagador por los servicios médicos que me han prestado. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea o no cubierto por mi compañía de seguros y hare el pago puntual de cualquier saldo restante al recibir una declaración de facturación de Comprehensive Pain Care of South Florida.

Si su cuenta se refiere a una agencia de cobranza externa, usted será responsable de todos honorarios de abogados, costos de cobranza o cualquier honorarios relacionados con la recaudación de su deuda.

Firma del Paciente o Tutor Legal: _____

Acuerdo de Responsabilidad de Pago

Entiendo que al obtener servicios de Comprehensive Pain Care of South Florida (CPC), seré responsable del pago en el momento del servicio por cualquier co-pago, co-seguro, deducible o saldos debidos anteriormente. Si he proporcionado la información adecuada del seguro, entiendo que la cuenta será sometida con mi compañía de seguros como cortesía y mis saldos asignados a mí por mi compañía de seguros serán pagables a petición. Si mi compañía de seguros niega todo o parte de mis servicios debido a la terminación de la cobertura, los beneficios agotados o información que no he podido proporcionar a mi compañía de seguros para el procesamiento de mi reclamo, me hare completamente responsable del pago de dichos servicios.

Entiendo si dispute los cargos facturados a mí por Comprehensive Pain Care of South Florida (CPC) debo hacerlo por llamada telefónica a la oficina de negocios, o por escrito dentro de los 30 días del recibo de la primera declaración de facturación recibida con el fin de la consideración y la investigación de la disputa. Entiendo que soy responsable de ser proactivo en el proceso de resolución y debo comunicarme con mi compañía de seguros y la oficina del médico con el fin de ayudar con la resolución de los cargos facturados y estoy de acuerdo en hacer el pago sin demora.

Entiendo que Comprehensive Pain Care of South Florida solo puede determinar los beneficios basados en la información recibida de mi compañía de seguros el día de mi visita, sin embargo, mi seguro no garantiza el pago

basado en la verificación de la cobertura hasta que la reclamación es recibida y procesada por su oficina. No sostendré a Comprehensive Pain Care of South Florida o/a sus representantes responsables por la mala información proporcionada por mi seguro en el momento de mi servicio. Si decido disputar los resultados de las reclamaciones de procesamiento por mi compañía de seguros, voy a resolver mi cuenta con Comprehensive Pain Care of South Florida y luego me pondré en contacto con mi compañía de seguros para la corrección o resolución de la reclamación en disputa.

Firma del Paciente o Tutos Legal _____

Poliza de Referidos/ Autorizaciones

Entiendo que los contratos de Comprehensive Pain Care of South Florida con los planes de servicios (HMOs, PPOs) de salud, pueden requerir un referido/ autorización de mi médico de atención primaria/seguro para mis visitas en la oficina. Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de tener el referido/autorización adecuado y necesario para antes de mi visita. Entiendo que el la poliza de Comprehesnive Pain Care of South Florida permitir un period de 15 minutos para obtener mi referido si me presento a mi cita sin uno. Nuestra intención es proporcionar tratamiento efectivo y oportuno para los pacientes. Su ayuda y cooperación en este asunto es muy apreciada.

Reconozco que he sido informado de la poliza mencionada anteriormente.

Firma del Paciente o Tutor Legal: _____

Servicios No Cubiertos, No Autorizados, Negados o No medicamento necesarios.

Entiendo que Comprehensive Pain Care of South Florida tiene contratos con planes de servicios de salud (HMO, PPO) que específicamente dictaminan que servicios están cubiertos por el plan de salud. Por lo tanto, los servicios paciente, o tutor legal acepta la plena responsabilidad financiera de todos los servicios, los cuales son determinados por el plan de serguro y servicios de salud. Ejemplo de servicios no cubiertos incluyen, pero no se limitan a servicios no especificados como cubiertos en el contrato del paciente o considerados experimentales/ investigativos con un plan de servicios de salud o en el resumen de beneficios que el plan proporciona al paciente. El paciente o tutor legal acepta cooperar con Comprehensive Pain Care of South Florida para obtener las autorizaciones necesarias. Entiendo que aunque mi compañía de seguro requiera autorización o referido esto no es garantía de pago, beneficios son determinados al momento que el reclamo sea procesado por su plan y reglas clínicas. Entiendo que no todos los servicios proporcionados son considerados cubiertos y el pago será debido en el momento del servicio. **Si tengo preguntas o quisiera discutir los honorarios de mi servicio, contactare al departamento de facturación de Comprehensive Pain Care of South Florida antes de programar y/o recibir mis servicios..**

Firma del Paciente o Tutor Legal: _____

Poliza de Documentos

Entendemos que a veces, diversas formas pueden ser necesarias para ayudarle con sus necesidades de salud. Sin embargo, porque esto requiere tiempo dedicado, usted necesitará hacer una cita de seguimiento de formulario para llenar las formas. Esto incluye formas como FMLA, discapacidad a corto plazo y formas de estacionamiento de discapacitados. En general, no se completan formularios de discapacidad a largo plazo. Como una regla de la oficina, el personal no puede aceptar las formas que son dejadas, se le pedirá que haga una cita. Formas enviadas por fax o por correo requieren una cita. Sus secciones de información personal deben ser completado totalmente antes de nuestra oficina complete el formulario. Su médico puede derivarlo a otro médico o pruebas adicionales antes de completar un formulario. Comprehensive Pain Care de South Florida se reserva el derecho a negarse a completar formularios a discreción de su médico. Por favor, asegúrese de que usted tiene el formulario antes de salir de la oficina.

Firma paciente o Legal: _____

Ética de conducta

Como un paciente de Comprehensive Pain Care de South Florida, usted tiene el derecho a ser tratado con cortesía y respeto. Como tal, le pedimos que usted o su representante de tratar a nuestro personal, pacientes y médicos con respeto y cortesía. En orden para la práctica de mantener buenas relaciones con nuestros pacientes nos gustaría que lean y tomen nota de los tipos de comportamiento que se encontrarían inaceptable:

- Usando malas palabras o groserías hacia el personal u otros pacientes
- Cualquier agresión física sea hacia un miembro del personal o otros pacientes, como empujar o empujones
- Insultos hacia el personal en cualquier forma incluyendo insultar verbalmente al personal.
- Abuso racial o el acoso sexual no será tolerado dentro de esta práctica.
- Demandas persistentes o irreales que causan estrés en el personal. Solicitud se cumplirá siempre que sea posible y las explicaciones se les dará cuando no sea posible.
- Causando daños/robo de la práctica o el personal o pacientes.

Firma paciente o Legal: _____

Portal de Pacientes

Comprehensive Pain Care of South Florida ofrece acceso a su portal web personal donde puede obtener sus historia y contactar a la oficina. El portal puede ser usado para pedir y ver citas, enviar mensajes a la oficina, revisar la información demográfica, y ver su historial de salud personal. El portal no es para asuntos urgentes. Por favor llamar a la oficina directamente al 561-795-8655 para asuntos urgentes. Por favor proporcione su correo electrónico para esta función.

Correo Electronico (E-MAIL): _____

He leído, entiendo completamente y acepto los términos de Comprehensive Pain Care of South Florida.

Nombre del Paciente o Tutor Legal

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

Fecha

Reconocimiento del Recibo de Notificacion de Practicas de Privacidad.

Yo, _____, he recibido una copia de la notificacion de practicas de privacidad de esta oficina.

Nombre _____

Firma _____

Fecha _____

Uso de Oficina Solamente

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

_____ Individual refuses to sign

_____ Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement

_____ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement

_____ Other _____

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y REPARTICION DE INFORMACION DE SALUD.

SECTION A: Paciente dando su consentimiento.

Nombre: _____

Direccion: _____

Telefono: _____ **Numero Seguro Social:** _____

SECTION B: Para el Paciente-Por Favor leer cuidadosamente

Proposito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted consiente en que utilicemos y divulguemos su informacion medica protegida para llevar a cabo actividades de tratamiento, pago y atencion medica.

Aviso de practicas de privacidad. Usted tiene el derecho de leer nuestro aviso de practicas de privacidad antes de decidir si firmar este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripcion de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atencion medica.

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras practicas de privacidad como se describe en nuestro aviso de practicas. Si cambiamos, emitiremos una notificacion revisada que contendra los cambios.

Usten puede obtener una copia de nuestro aviso de practicas de Privacidad, incluyendo cualquier revision de nuestro aviso, en cualquier momento contactando:

Persona de Contacto: Privacy Officer

Direccion: 2585 South State Road 7, Suite 110, Wellington, Florida 33414

Telefono: Phone 561-795-8655 Fax: 561-795-8449

Derecho a Revocar Tiene el derecho a revocar esta autorizacion dandonos aviso escrito. Por favor entienda que esto puede afectar su tratamiento.

Firma

Yo _____, he tenido la oportunidad de leer y considerer este consentimiento y Notificacion de Privacidad. Entiendo que, al firmar este consentimiento doy consentimiento para usar y reveler mi informacion de salud protegida para mi tratamiento, pagos y operaciones de salud.

Firma: _____ Fecha: _____

Acuerdo de Administracion de Medicamentos.

Este acuerdo entre _____, (“Paciente”) y Comprehensive Pain Care of South Florida es con el proposito de establecer entre proveedor y el paciente en condiciones claras un acuerdo para la prescripcion y el uso de medicamentos para controlar el dolor. Este acuerdo es un factor esencial para mantener la confianza necesaria entre paciente y proveedor medico.

El paciente esta de acuerdo con las siguientes condiciones:

Yo entiendo que el propósito de este programa es reducir mi dolor y mejorar mi calidad de vida.

Me doy cuenta que los medicamentos tienen efectos secundarios potenciales y voy a tener los estudios de laboratorio recomendados necesarios para mantener el regimen lo mas seguro posible.

Soy responsable por mis medicamentos y los tomare como esta dictado. Entiendo que incrementar mi dosis sin supervision del medico puede conducir a sobredosis de droga, causando sedacion severa y depression respiratoria y/o muerte.

Entiendo que disminuir o detener mi medicacion sin la estrecha supervision de mi medico puede llevar a sintomas que incluyen abostezos, sudores, ojos llorosos, ansiedad, temblores, musculos doloridos, destellos calientes y frios, calambres abdominales y diarrea. Estos sintomas pueden ocurrir despues de la ultima dosis (24-48 horas despues) y pueden durar hasta 3 semanas.

Cuidare mi medicacion de la perdida o del robo y convengo que las consecuencias de mi falta de hacerloes que este sin medicacion por un periodo de tiempo. Estoy de acuerdo con usar _____ Farmacia, situado en _____, telefono _____, para todos mis medicamentos para el dolor. Si cambio, notificare al medico y dare la nueva informacion.

Entiendo los efectos secundarios que estan relacionados con la medicacion con opioides. Estos efectos secundarios ocurren al principio y suelen desaparecer en pocos dias. Es mi responsabilidad informar al medico de sintomas que perduren o sean severos (sedacion, confusion) Soy responsable de avisar al medico si estoy embarazada o visito a otro medico/sala de emergencias. Entiendo que es mi responsabilidad mantenerme a mi y a otros a salvo cuando manejo. No hare ninguna actividad que no pueda realizar con seguridad.

No usare sustancias controladas ilegales, incluyendo marijuana, cocaine, etc.

No compartire, vendere, intercambiare mi medicacion, por dinero, bienes o servicios.

No intentare conseguir la medicacion del dolor de cualquier otro medico sin decirles que estoy tomando la medicacion que este medico receta. Entiendo que estoy en contra de la ley si lo hago. Si mi medico de atencion primaria esta dispuesto a prescribir mis medicamentos, el medico tendra que aprobar el acuerdo por asegurarse de que no hay duplicacion . Voy a parar todos los medicamentos para el dolor usados anteriormente, a menos que se les indique que los sigan.

Entiendo que debo contactar con mi medico antes de tomar Valium o Ativan, sedantes como Soma, Xanax, Fiorinal, antihistaminicos como Benadryl y alcohol pueden producir sedacion profunda, depression respiratoria, caida de la presion arterial e incluso la muerte cuando se toman con opioides.

Durante el tiempo que mi dosis este siendo ajustada, se espera que regrese a la oficina de dolor por lo menos una vez al mes o siempre que me lo indique mi medico del dolor.

Entiendo que las recetas de opioides no seran enviadas por correo. Recogere mi receta de recarga en la oficina cada mes durante las visitas programadas. Si no puedo obtener mis recetas mensuales, sere responsable de encontrar un medico local que pueda tomar el control de la escritura de mis recetas.

Las recargas de medicamentos no se escribiran si los termino muy pronto, pierdo mis medicamentos, se debe proporcionar un informe de la policia local.

Si al medico le parece que no hay mejoría en mi funcion diaria o calidad de vida, mis opioides pueden ser interrumpidos.

Como regal, las prescripciones seran dadas por adelantado para acomodar las vacaciones extendidas. De lo contrario las recetas se escribiran una vez al mes. Un period de gracias de 3 dias puede ser dado si la receta termina en un fin de semana o un dia festivo. No se haran excepciones en cuanto a la distancia recorrida para llenar prescripciones.

Acepto someterme a examen de orina, examen de saliva, y/o examen de sangre en cualquier momento segun lo determine mi medico para detectar el uso de medicamentos prescritos o no prescritos.

Autorizo a el medico a prescribir electronicamente mis recetas. Entiendo que cualquier violacion de estas condiciones puede resultar en terminacion de mis medicamentos. Entonces me quitaran gradualmente este medicamento y otras terapias seran usadas o puedo ser dado de alta de la practica.

Entiendo que si se roba mi medicación, o perdido, este informe a mi departamento local de policía y obtener una declaración de policía con un número de caso. Es mi responsabilidad para asegurarse de que guardar mis medicamentos o prescripciones. Entiendo que no se escribirá recetas de medicamentos "corro las termine temprano", "perder una receta", o "derrame o perder mis medicamentos". Requerirá obtener una declaración de policía. Las recetas se escribirá a la discreción del médico. Si no tengo una declaración de policía, entiendo que mi medicación no serán reemplazado.

Yo _____ he leído la información anterior o se me ha leído y todas mis preguntas del tratamiento de dolor con opiodes han sido respondidas a mi satisfacción. Por lo presente doy mi consentimiento para participar en la terapia con medicamentos opiodes (para el tratamiento del dolor).

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Por estatuto de Florida 893.13 es un delito de tercer grado, castigable con hasta 5 yrs de prision y una multa de \$5,000.00 Si:

1. Usted no le dice a un medico que le receta medicamentos contra el dolor que recibio medicacion narcótico para el dolor de otro medico despues de su ultima visita.
2. Usted posee o intent poseer analgesicos narcoticos por tergiversacion, fraude, falsificacion, mentira o subterfugio.

Al firmar este document, juro bajo pena de perjurio que no me han recetado analgesicos narcoticos de otro medico desde mi ultima visita a Comprehensive Pain Care y que estoy cumpliendo con el estatuto de la Florida 893.13

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Testigo: _____