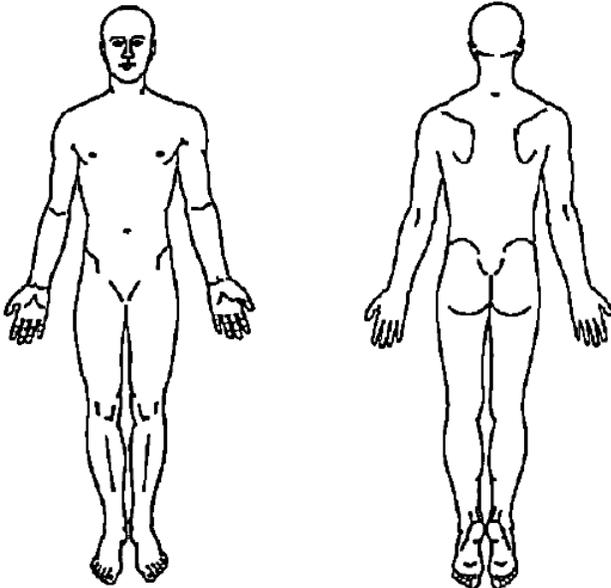


Nombre del/de la paciente:	Fecha de nacimiento:	Edad:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nombre del médico remitente:	Farmacia:		
Motivo de la consulta:	Calles transversales de la farmacia:		
¿Hace cuánto siente este dolor?	Nivel de dolor promedio (1 [sin dolor] a 10 [el peor dolor posible]):		-

Nivel de dolor promedio en la última semana: \_\_\_\_\_

Marque en el siguiente gráfico dónde siente el dolor.

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_



### Describe el dolor

<input type="checkbox"/> Fijo y continuo	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado
<input type="checkbox"/> Con ardor	<input type="checkbox"/> Palpitante	<input type="checkbox"/> Intenso
<input type="checkbox"/> Con hormigueo	<input type="checkbox"/> Constante	<input type="checkbox"/> Agudo/punzante
<input type="checkbox"/> Con adormecimiento	<input type="checkbox"/> Intermitente	

Qué empeora su dolor:

Qué alivia su dolor:

¿Siente DEBILIDAD en estas partes?  Brazos  D  I  Piernas  D  I

¿Siente ADORMECIMIENTO en estas partes?  Brazos  D  I  Piernas  D  I

### ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO

¿El dolor SE IRRADIA?  Sí  No Si la respuesta es "sí", ¿a dónde? \_\_\_\_\_

Para sus síntomas actuales, marque las casillas correspondientes a los estudios de diagnóstico por imágenes que le hicieron.

Radiografía  RM  TAC  Discografía  EMG/VCN (prueba de los nervios)  Mielografía con TAC

¿Dónde hizo este estudio de diagnóstico por imágenes?

Marque el tipo de tratamiento que recibió anteriormente y qué tan bien se sintió después de recibirlo. DE LO CONTRARIO, DEJE ESTA SECCIÓN EN BLANCO:

**Inyecciones:**  Mejor  Peor  Sin cambios

Tipo: \_\_\_\_\_

**Cirugía de la columna:**  Mejor  Peor  Sin cambios

¿Tipo de cirugía y año? \_\_\_\_\_

**Unidad de TENS:**  Mejor  Peor  Sin cambios

**Quiropraxia:**  Mejor  Peor  Sin cambios

**Masajes:**  Mejor  Peor  Sin cambios

**Fisioterapia:**  Mejor  Peor  Sin cambios

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**Ortesis:**  Mejor  Peor  Sin cambios

Tipo: \_\_\_\_\_

**Calor/hielo:**  Mejor  Peor  Sin cambios

**Acupuntura:**  Mejor  Peor  Sin cambios

**Psicoterapia:**  Mejor  Peor  Sin cambios

# PALOVERDE

## PAIN SPECIALISTS

### MEDICAMENTOS ANTERIORES

Indique qué medicamentos usó anteriormente para su dolor actual (DE LO CONTRARIO, NO MARQUE NADA):

ANTIINFLAMATORIOS	¿Ayudó?		OPIÁCEOS	¿Ayudó?		MEDICAMENTOS PARA LOS NERVIOS	¿Ayudó?	
	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Naproxeno (Aleve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tramadol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gabapentina (Neurontin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibuprofeno (Advil, Motrin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tylenol con codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lyrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diclofenaco (Voltaren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hidrocodona (Vicodin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amitriptilina (Elavil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tylenol (paracetamol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oxicodona (Percocet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nortriptilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parche Flector	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Morfina, MS Contin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cymbalta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Hidromorfona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Effexor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Nucynta (tapentadol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Savella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Parche de fentanilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parche Lidoderm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIORRELAJANTES	¿Ayudó?							
	Sí	No						
Carisoprodol (Soma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metadona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ciclobenzaprina (Flexeril)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Skelaxin (metaxolona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suboxone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Metocarbamol (Robaxin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Tizanidina (Zanaflex)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

### ANTECEDENTES MÉDICOS

Registre todos sus antecedentes médicos aquí e incluya cualquiera de las siguientes afecciones:

<input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo-compulsivo
<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo: _____	<input type="checkbox"/> Infarto de miocardio/ cardiopatía	<input type="checkbox"/> Maltrato en la infancia
<input type="checkbox"/> Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Cáncer tipo: _____	<input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal/hepática
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/> VIH o sida	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B, C)	<input type="checkbox"/> Enfermedad ulcerosa péptica

**Otros antecedentes médicos:**


### ALERGIAS A MEDICAMENTOS Y REACCIONES

	<input type="checkbox"/>

Alergia al yodo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergia al látex	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alergia a los mariscos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		



# PALOVERDE

## PAIN SPECIALISTS

### EVALUACIÓN DE LOS APARATOS O SISTEMAS:

¿ACTUALMENTE tiene alguno de los siguientes síntomas? Si es así, marque "Sí". De lo contrario, marque "No" (o deje la casilla en blanco).

<b>GENERAL:</b> Pérdida del apetito..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> Adelgazamiento reciente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre o escalofríos..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>ENDOCRINO:</b> Enfermedad tiroidea..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor/frío... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>OÍDOS/NARIZ/GARGANTA:</b> <b>Sí</b> <b>No</b> Problemas de los senos paranasales..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sinusitis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pérdida de audición..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>RESPIRATORIO:</b> <b>Sí</b> <b>No</b> Falta de aire..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos crónica..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apnea del sueño..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>CARDIOVASCULAR:</b> <b>Sí</b> <b>No</b> Dolor en el pecho..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Palpitaciones..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>PSIQUIÁTRICO:</b> <b>Sí</b> <b>No</b> Depresión..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Drogadicción/alcoholismo..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ideas de suicidio..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>RIÑONES/VEJIGA:</b> <b>Sí</b> <b>No</b> Dolor al orinar..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sangre en la orina..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas renales..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>OJOS:</b> <b>Sí</b> <b>No</b> Visión borrosa..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Visión doble..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>NEUROLÓGICO:</b> <b>Sí</b> <b>No</b> Dolores de cabeza..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mareos..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>GASTROINTESTINAL:</b> <b>Sí</b> <b>No</b> Náuseas/vómitos..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sangre en las heces..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acidez gástrica..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estreñimiento..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>HEMÁTICO:</b> <b>Sí</b> <b>No</b> Propensión a moretones.. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Propensión al sangrado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>PIEL:</b> <b>Sí</b> <b>No</b> Sarpullidos frecuentes..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Úlceras en la piel..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bultos..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Nombre del/de la paciente/representante (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

# PALOVERDE

## PAIN SPECIALISTS

Cuestionario sobre la salud del/de la paciente (PHQ-2)

Nombre del/de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de la consulta: \_\_\_\_\_

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias a causa de los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer al hacer actividades	0	1	2	3
2. Desánimo, depresión o desesperanza	0	1	2	3

Si respondió “SÍ” a alguna de las preguntas anteriores, responda las siguientes:

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias a causa de los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Dificultad para conciliar el sueño, dormir ininterrumpidamente o dormir demasiado.	0	1	2	3
2. Sensación de cansancio o poca energía.	0	1	2	3
3. Poco apetito o comer en exceso.	0	1	2	3
4. Sentirse mal consigo mismo/a o que es un fracaso, o se ha decepcionado a usted o ha decepcionado a su familia.	0	1	2	3
5. Dificultad para concentrarse, por ejemplo al leer el periódico o mirar televisión.	0	1	2	3
6. Moverse o hablar tan lento que otras personas podrían haberlo notado. O, lo contrario, estar tan inquieto/a o agitado/a que se mueve mucho más de lo normal.	0	1	2	3
7. Pensar que sería mejor si estuviera muerto/a o en lastimarse de alguna manera.	0	1	2	3

Total de cada columna \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

Sume los totales \_\_\_\_\_

8. Si marcó alguno de estos problemas, ¿en qué medida le han complicado hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás?

En absoluto

Un poco

Mucho

Muchísimo

# SOAPP® versión 1.0-14Q

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Las siguientes son algunas preguntas que se les hacen a todos los pacientes que acuden al centro de abordaje del dolor y reciben tratamiento con opiáceos o para quienes se evalúa un tratamiento con opiáceos para el dolor. Responda cada pregunta con la mayor sinceridad posible. Esta información es para nuestros expedientes y se mantendrá de manera confidencial. Las respuestas no serán lo único que determine su tratamiento. Gracias.*

Responda las siguientes preguntas con la siguiente escala:

**0 = Nunca, 1 = Casi nunca, 2 = A veces, 3 = Con frecuencia, 4 = Con mucha frecuencia**

1. ¿Con qué frecuencia tiene usted cambios de humor? 0 1 2 3 4
2. ¿Con qué frecuencia fuma usted un cigarrillo en un lapso de una hora después de haberse despertado? 0 1 2 3 4
3. ¿Con qué frecuencia ha tenido usted familiares (incluidos sus padres y abuelos) con problemas de alcohol o drogas? 0 1 2 3 4
4. ¿Con qué frecuencia ha tenido usted amigos cercanos con problemas de alcohol o drogas? 0 1 2 3 4
5. ¿Con qué frecuencia le dicen que usted tiene un problema con el alcohol o las drogas? 0 1 2 3 4
6. ¿Con qué frecuencia asiste usted a reuniones de Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos? 0 1 2 3 4
7. ¿Con qué frecuencia toma usted medicamentos de otra forma a la indicada? 0 1 2 3 4
8. ¿Con qué frecuencia recibe usted tratamiento por problemas con el alcohol o las drogas? 0 1 2 3 4
9. ¿Con qué frecuencia pierde usted o le roban los medicamentos? 0 1 2 3 4
10. ¿Con qué frecuencia le dicen a usted que su consumo de medicamentos es preocupante? 0 1 2 3 4

©2008 Inflexion, Inc. Permiso otorgado exclusivamente para su uso en formato impreso por parte de profesionales particulares en consultorios clínicos. El titular de los derechos de autor no autoriza ni permite otros usos o modificaciones. Preguntas sobre permisos: [PainEDU@Inflexion.com](mailto:PainEDU@Inflexion.com). El cuestionario SOAPP® se desarrolló con una subvención de los National Institutes of Health y una beca educativa de Endo Pharmaceuticals.

**0 = Nunca, 1 = Casi nunca, 2 = A veces, 3 = Con frecuencia, 4 = Con mucha frecuencia**

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 11. ¿Con qué frecuencia siente usted la necesidad imperiosa de consumir un medicamento?                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. ¿Con qué frecuencia le piden a usted que entregue una muestra de orina para detectar el consumo de drogas?            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. ¿Con qué frecuencia consumió usted drogas ilegales (por ejemplo, marihuana, cocaína, etc.) en los últimos cinco años? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. A lo largo de su vida, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas legales o lo/la han detenido?                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

*Incluya toda la información complementaria que desee sobre las preguntas anteriores. Gracias.*

©2008 Inflexion, Inc. Permiso otorgado exclusivamente para su uso en formato impreso por parte de profesionales particulares en consultorios clínicos. El titular de los derechos de autor no autoriza ni permite otros usos o modificaciones. Preguntas sobre permisos: [PainEDU@Inflexion.com](mailto:PainEDU@Inflexion.com). El cuestionario SOAPP® se desarrolló con una subvención de los National Institutes of Health y una beca educativa de Endo Pharmaceuticals.



# PALOVERDE PAIN SPECIALISTS

FORMULARIO DE REGISTRO DEL/DE LA PACIENTE

Dirección: 13090 N 94th Drive Suite 212, Peoria AZ 85381

Teléfono: 833.5PV.PAIN (578.7246) Fax: 602.714.7176

**Datos del/de la paciente (confidenciales):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Móvil (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º del Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Empleador (si es menor, empleador del padre/de la madre)** \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre del/de la cónyuge (si es menor, nombre del padre/de la madre): \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relación con el/la paciente: \_\_\_\_\_

¿A quién debemos agradecerle por remitirlo/a? \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Persona responsable si no es la misma que la anterior**

¿Cuenta usted con la cobertura de un seguro médico?  Sí  No

Nombre del/de la titular de la cuenta: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el/la paciente: \_\_\_\_\_ N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Empresa aseguradora: \_\_\_\_\_ N.º de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Teléfono de la empresa aseguradora: \_\_\_\_\_

**¿Tiene un seguro complementario?**  Sí  No **Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente:**

Nombre de la persona asegurada: \_\_\_\_\_ Relación con el/la paciente: \_\_\_\_\_

N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Empresa aseguradora: \_\_\_\_\_ N.º de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

**Si cuenta con la cobertura de un seguro de accidentes laborales o de automóviles, indique los datos aquí:**

Nombre de la empresa aseguradora de accidentes laborales o de automóviles: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ N.º de reclamo: \_\_\_\_\_

Fecha del perjuicio: \_\_\_\_\_ Perito/gestor: \_\_\_\_\_

Teléfono del perito/gestor: \_\_\_\_\_

Dirección de la aseguradora: \_\_\_\_\_

Iniciales del/de la paciente: \_\_\_\_\_

# PALOVERDE

## PAIN SPECIALISTS

### Norma de privacidad de la HIPAA para el acuerdo de autorización del/de la paciente

#### Autorización para la divulgación de información médica protegida para tratamientos, pagos u operaciones de asistencia sanitaria (§164.508(a))

Entiendo que, en el marco de mi atención médica, IPCW DBA Palo Verde Pain Specialists/Palo Verde Pain Specialists genera y archiva expedientes médicos con mis antecedentes de salud, síntomas, resultados de exploraciones y pruebas, diagnósticos, tratamientos y planes de atención o tratamiento para el futuro. Tengo entendido que esta información es:

- la base para la planificación de mi atención y tratamiento;
- un medio de comunicación entre los profesionales médicos que pueden contribuir a mi atención;
- una fuente de información para reflejar mi diagnóstico e información quirúrgica en mi factura;
- un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados se prestaron;
- una herramienta para las operaciones de asistencia sanitaria habituales, tales como evaluar la calidad y revisar la competencia de los profesionales médicos.

Me han entregado un ejemplar del **aviso de prácticas de privacidad**, en el cual se explican de manera más exhaustiva los usos y las divulgaciones de la información.

Entiendo que, en el marco de mi atención y tratamiento, puede ser necesario entregar mi información médica protegida a otra entidad amparada por la ley. Tengo derecho a repasar el aviso del Dr. Adam Kramer antes de firmar esta autorización. Autorizo la entrega de mi información médica protegida tal como se explica aquí para los fines y a las partes que yo haya designado.

### Norma de privacidad del acuerdo de consentimiento del/de la paciente

#### Consentimiento para el uso y la divulgación de información médica protegida para tratamientos, pagos u operaciones de asistencia sanitaria (§164.506(a))

Entiendo lo siguiente:

- Tengo derecho a consultar el aviso de prácticas relacionadas con la información de Palo Verde Pain Specialists antes de firmar este consentimiento.
- Palo Verde Pain Specialists se reserva el derecho de modificar el aviso y las prácticas y, antes de la implementación, enviará un ejemplar de cualquier aviso a la dirección que yo haya indicado, si se solicita.
- Tengo derecho a objetar el uso de mi información médica para publicarla en directorios.
- Tengo derecho a solicitar restricciones del modo en que se usa o divulga mi información médica protegida para realizar tratamientos, pagos u operaciones de asistencia sanitaria, y el Dr. Adam Kramer no está obligado por la ley a cumplir con las restricciones solicitadas.
- Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, salvo que el Dr. Adam Kramer ya haya tomado medidas en función de lo autorizado previamente.

Firma del/de la paciente o del testigo representante legal: \_\_\_\_\_

Nombre del/de la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# PALOVERDE

## PAIN SPECIALISTS

### Acuerdo de divulgación de datos financieros

La ley estatal A.R.S. 32-1401 (ff) exige que el médico le notifique al/a la paciente si tiene interés directo en otra institución de diagnóstico o tratamiento a la que lo/la remita y si tales servicios se encuentran disponibles en otras entidades a un precio más económico. Apoyamos esta ley porque ayuda a los pacientes a tomar decisiones económicas fundamentadas sobre su atención médica.

De conformidad con los requisitos de esta ley, informamos que el Dr. Adam Kramer tiene interés directo en las siguientes instituciones de diagnóstico/tratamiento:

- Premier Pain Consultants ASC, LLC
- ZJRA, PLLC Dba Mountainside Anesthesia
- Banner Peoria Surgery Center, LLC
- Pain, LLC
- Sonoran Pain Consultants, PLLC
- IPCW, PLLC
- Sonoran Anesthesiology, PLLC
- Sonoran Pain Specialists, PLLC

Del mismo modo, los bienes y servicios que le hemos indicado se encuentran disponibles a un precio más económico en otras instituciones, y usted tiene derecho a elegir.

La ley establece que usted debe ratificar que ha leído y comprendido esta notificación fechando y firmando el formulario en el espacio destinado a tal fin. Guardaremos el documento original firmado en su expediente y recibirá una copia.

#### Ratificación

He leído este aviso para los pacientes y comprendo lo que allí se expresa.

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del/de la paciente:** \_\_\_\_\_

He sido testigo de la firma del/de la paciente antes mencionado/a y le he entregado un ejemplar de este aviso.

**Testigo:** \_\_\_\_\_

# PALOVERDE

## PAIN SPECIALISTS

### Política financiera

**En Palo Verde Pain Specialists creemos que, para el buen ejercicio de la atención médica, debemos establecer y comunicar una política financiera a los pacientes. Nos comprometemos a brindarle la mejor atención posible, y queremos que nuestra política financiera le resulte completamente clara.**

**1. PAGO:** Debe efectuarlo en el momento de la consulta (incluye copagos, deducibles, coseguros, inasistencias a citas, pagos anticipados de procedimientos, saldos sin pagar después de que el seguro pagó su parte, pagos vencidos, etc.). Si no puede cancelar el monto total del pago, IPCW PLLC DBA Palo Verde Pain Specialists/Palo Verde Pain Specialists se reserva el derecho de reprogramar su cita para otro momento en que pueda pagar la totalidad del costo (cualquier pago vencido o adeudado en el momento de la prestación del servicio). Si paga algún servicio por anticipado y le adeudamos un reembolso tras la aplicación de la cobertura del seguro, antes de entregarle el reembolso deduciremos cualquier saldo que haya pendiente en su cuenta. Aceptamos dinero en efectivo, cheques o tarjetas de crédito. El pago incluirá cualquier deducible no cubierto, coseguro, copago o cargo no cubierto por su empresa aseguradora. Si no tiene seguro médico, o si se encuentra dentro del período de exclusión de la cobertura, le exigiremos el pago completo en el momento de la consulta. Le pediremos una copia de su documento de identificación o licencia y las tarjetas de su seguro.

**2. SEGUROS:** Formamos parte de los planes de varios seguros. Presentaremos todos los reclamos ante los seguros. Si lo solicita, le entregaremos una lista de los planes de seguros. Recuerde que el seguro es un contrato entre el/la paciente y la empresa aseguradora y, en última instancia, el/la paciente tiene la responsabilidad de cancelar la totalidad del pago. Si su empresa aseguradora no le paga al consultorio dentro de un plazo razonable, facturaremos los gastos a su nombre. Si más tarde recibimos el pago de parte de su empresa aseguradora, le reembolsaremos el excedente. Si nuestros profesionales no figuran en la red de su plan, quizás deba pagar una parte o la totalidad de los gastos. Si cuenta con el seguro de un plan con el cual no tenemos ningún acuerdo, redactaremos y enviaremos el reclamo sin aceptar ninguna asignación. Eso quiere decir que la empresa aseguradora puede enviarle el pago directamente a usted, por lo tanto, debe pagar los gastos en el momento de la prestación del servicio. Dada la variedad de seguros que existen, el personal no puede garantizar que usted vaya a reunir los requisitos y a tener cobertura. Antes de su cita, comuníquese con el departamento de prestaciones para afiliados de su aseguradora para confirmar cuáles son los servicios y médicos cubiertos. Muchos sitios web tienen información errónea y no constituyen una garantía de cobertura. Usted tiene la responsabilidad de solicitar una remisión con la fecha correcta y una autorización previa si su empresa aseguradora la requiere. Además, debe hacerse cargo del pago si se rechaza el reclamo por falta de estos documentos.

No todos los planes de los seguros cubren todos los servicios. Si su empresa aseguradora determina que un servicio no está cubierto por el plan, usted deberá pagar la totalidad del costo. El pago se debe efectuar en cuanto reciba un comunicado de nuestro consultorio. Todos los procedimientos facturados en este consultorio se consideran cubiertos, salvo que su póliza de seguro específica no los incluya.

Palo Verde Pain Specialists solo dispone de un plazo específico para presentar reclamos ante su empresa aseguradora. Si cambia de empresa aseguradora/la cobertura y facturamos los gastos a nombre de la empresa anterior, es posible que excedamos el plazo para tramitar el reclamo. En ese caso, usted tendrá

que hacerse cargo del pago, así que notifíquenos de inmediato si su cobertura cambia para que podamos presentar los reclamos ante quien corresponda.

**3. LABORATORIO DE SEGURIDAD:** En el caso de que me pidan una muestra de orina o sangre, solicito voluntariamente servicios de laboratorio y doy mi consentimiento para entregar la muestra de orina o sangre que corresponda. Tengo derecho a rechazar determinadas pruebas, pero sé que eso puede afectar mi tratamiento para aliviar el dolor. Puedo revocar este acuerdo en cualquier momento mediante una notificación por escrito. El acuerdo tendrá validez hasta que se revoque. Por medio del presente documento le confiero al laboratorio mi derecho a recibir el pago de las prestaciones del seguro para los servicios provistos. Tales prestaciones pueden surgir de cualquier póliza de seguro, plan de cobertura médica autoasegurada, Medicare o Medicaid a mi nombre o a mi favor. Además, autorizo el pago de las prestaciones directamente al laboratorio. Tengo entendido que la aceptación de la asignación del seguro no me exime de ninguna responsabilidad con respecto al pago de los servicios de laboratorio y que debo hacerme cargo de todos los gastos, ya sea que estén cubiertos por mi seguro o no. Por otro lado, reconozco que el laboratorio puede ser un prestador no perteneciente a la red de mi empresa aseguradora. El pago se debe cancelar en su totalidad a los 30 días de la notificación de cualquier saldo adeudado.

**4. COBRANZA:** Si usted tiene un saldo pendiente durante más de 120 días y no ha acordado un plan de pago (o no ha cumplido con un plan de pago establecido), podemos derivar su deuda a una agencia de cobranzas o a un abogado, lo cual puede redundar en su denuncia ante oficinas de crédito o en acciones legales. Palo Verde Pain Specialists se reserva el derecho de negar el tratamiento a pacientes que tengan deudas pendientes desde hace más de 120 días. Acepta pagarle a Palo Verde Pain Specialists todos los gastos que se generen por el cobro de su deuda, incluidos los honorarios de los abogados, y las comisiones de cobro y de contingencia de las agencias de cobranza, que pueden superar el 35 % del saldo impago. Las comisiones de contingencia se añadirán y asignarán a la agencia de cobranzas que seleccionemos inmediatamente después de que le derivemos su cuenta. Acepta que para ocuparnos de su cuenta o cobrar cualquier monto que adeude, podemos comunicarnos con usted llamando por teléfono al número asociado a su cuenta, que puede ser un número de teléfono móvil. Eso podría generarle gastos. También podemos ponernos en contacto con usted por medio de mensajes de texto o correos electrónicos, usando la dirección que nos indique. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes de voz pregrabados o el uso de un dispositivo de marcado automático.

**5. CHEQUES RECHAZADOS:** Se cobrará un cargo de servicio de \$40.00. Antes de que reciba servicios de parte del personal o del médico, le pedirán que cancele el monto del cheque más el cargo de servicio de \$40 con dinero en efectivo, fondos certificados o un giro postal. Las suspensiones de pagos o los reintegros de la tarjeta de crédito constituyen un incumplimiento del pago y están sujetas al cargo de servicio de \$40 y a las acciones de la agencia de cobranzas. Los cheques sin fondos que se emitan a nombre de este consultorio quedarán sujetos a la agencia de cobranzas y se procesarán judicialmente en el condado de Maricopa.

**6. PRINCIPIOS CONTABLES:** Los pagos y créditos se aplican primero a los cargos más antiguos, excepto en el caso de los pagos del seguro, que se aplican a las fechas de prestación de servicios correspondientes.

**7. CARGOS POR FORMULARIOS Y CONSULTAS:** Completar los formularios de los seguros, copiar las historias clínicas, etc. son actividades que le llevan mucho tiempo al personal del consultorio y reducen el tiempo que los médicos pueden dedicar a la atención de los pacientes. Exigimos un pago anticipado por el tiempo que el profesional debe dedicar a completar formularios, copiar historias clínicas, certificar documentos y redactar otras comunicaciones. El cargo dependerá de la complejidad del formulario, de la carta o de la comunicación. En ocasiones, podrían pedirle al personal que preste declaración jurada u otro testimonio sobre su atención o que tome otras medidas. Contamos con otro plan de cargos para

esas actividades. Los cargos correspondientes a tales actividades serán responsabilidad del/de la paciente, independientemente de cuál sea la parte que las solicite.

**8. CANCELACIONES O INASISTENCIAS A CITAS:** Si no cancela su cita al menos 24 horas antes o no asiste a ella, podemos cobrarle un cargo de \$25. Si no cancela su procedimiento con al menos 24 horas de antelación, podemos cobrarle un cargo de \$150.00. Si no asiste a varias citas consecutivas, podemos darle el alta del consultorio.

**9. RESPONSABILIDAD DEL PAGO:** Entiendo que debo hacerme responsable por mis propios medios de los cargos cobrados por Palo Verde Pain Specialists que no estén cubiertos por la asignación de prestaciones del seguro.

**10. ASIGNACIÓN DE PRESTACIONES DEL SEGURO:** Por medio del presente documento, asigno, transfiero y cedo directamente al Dr. Adam Kramer los fondos suficientes o las prestaciones que me correspondan para recibir servicios de atención profesional y médica básicos o mayores, a fin de cubrir el costo de la atención y los tratamientos que me brinden o les brinden a mis dependientes en el consultorio mencionado. Autorizo a Palo Verde Pain Specialists a ponerse en contacto con mi empresa aseguradora o la administración de mi plan médico para obtener toda la información financiera pertinente sobre la cobertura y los pagos contemplados por mi póliza. Le solicito a la empresa aseguradora o a la administración de mi plan médico que le entregue dicha información al Dr. Adam Kramer. Autorizo a Palo Verde Pain Specialists a divulgar toda la información médica que solicite la empresa de mi seguro médico, Medicare, otros médicos o profesionales y cualquier otro tercero pagador.

**11. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Por medio del presente documento autorizo a Palo Verde Pain Specialists a entregar a los organismos gubernamentales, las empresas aseguradoras u otros responsables financieros de la atención profesional y médica toda la información necesaria para justificar los reclamos y pagos correspondientes.

**He leído la política financiera del consultorio de Palo Verde Pain Specialists, la comprendo y acepto respetar sus términos. Entiendo de que debo hacerme cargo del costo de TODOS los servicios que reciba de parte de Palo Verde Pain Specialists. Por medio del presente documento, asigno todas mis prestaciones médicas y quirúrgicas a Palo Verde Pain Specialists/IPCW DBA Palo Verde Pain Specialists y autorizo a mi empresa aseguradora a acreditar el pago directamente a nombre de dicha institución. Esta política financiera es vinculante para usted, sus sucesores, albaceas o administradores, si corresponde.**

También tengo entendido y acepto que el consultorio, en ocasiones, puede modificar estos términos.

Firma del/de la paciente (o del/de la garante, si corresponde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del/de la paciente en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

## Antecedentes médicos y consentimiento para el tratamiento

Certifico que los datos anteriores son exactos, completos y verdaderos.

Autorizo a IPCW PLLC DBA Palo Verde Pain Specialists/Palo Verde Pain Specialists y a cualquier colaborador, asistente y otros profesionales médicos que considere necesarios para que traten mi afección. Sé que no se han dado garantías de que vaya a obtener un resultado específico o una cura. Acepto participar de forma activa en mi atención para potenciar su eficacia. Le doy mi consentimiento a Palo Verde Pain Specialists para que solicite y revise una lista de mis medicamentos anteriores. Entiendo que esto formará parte de mi historia clínica.

Doy fe de que he tenido la oportunidad de consultar el aviso de prácticas de privacidad de Palo Verde Pain Specialists, que se encuentra publicado para inspección pública en sus instalaciones y en su sitio web. En este aviso se explica cómo se puede usar y divulgar mi información médica protegida y cómo puedo consultar mis expedientes médicos.

Autorizo a Palo Verde Pain Specialists a divulgar mi información médica protegida (mi historia clínica) de acuerdo con este aviso de prácticas de privacidad. Esto incluye, entre otros, la entrega de dicha información al médico remitente, al médico de cabecera y a cualquier médico al que me remitan. También autorizo a Palo Verde Pain Specialists a divulgar cualquier información necesaria para solicitar la autorización de algún procedimiento o la tramitación de reclamos ante mi seguro.

Entiendo que Palo Verde Pain Specialists no entregará mi información médica protegida a ninguna otra parte (incluidos mis familiares) sin que yo complete un formulario de autorización para el uso y la divulgación de información médica protegida, el cual se encuentra disponible en sus instalaciones y en su sitio web. En el caso de que me pidan una muestra de orina o sangre o un hisopado bucal, solicitaré voluntariamente servicios de laboratorio y, por medio del presente documento, doy mi consentimiento para entregar las muestras de orina o sangre necesarias. Tengo derecho a rechazar determinadas pruebas, pero sé que eso puede afectar mi tratamiento para aliviar el dolor. Puedo revocar este acuerdo en cualquier momento mediante una notificación por escrito. El acuerdo tendrá validez hasta que se revoque. Por medio del presente documento le confiero al laboratorio mi derecho a recibir el pago de las prestaciones del seguro para los servicios provistos. Tales prestaciones pueden surgir de cualquier póliza de seguro, plan de cobertura médica autoasegurada, Medicare o Medicaid a mi nombre o a mi favor. Además, autorizo el pago de las prestaciones directamente al laboratorio. Tengo entendido que la aceptación de la asignación del seguro no me exime de ninguna responsabilidad con respecto al pago de los servicios de laboratorio y que debo hacerme cargo de todos los gastos, ya sea que estén cubiertos por mi seguro o no. Por otro lado, reconozco que el laboratorio puede ser un prestador no perteneciente a la red de mi empresa aseguradora. El pago se debe cancelar en su totalidad a los 30 días de la notificación de cualquier saldo adeudado. Tenga en cuenta que si no cumple con el pago en la fecha prevista, la cuenta se derivará a una agencia de cobranzas. En tal caso, la comisión de contingencia cobrada por la agencia de cobranzas se añadirá al monto original y a los intereses adeudados. Además, deberá hacerse cargo de los honorarios de los abogados. Tanto las comisiones de la agencia de cobranza como los honorarios de los abogados aumentarán el saldo adeudado.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Su nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Partes autorizadas

Al firmar abajo, autorizo a Palo Verde Pain Specialists, sus representantes y empleados (el “prestador”) a usar toda mi información médica protegida, del tipo que sea, y a entregarla a las siguientes partes (“destinatarios”):

Partes

Relación

---

---

### Autorización para divulgar información médica protegida, incluida la información sobre VIH y sida

Entiendo que ni el proveedor ni los destinatarios pueden supeditar el tratamiento, el pago, la inscripción ni el derecho a recibir prestaciones al hecho de que yo firme esta autorización. Asimismo, sé que los destinatarios pueden entregar los expedientes a otras partes y estos podrían dejar de contar con la protección de las normas de privacidad federales.

Reconozco y acepto que la información médica protegida cuya divulgación se autoriza mediante este formulario puede incluir expedientes sobre drogadicción o alcoholismo o enfermedades psiquiátricas, así como expedientes de pruebas, diagnósticos o tratamientos de VIH, enfermedades relacionadas con el VIH e información de otras enfermedades contagiosas.

Con respecto a la información relacionada con enfermedades contagiosas protegida por las normas de confidencialidad del estado y divulgada conforme a esta autorización, los destinatarios tienen prohibido entregar tal información a otras partes a menos que yo lo permita de forma expresa mediante otra autorización escrita, o que lo permita la ley pertinente.

Asimismo, con respecto a cualquier información sobre el tratamiento de la drogadicción o el alcoholismo divulgada conforme a esta autorización, tales datos están protegidos por las normas de confidencialidad federales (Título 42 del CFR, Parte 2). Las normas federales prohíben a los destinatarios de tal información que la entreguen a otras partes, excepto que yo lo permita de forma expresa mediante otra autorización escrita, o se permita según el Título 42 del CFR, Parte 2. Cualquier autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las normas federales impiden todo uso de la información para hacer investigaciones penales sobre pacientes alcohólicos o drogadictos o para procesarlos.

Firma del/de la paciente o de su tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Autorización para entregar información médica a PaloVerde Pain Specialists

Nombre del/de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por medio del presente documento autorizo a \_\_\_\_\_

Abogado/a: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

o a sus representantes a entregar mi información médica, tal como se explica en esta autorización, a:

Dr. Adam Kramer  
13090 N 94<sup>th</sup> Dr, Suite 212  
Peoria, AZ 85381  
Teléfono: 833-578-7246  
**FAX: 602-714-7176**

La información médica se entrega con el siguiente fin (marque la casilla que corresponda):

- Cambio de seguro o médico
- Continuidad de la atención

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito al departamento de gestión de información médica del Dr. Adam Kramer. Tengo entendido que la revocación no tendrá efecto si el profesional médico ya ha tomado medidas en función de lo autorizado previamente. Salvo que se revoque antes, esta autorización caducará en la siguiente fecha o ante el siguiente acontecimiento o condición. Si no se indica ninguna fecha, acontecimiento o condición, la autorización caducará un (1) año después de la fecha en que se haya firmado. Toda fotocopia de esta autorización caducará un (1) año después de la fecha en que se haya firmado. Cualquier fotocopia de esta autorización se considerará vigente y válida como el original.

Entiendo que la información médica cuya divulgación se autoriza mediante este formulario puede incluir información sobre drogadicción o alcoholismo o enfermedades psiquiátricas, así como expedientes de pruebas, diagnósticos o tratamientos de VIH, enfermedades relacionadas con el VIH e información de otras enfermedades contagiosas.

Tengo entendido que el consultorio del Dr. Adam Kramer no puede supeditar el tratamiento, el pago, la inscripción ni el derecho a recibir prestaciones al hecho de que yo firme esta autorización. Asimismo, comprendo que los destinatarios pueden entregar los expedientes a otras partes y estos podrían dejar de contar con la protección de las normas de privacidad federales.

**He leído esta autorización, reconozco que conozco bien su contenido y comprendo la totalidad de sus términos y condiciones.**

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la paciente, del tutor o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante autorizado en letra de imprenta y número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Relación