

\*\*\*REGISTRO DE PACIENTE\*\*\*

Por favor completar TODA la hoja y firme donde se indica. Si es necesario, por favor proporcione su tarjeta de seguro médico.



Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Tel. Casa #: \_\_\_\_\_ Celular. #: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Médico Primario : \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Motivo de su visita/Síntomas: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

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

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro secundario: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

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

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAR:** Doy mi consentimiento para recibir atención médica por parte de MINIVASIVE Pain Specialists (MPS). Entiendo que puedo establecer condiciones o limitaciones en mi tratamiento y cuidado y que si deseo proporcionar tales condiciones, se me dará la oportunidad de escribirlas en un documento separado. Se me ha informado y reconozco que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito a MPS. Doy mi consentimiento para recibir atención médica por parte de MPS de manera voluntaria, y por la presente, a sabiendas y voluntariamente, firmo este consentimiento. MPS es una clínica de manejo del dolor intervencionista únicamente. MPS recomienda a todos los pacientes a obtener un médico de atención primaria.

**ACUERDO DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Acepto pagar todos los servicios que me brinde un médico de MPS y / u otro proveedor de atención médica calificado empleado por MPS. Acepto que soy responsable de proporcionar información oportuna sobre la cobertura de mi seguro y los cambios en la cobertura a medida que ocurren. Soy responsable de mantener actualizadas todas las referencias de seguro requeridas. Acepto responder con prontitud a las solicitudes de información de mi compañía de seguros a medida que ocurran. Asigno los beneficios de MPS que se me deben a mí como resultado de los servicios médicos que recibiré de un médico de MPS u otro proveedor de atención médica calificado. Además, autorizo que los pagos se paguen directamente a MPS. También entiendo que soy responsable ante MPS por cualquier pago que se me haga directamente por los servicios que MPS me proporcionó. Si esta cuenta no se paga de acuerdo con las políticas de MPS, acepto y garantizo pagar los costos de cobro, incluidos los honorarios razonables de abogados, los honorarios de la agencia de cobros y los intereses a partir de la fecha de la demanda. También podemos organizar planes de pago.

**SI MEDICARE** u otro programa gubernamental similar determina que no soy elegible para la cobertura o que el tratamiento no está cubierto, seré responsable del pago, a menos que lo prohíba la ley.

**SI NO HAY SEGURO, SEGURO DE TERCEROS o ACCIDENTES DE VEHÍCULOS DE MOTOR,** usted será responsable de todos los cargos asociados con su atención. Podemos presentar reclamos de seguros a terceros o compañías de seguros en su nombre. Usted será responsable de todos los cargos, así como de facturar a los operadores correspondientes como desee.

**RECONOCIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD / HIPAA:** Se me ha ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad. El aviso describe cómo se puede usar o divulgar mi información médica. Entiendo que debo leerlo con atención. Soy consciente de que el aviso puede sufrir cambios en cualquier momento y tengo derecho a solicitar nuevas copias en cualquier ubicación de MPS durante el horario comercial habitual.

ACEPTO  RECHAZO

\_\_\_\_\_ Iniciales del paciente

Con mi firma a continuación, reconozco la recepción de este documento y acepto los términos de todas las secciones de este documento. Consentimiento para tratamiento, Asignación de beneficios y Responsabilidad financiera y recepción de Políticas de privacidad / HIPAA.

Una fotocopia de esta sección se considerará tan válida como el original. He leído y entendido completamente este acuerdo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/Guardían

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/ Guardían

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente, si es firmado por otra persona

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

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

# Políticas de HIPAA

Minivasive Pain Specialists  
3301 Spring Stuebner #110  
Spring, Texas 77389  
(Phone)346-800-6001  
(Fax)346-800-6002

De acuerdo con la Ley del Estado de Texas y la política de HIPAA, nuestra práctica no puede divulgar su información sin su consentimiento. Mencione a las personas a las que autoriza para recibir o retirar cualquier prescripción médica. Mencione a las personas a las que autoriza para recibir información sobre usted como paciente en nuestra práctica.

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN

### Teléfono de casa

- Okay para dejar mensaje con información detallada
- Dejar mensaje de voz con un número de teléfono para devolver la llamada

### Celular

- Okay para dejar mensaje con información detallada
- Dejar mensaje de voz con un número de teléfono para devolver la llamada

### Correo Electrónico

- Okay de enviar un correo con información detallada

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Guardían

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

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

### Cuestionario para pacientes de uso significativo

En un esfuerzo por mejorar la calidad de la atención que reciben los pacientes, Minivasive Pain Specialists ha implementado un registro de salud electrónico y está participando en la Iniciativa de uso significativo. Los datos que recopilamos a continuación ayudarán a MPS a atenderlo de manera eficiente y segura, reducir las disparidades de salud y mejorar la coordinación de la atención entre MPS, su médico de atención primaria y los hospitales locales. Tómese un momento para responder las siguientes preguntas sobre usted y su atención médica en general. Gracias por elegir MPS.

**Por favor seleccione su raza:**

- Indio Americano o Nativo de Alaska      Asiático      Nativo de Hawaiino o Otras Islas Pacíficas
- Afro-Americano      Blanco      Hispano      Otra Raza

Se abstiene a reportar su raza

**Por favor seleccion su etnia:**

- Hispano o Latino      No Hispano o Latino      Se abstiene a reportar

Cual es su idioma preferido? \_\_\_\_\_

Firma del paciente/Guardían \_\_\_\_\_

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

### Acuerdo terapéutico para prescripciones de medicamentos de sustancias controladas

Tanto Minivasive Pain Specialists (MPS) como yo (el "Paciente") tenemos un objetivo de tratamiento común: mejorar mi capacidad para funcionar y / o trabajar. Teniendo en cuenta ese objetivo, me tratarán con medicamentos potentes. Entiendo que algunos de los medicamentos serán narcóticos, tranquilizantes y / o barbitúricos. Entiendo que estos medicamentos se consideran medicamentos de sustancias controladas y su uso está estrictamente controlado y supervisado por las agencias locales, estatales y federales. Se me ha informado que estos medicamentos son altamente efectivos cuando se toman según las indicaciones bajo supervisión médica, pero también pueden ser mal utilizados y abusados. También entiendo que estos medicamentos tienen el potencial de producir varios efectos secundarios y se me explicarán los efectos antes del tratamiento.

Los médicos y el personal de MPS me han informado completamente sobre la dependencia psicológica (adicción) a sustancias controladas. Si esto me sucede, acepto notificar de inmediato a MPS sobre mi adicción y acepto seguir las instrucciones del médico de MPS y participar en cualquier programa de tratamiento prescrito que pueda incluir desintoxicación, asesoramiento psicológico y tratamiento médico. Entiendo que mi incumplimiento de la guía y recomendaciones del médico de MPS puede resultar en la culminación de mi relación con MPS.

Según lo anterior, y como condición para que MPS me recete medicamentos de sustancias controladas, acepto cumplir con lo siguiente:

1. Se puede obtener y completar una prueba de detección de drogas de referencia en la primera visita clínica o en las siguientes.
2. Estoy de acuerdo en que todos los medicamentos y recetas de sustancias controladas deben ser recetados únicamente por MPS.
3. Entiendo que obtener y tomar medicamentos de sustancias controladas de cualquier individuo o médico que no sea MPS se considerará una violación de este acuerdo. La única excepción son los medicamentos recetados mientras estoy ingresado en el hospital.
4. Estoy de acuerdo en que en caso de que obtenga y tome medicamentos de sustancias controladas de cualquier individuo o médico que no sea MPS, informaré de inmediato (a más tardar en mi próxima visita a la clínica) a MPS de los detalles.
5. Tomaré los medicamentos recetados por MPS según las indicaciones, ni más ni menos. Si uso mis medicamentos antes de lo prescrito, entiendo que no serán reemplazados.
6. Entiendo que si tengo algún medicamento sin usar, el medicamento debe llevarse a la oficina con el propósito de desecharlo bajo supervisión.
7. Entiendo que algunos pacientes pueden desarrollar tolerancia, que es la necesidad de aumentar la dosis del medicamento para lograr el mismo efecto en términos de alivio del dolor. También entiendo que, como resultado de otras modalidades de tratamiento o del curso natural del proceso de mi enfermedad, mi dolor puede disminuir. Por lo tanto, reconozco que las dosis de mis medicamentos deberán ajustarse (aumentar o reducirse) según lo considere apropiado mi médico de MPS. Estoy de acuerdo en que no ajustaré los medicamentos yo solo.
8. Entiendo que si dejo de tomar los medicamentos abruptamente, esto puede ser peligroso y provocar síntomas de abstinencia. Acepto que si es necesario suspender los medicamentos, lo haré gradualmente y solo bajo supervisión médica.
9. Reconozco que soy responsable de mis medicamentos de sustancias controladas. Estoy de acuerdo en que si mis medicamentos o recetas se pierden, extravían, son robados o desaparecen por cualquier motivo, no serán reemplazados. Además, estoy de acuerdo en que, en tal caso, debo comunicarme inmediatamente y notificar al personal de MPS sobre la pérdida de mis recetas o medicamentos. Entiendo que se requiere un informe policial para reemplazar medicamentos perdidos o robados.

10. Entiendo que soy responsable de llevar un registro de la cantidad de medicamentos que quedan y de programar una cita con anticipación para el reabastecimiento de mis recetas para no quedarme sin medicamentos.

11. Yo acepto a usar:

La farmacia: \_\_\_\_\_ ubicada en \_\_\_\_\_ número de teléfono

\_\_\_\_\_ para mis medicamentos . Yo entiendo que:

- a. La solicitud de reabastecimiento se abordará en las visitas mensuales al consultorio. No se realizarán recargas por la noche, días festivos o fines de semana. Entiendo que las solicitudes de reabastecimiento después del horario normal de oficina no se realizaran porque tales solicitudes podrían sugerir un uso inadecuado de opioides.
  - b. Los reabastecimientos pueden retrasarse debido de los resultados de las pruebas de detección de drogas..
12. Entiendo que MPS puede realizarme pruebas de detección de drogas al azar en cualquier momento, a la entera discreción de MPS, y que puedo ser financieramente responsable de los costos asociados con las pruebas de detección de drogas al azar. Si no se completa la prueba de detección de drogas al azar dentro de las 24 horas, se presumirá que es positivo y el médico puede optar por terminar la relación en ese momento.
13. Entiendo que MPS se reserva el derecho de obtener mi historial de recetas externas.
14. Acepto de que es mi responsabilidad proteger a los demás y a mí mismo de cualquier daño, incluyendo la seguridad al conducir. Si existe alguna duda sobre el deterioro de mi capacidad para realizar cualquier actividad de manera segura, acepto que no intentaré realizar la actividad hasta que se haya evaluado mi capacidad o no haya usado mi medicamento durante al menos cuatro días.
15. Estoy de acuerdo en que no usaré, en ningún momento, sustancias ilegales, incluyendo marijuana, cocaína, etc.
16. Estoy de acuerdo en ayudarme a mí mismo tratando de cambiar mi comportamiento hacia un estilo de vida más saludable, que incluye: dejar de fumar o consumo de alcohol con moderación según lo permita mi médico, dieta y control de peso y ejercicio. Entiendo que solo si sigo un estilo de vida más saludable puedo esperar obtener el resultado más exitoso de mi tratamiento.

Entiendo que si infrinjo alguna de las condiciones anteriores, mi relación con MPS (incluido mi derecho a recibir recetas de sustancias controladas) puede terminar.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

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

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

# Autorización para compartir registros médicos

Por favor lea cuidadosamente la forma antes de firmarla para autorizarnos de compartir sus registros médicos

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Telefono: \_\_\_\_\_

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

## LIBERE INFO A:

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_

## OBTENGA INFO DE:

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_

### Motivo para liberera información (Seleccione una)

- |                           |                    |                |
|---------------------------|--------------------|----------------|
| Continuar con tratamiento | Uso Personal       | Pagos/Facturas |
| Seguro Médico             | Propósitos Legales | Otros: _____   |

**¿Qué información se puede divulgar?** Complete lo siguiente indicando los elementos que desea divulgar. Si se va a divulgar la historia clínica completa, marque solo la primera línea

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los registros       | <input type="checkbox"/> Reporte de operaciones          |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Reporte de visitas              |
| <input type="checkbox"/> Resultados de Imágenes    | <input type="checkbox"/> Reporte de pruebas diagnósticas |

### Se requieren sus iniciales para NO revelar la siguiente información: \_

- |   |  |
|---|--|
| ___ Registros de salud mental (excluidas las notas de psicoterapia) | ___ Información/Resultados de Genética |
| ___ Reportes del abuso de sustancias, Drogas o alcohol              | ___ Tratamiento/Resultados de HIV/SIDA |

**DERECHO DE REVOCACIÓN:** Entiendo que puedo retirarme en cualquier momento mediante un aviso por escrito que indique mi intención de **TERMINAR** esta autorización a **Minivasive Pain Specialists 3301 Spring Stuebner # 110, Spring, Tx 77389**. Entiendo que las acciones previas tomadas en base a esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi expediente médico no se verán afectadas.

**AUTORIZACIÓN DE FIRMA:** He leído este formulario y estoy de acuerdo con los usos y divulgaciones de la información como se describe. Entiendo que, volver a firmar este formulario no detiene la divulgación del expediente médico que haya ocurrido antes de la revocación o que esté permitido por la ley sin mi autorización o permiso específico, incluidas las divulgaciones a las entidades cubiertas según lo dispuesto por el Código de Salud y Seguridad de Texas l 81.1 54 (c) y / o 45 CFR l 64.502 (a) (l). Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Autorización del representante legal

\_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
 Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
 Fecha



## FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE AVISO DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco que se me ha dado la oportunidad de leer y revisar nuestro Aviso de prácticas de privacidad, que se encuentra en nuestro sitio web y en el vestíbulo de nuestra oficina. Entiendo que una copia de este Aviso está disponible para mi uso personal, si así lo solicito.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Guardían

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

Documentación de esfuerzo de buena fé (para ser completado por nuestro personal si el paciente o el representante no obtiene una firma) Se ha hecho un esfuerzo de buena fé para obtener un formulario por escrito del Aviso de prácticas de privacidad puesto a disposición del paciente, provisto en el vestíbulo de nuestra oficina. No se ha obtenido un formulario porque:

\_\_\_\_\_ El paciente se negó a firmar el formulario a pesar de tener la oportunidad de leer y revisar.

\_\_\_\_\_ Otro: El paciente no pudo firmar el formulario porque: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha



## **DIVULGACIÓN MÉDICA DE INTERÉS FINANCIEROS**

### **MINIVASIVE PAIN SPECIALISTS**

La ley de Texas requiere que su médico le revele cualquier interés financiero que pueda tener en otra entidad de atención médica a la que pueda ser referido, para que pueda abordar cualquier inquietud que pueda tener directamente con su médico. Su médico remitente es un contratista y / o propietario de Minivasive Pain Specialists (el "Grupo"). Los médicos miembros del Grupo NO son propietarios de ninguno de los centros quirúrgicos ambulatorios, hospitales, laboratorios o instalaciones de diagnóstico por imágenes a los que se le ha referido para recibir servicios terapéuticos y / o de diagnóstico. Al firmar lo siguiente, usted reconoce haber recibido esta Divulgación de interés financiero del médico.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente (o representante legal): \_\_\_\_\_

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

### FORMA DE NUEVO PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

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

Fecha de la visita: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

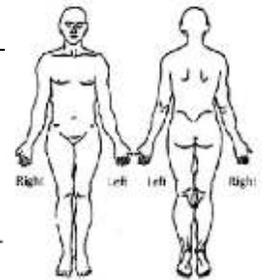
Por favor complete esta forma para facilitar su visita de hoy.

#### Acerca de su dolor:

Motivo de su visita: \_\_\_\_\_

Desde cuando está experimentando este problema: Días / Semanas / Meses / Años

Fecha de su accidente: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Seleccione: Accidente de carro / Accidente laboral / Caída



Por favor marque donde le duele

Describa el incidente que le causó el dolor: Conductor/Pasajero: \_\_\_\_\_

Describa su dolor: Punzante/Palpitante/Agudo/Quemante/Sordo/Calambre/Otro: \_\_\_\_\_

El dolor es constante?  Si |  No Si es no, cada cuanto y cuanto tiempo le dura el dolor? \_\_\_\_\_

El dolor se le irradia? Adormecimiento/Debilidad/Otro: \_\_\_\_\_

Califique su dolor: Poco Moderado Moderado severo Severo

Qué cosas hacen su dolor PEOR? \_\_\_\_\_ MEJOR? \_\_\_\_\_

Qué medicamentos ha tomado o está tomando? \_\_\_\_\_

Ha visitado a un quiropráctico o ha hecho tarapia fisica?  Si |  No Donde/Con quien? \_\_\_\_\_

Que tratamientos anteriores ha probado (acupuntura, inyecciones, cirugias)? \_\_\_\_\_

Ha sido tratado previamente con otro especialista del dolor?  Si |  No Cuando? \_\_\_\_\_ Con quien? \_\_\_\_\_

Su dolor está afectando su estilo de vida diaria  Si |  No Si es sí, describa: \_\_\_\_\_

Su dolor está afectando: FUNCIÓN FÍSICA ej. asearse, vestirse, bañarse:  Si |  No

VIDA SOCIAL & FAMILIAR:  Si |  No ALTERACIÓN DEL SUEÑO:  Si |  No

TRABAJO:  Si |  No ACTIVIDADES:  Si |  No

CALIDAD DE VIDA  Si |  No Otras: \_\_\_\_\_