



Paquete para nuevos pacientes

(Iniciales: _____ Fecha de Nac.: ____/____/____)

Fecha: ____/____/____

Primer nombre legal: _____ Segundo nombre legal: _____ Apellido legal: _____

Apellido legal anterior (si corresponde): _____ Fecha de Nac.: ____/____/____ Edad: ____

Género: Masculino Femenino NSS: _____ - _____ - _____ Licencia de conducir: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ CP: _____

Por favor, indique dos números de teléfono confidenciales en los que podamos dejar mensajes y contactar con usted:

Teléfono: (____) _____ Teléfono alternativo: (____) _____

Correo e.: _____ Correo e. alternativo: _____

Médico de referencia: _____

Médico de atención primaria: _____

Farmacia preferida (nombre y dirección): _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS

Por favor, entregue su(s) carné(s) de seguro a la recepcionista

Seguro primario: _____ Relación del paciente con el suscriptor: Titular Cónyuge Hijo Otro: _____

No. de póliza: _____ No. de grupo: _____

Nombre del suscriptor: _____

NSS del suscriptor: _____ - _____ - _____ Fecha de Nac.: ____/____/____

Seguro secundario: _____ Relación del paciente con el suscriptor: Titular Cónyuge Hijo Otro: _____

No. de póliza: _____ No. de grupo: _____

Nombre del suscriptor: _____

NSS del suscriptor: _____ - _____ - _____ Fecha de Nac.: ____/____/____

¿Se trata de una lesión de compensación laboral? NO Sí Si la respuesta es "Sí", diríjase a la recepcionista



Paquete para nuevos pacientes

(Iniciales: _____ Fecha de Nac.: ____/____/____)

¿Existe la posibilidad de que esté embarazada (pacientes femeninas)? NO SÍ

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia (que no vive en la misma dirección): _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono de contacto: (____) _____

PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Indique las personas a las que podemos informar de su condición médica y diagnóstico (incluyendo: tratamientos, pagos, citas y preocupaciones de salud). Si el nombre no aparece en este formulario, legalmente no podemos divulgar ninguna información, independientemente de la relación con el paciente.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) _____

Al firmar abajo, usted confirma que la información que ha proporcionado arriba es correcta y verdadera a su leal saber y entender. Es su responsabilidad informar a Pain Treatment Centers of Georgia de cualquier cambio en la información anterior.

_____/____/____
Nombre y firma del paciente o del representante autorizado **Fecha**

_____/____/____
Firma del testigo (miembro del personal) **Fecha**

Paquete para nuevos pacientes

(Iniciales: _____ Fecha de Nac.: ____/____/____)

Fecha: ____/____/____

Primer nombre legal: _____ Segundo nombre legal: _____ Apellido legal: _____

Fecha de Nac.: ____/____/____ Edad: __ Género: Masculino Femenino Estado civil: S C D V Otro: _

Raza: Indio Americano Asiático Negro/afroamericano Hispano/Latino Blanco Otro: _____

¿Cuándo empezó el dolor? (indique la fecha): _____

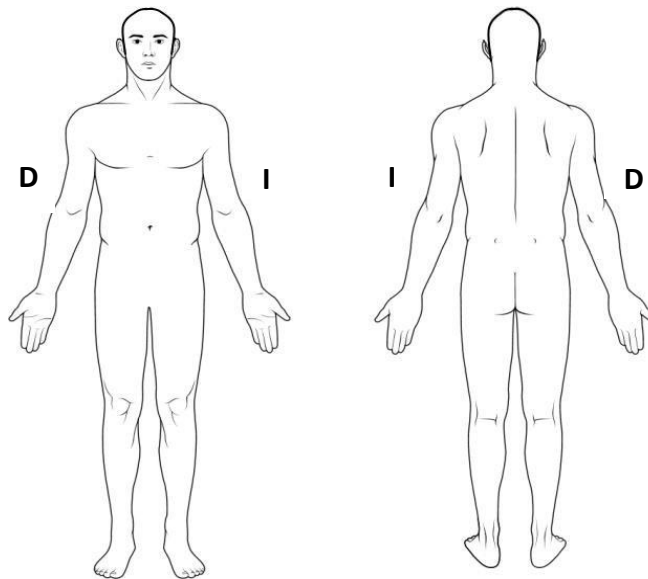
Desde que comenzó su dolor, se ha: Aumentado Disminuido Mantenido igual Otro: _____

¿En qué circunstancias comenzó su dolor?

Accidente doméstico Accidente laboral Accidente de automóvil Deporte Caída Cirugía Otros:

¿Existe actualmente un litigio (demanda) relacionado con su dolor? No Sí

¿Dónde se encuentra su dolor? (marque el diagrama de abajo):



Indique su nivel de dolor (encierre en un círculo un número en cada línea):

Nivel de dolor actual: (SIN DOLOR) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (EL PEOR DOLOR)

Menor nivel de dolor en la semana pasada: (SIN DOLOR) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (EL PEOR DOLOR)

Mayor nivel de dolor en la última semana: (SIN DOLOR) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (EL PEOR DOLOR)

Nivel medio de dolor en la última semana: (SIN DOLOR) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (EL PEOR DOLOR)

Paquete para nuevos pacientes

(Iniciales: _____ Fecha de Nac.: ____/____/____)

Su dolor es mayormente: Constante Intermitente Otro: _____

Describa brevemente su dolor con sus propias palabras (incluya la ubicación y la calidad del dolor):

¿Su dolor se siente como alguno de los siguientes?

Constante Urente Pulsante Incisivo Lacerante Sordo Lancinante Otros: _____

¿Ha experimentado alguna de las siguientes?

Adormecimiento Hormigueo Debilidad Sensación de frío Espasmos Otros: _____ ¿Dónde? _____

¿Su dolor interfiere con el sueño? Ocasionalmente Frecuentemente No interfiere

¿Qué hace que su dolor empeore? (indique) _____

¿Qué hace que su dolor mejore? (indique) _____

PRUEBAS DE IMAGEN/DIAGNÓSTICO PREVIAS (relacionadas con el dolor)

Marque con un círculo todo lo que corresponda

Rayos X (¿cuándo/dónde? _____)	TAC (¿cuándo/dónde? _____)	RMN (¿cuándo/dónde? _____)
Mielograma (¿cuándo/dónde? _____)	EMG/NCS (¿cuándo/dónde? _____)	Otro: _____

TRATAMIENTOS PREVIOS (relacionados con el dolor)

Marque con un círculo todo lo que corresponda

Reposo en cama	Aparato/soporte de TENS	Ejercicios en casa	Fisioterapia
Quiropráctico	Relajantes musculares	AINEs	Medicamentos opioides
Inyecciones en punto gatillo	Inyecciones epidurales de esteroides	Inyecciones articulares	Bloqueos nerviosos
Inyecciones en articulaciones facetarias	Ablaciones por radiofrecuencia (es decir, "quemado de nervios")	Estimulador de médula espinal	Bomba de dolor
Otro: _____	Otro: _____	Otro: _____	Otro: _____

Paquete para nuevos pacientes

(Iniciales: _____ Fecha de Nac.: ____/____/____)

MEDICAMENTOS PREVIOS PROBADOS (en cualquier momento en el pasado)

Marque con un círculo todo lo que corresponda

Tylenol	Ibuprofeno	Advil/Aleve	Meloxicam	Celebrex
Naproxeno	Diclofenaco	Polvo BC	Tramadol	Tylenol #3/4
Hidrocodona	Hisingla	Roxicodone	Morfina	Hidromorfona
Nucynta	Metadona	Buprenorfina	Butrans	Parche de fentanilo
Belbuca	Oxicodona	Percocet	Fioricet	Celexa/citalopram
Zyprexa/olanzapina	Paxil/paroxetina	Efexor/venlafaxina	Lexapro/escitalopram	Prozac/fluoxetina
Zoloft/Sertralina	Trintelix/vortioxetina	Wellbutrin/bupropión	Remeron/mirtazapina	Luvox/fluvoxamina
Viiibryd/vilazodona	Cymbalta/duloxetina	Otro: _____	Otro: _____	Otro: _____

ALERGIAS Y MEDICAMENTOS

Alergias: Indique TODOS los medicamentos (u otros fármacos) a los que es alérgico:

NO soy alérgico a nada

¿Medicamentos a los que es alérgico?	Tipo de reacción

¿Medicamentos a los que es alérgico?	Tipo de reacción

Adjunte una hoja adicional si es necesario

¿Es alérgico al látex? NO Sí Reacción: _____

¿Es alérgico al medio de contraste o al yodo? NO Sí Reacción: _____

¿Está tomando anticoagulantes o "diluyentes de la sangre"? NO Sí (marque abajo)

Plavix Coumadin Eliquis Xarelto Pradaxa Aspirina Otros: _____

Si toma anticoagulantes o "diluyentes de la sangre", ¿le permitirá el médico que se los recetó dejar de tomar esta medicación durante algún tiempo? NO Sí Tenga en cuenta que debe contar con el permiso de su médico prescriptor para suspender sus anticoagulantes o "diluyentes de la sangre" durante cualquier periodo de tiempo.

ANTECEDENTES MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

¿Le han diagnosticado o tratado alguno de los siguientes problemas de salud?

Cardíaco

- Dolor de pecho (angina de pecho)
- Enfermedad coronaria (EAC)
- Ataque al corazón (infarto de miocardio)
- Stent cardíaco (angioplastia)
- Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)
- Pulso Irregular (arritmia)
- Marcapasos/desfibrilador (AICD)
- Hipertensión arterial
- Trombosis venosa profunda (TVP)
- Otro: _____

Respiratorio

- Tos
- Dificultad para respirar
- Asma o sibilancias
- EPOC
- Embolia pulmonar (EP)
- Apnea del sueño
- Otro: _____

Gastrointestinal

- Acidez estomacal (ERGE)

- Náuseas o vómitos
- Estreñimiento
- Enfermedad de úlcera péptica
- Enfermedad de intestino inflamable
- Enfermedad de Crohn
- Otro: _____

Musculoesquelético

- Dolor de espalda o cuello
- Fracturas óseas
- Osteoporosis
- Artritis (tipo: _____)
- Fibromialgia
- Degeneración articular
- Gota
- Psoriasis o lupus
- Escoliosis
- Estenosis espinal
- Otro: _____

Neurológico

- Dolores de cabeza o migrañas
- Debilidad o adormecimiento

- Hormigueo
- Convulsiones o epilepsia
- Pérdida del control de esfínteres
- Enfermedad de Alzheimer/Parkinson
- Accidente cerebrovascular o AIT ("mini accidente cerebrovascular")
- Otro: _____

Psiquiátrico

- Ansiedad o ataques de pánico
- Depresión
- Trastorno bipolar
- Abuso de drogas o alcohol
- Dificultades para dormir
- Intento de suicidio
- TDAH/TDA
- Otro: _____

Otro

- Diabetes (tipo: _____)
- Sangrado fácil
- VIH/SIDA
- Hepatitis (tipo: _____)
- Cáncer (tipo: _____)
- Enfermedad renal o hepática
- Otro: _____

Indique todas las cirugías que ha tenido:

Tipo de cirugía	Fecha (mes y año)	Ubicación (cuál hospital)

Adjunte una hoja adicional si es necesario

ANTECEDENTES FAMILIARES Y SOCIALES

Enumere todas las afecciones médicas que tienen los miembros de su familia inmediata:

¿Su **madre** aún vive? Sí NO Causa de muerte: _____

¿Su **padre** aún vive? Sí NO Causa de muerte: _____

Miembro de la familia	Condiciones

Miembro de la familia	Condiciones

Situación laboral: Empleado a tiempo completo Empleado a medio tiempo Desempleado Estudiante
 Discapacitado Jubilado

Ocupación y empleador: _____

¿Consumes **productos de tabaco**? NO Sí, indique el número por día de: cigarrillos ____, cigarros ____, tabaco de mascar ____, cigarrillo electrónico _____. ¿En qué año empezó? _____ ¿En qué año lo dejó? _____

¿Consumes **alcohol**? NO Sí Indique cuántas bebidas consume: al día __, a la semana __

¿Consumes **drogas callejeras (recreativas)**? NO Sí Por favor, díganos todas las drogas callejeras que ha consumido y la última fecha de consumo: _____

¿Ha sido tratado por **dependencia o adicción al alcohol/drogas**? NO Sí ¿Año? _____

¿Ha abusado alguna vez o ha tomado "de forma no prescrita" algún medicamento de prescripción? NO Sí
 Comentario: _____

¿Tiene antecedentes de **abuso físico o sexual**? NO Sí Comentario: _____

¿Tiene pensamientos de **hacerse daño a sí mismo o a otra persona**? NO Sí Comentario: _____

¿Tiene una **demanda pendiente relacionada con su dolor**? NO Sí Comentario: _____

Certifico que he respondido a todas las preguntas anteriores con veracidad y de la mejor manera posible:

_____/____/____
Nombre y firma del paciente o del representante autorizado **Fecha**

_____/____/____
 Firma del testigo (miembro del personal) Fecha



Paquete para nuevos pacientes (Iniciales: _____ Fecha de Nac.: ____/____/____)

POLÍTICAS DE LA CLÍNICA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: Entiendo que en **cada cita** le pediremos que presente una identificación con foto, la información de su seguro (tarjetas de seguro primario y secundario (si corresponde)) y verificar su información personal. Es responsabilidad del paciente informar a Pain Treatment Centers of Georgia de cualquier cambio en su información demográfica o de seguro.

Iniciales: _____

REFERENCIAS/AUTORIZACIONES: Entiendo que, dependiendo de mi seguro, puedo necesitar una referencia de mi proveedor para ver a un especialista. Mi seguro también puede requerir una aprobación previa para cualquier y todos los procedimientos. De ser así, y si mi proveedor decide que es médicamente necesario, esperaré de 7 a 10 días hábiles para este proceso. Entiendo que, si decido acceder a los servicios sin la autorización previa de mi proveedor, puedo ser financieramente responsable de los servicios prestados.

Iniciales: _____

COPAGOS/DEDUCIBLES: Entiendo que **todos los copagos y deducibles** deben ser pagados en el momento del servicio, esto es un requisito del seguro y una parte de su contrato con la compañía de seguros.

Iniciales: _____

TARIFAS POR INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE: Entiendo que se me puede cobrar una tarifa basada en el costo cuando solicite copias de mi información médica, incluyendo el copiado (suministros y mano de obra) y el envío (si la información debe ser enviada por correo).

Iniciales: _____

TARIFAS PARA LOS FORMULARIOS: Entiendo que si solicito que mi médico complete cualquier formulario que no esté directamente relacionada con la atención del paciente, se me exigirá que pague una cuota. Ejemplos de formularios incluyen, pero no se limitan a: justificación de servicio de jurado, aplicaciones de la Ley de Licencia Familiar, informes de accidentes y formularios de escuelas y campamentos. Puede haber otros formularios con tarifas asociadas. Cualquier solicitud para completar dicha documentación requerirá una cuota prepagada de \$50 y requerirá de 7 a 10 días para completarla.

Iniciales: _____

POLÍTICA DE LLEGADA A TIEMPO: Entiendo que debo llegar a mi cita a tiempo para poder anunciarme. Si llego tarde a mi cita programada puede ser necesario reprogramar la cita o esperar hasta que mi médico esté disponible. Nuestros médicos intentan mantener un horario "puntual", pero entiendo que las necesidades urgentes o complejas de los pacientes con citas previas pueden hacer que mi médico llegue tarde a mi cita. Si usted llega habitualmente tarde a las citas programadas, podría ser objeto de suspensión de nuestra clínica.

Iniciales: _____

CAMBIO DE CITA: Entiendo que, si necesito cambiar mi cita, le pedimos que lo haga dentro de las **24 horas** siguientes a la hora de su cita.

Iniciales: _____

POLÍTICA DE FALTA: Entiendo que, si falto a una cita con menos de 24 horas de anticipación, se me cobrará un cargo de **\$50,00** por consulta perdida y **\$100,00** por consulta de procedimiento perdida. Si hay dos o más citas programadas que usted pierde en un corto período de tiempo, podría ser sujeto a la suspensión de nuestra clínica.

Iniciales: _____



Paquete para nuevos pacientes

(Iniciales: _____ Fecha de Nac.: ____/____/____)

CHEQUES DEVUELTOS: Entiendo que se cobrará una cuota de 25 dólares por cualquier cheque devuelto, y ya no aceptaremos sus cheques.

Iniciales: _____

POLÍTICA DE AUTOPAGO: Los pacientes sin cobertura de seguro y los pacientes cubiertos por planes de seguro en los que nuestra práctica no participa se consideran auto-pago. La tarifa de consulta de nuevos pacientes es de **\$300** y la tarifa de consulta de pacientes de seguimiento es de **\$200**. Cualquier prueba adicional, intervenciones, procedimientos, etc., son evaluados por separado y tienen que ser pagados en el momento del servicio. **Los casos de responsabilidad y de compensación laboral** también se considerarán cuentas de autopago. No aceptamos cartas de abogados o pagos de contingencia. Es siempre la responsabilidad de los pacientes saber si nuestra oficina participa en su plan.

Iniciales: _____

EXCLUSIONES: Actualmente **no podemos** tratar a los pacientes que han contratado los servicios de un abogado (Carta de Protección), han estado involucrados en un accidente automovilístico (MVA, por sus siglas en inglés) con una demanda en curso, o tienen una responsabilidad abierta o caso de compensación laboral. Además, no proporcionamos evaluaciones de discapacidad o aprobaciones de discapacidad.

Iniciales: _____

FORMAS DE PAGO: Aceptamos las principales tarjetas de crédito, cheques (de menos de 200 dólares), giros postales y efectivo.

Iniciales: _____

REPOSICIÓN DE MEDICAMENTOS: Entiendo que para recibir una reposición debo tener un acuerdo de prescripción de opiáceos vigente con Pain Treatment Centers of Georgia, un examen toxicológico reciente como lo exige la ley, y debo ser visto mensualmente y/o tener un acuerdo con el médico para ser visto regularmente para que me proporcionen mis reposiciones. Entiendo que las reposiciones pueden tardar entre 24 y 48 horas en completarse. Reconozco que la mejor manera de asegurar que mis medicamentos sean surtidos de manera oportuna es venir a ser reevaluado por mi médico mensualmente. Estoy de acuerdo en permitir que el personal de 24 a 48 horas complete la autorización previa para los medicamentos (si es necesario) y que el seguro puede contar con 3 días para revisar después de eso. Además, entiendo que la autorización previa para mi seguro es una cortesía que la oficina me está proporcionando y que una vez que esto se completa, la oficina del proveedor no controla el marco de tiempo de la revisión del seguro. También estoy de acuerdo y entiendo que las reposiciones de **NARCÓTICOS NO SE HACEN LOS VIERNES Y DESPUÉS DE HORARIO DE ATENCIÓN**. Si se necesitan reposiciones, se debe llamar a la farmacia para que se genere un fax a nuestra oficina y se tome una decisión durante el horario normal de trabajo. Las reposiciones de medicamentos **NO SON UNA EMERGENCIA**.

Iniciales: _____

_____/____/____
Nombre y firma del paciente o del representante autorizado **Fecha**

_____/____/____
Firma del testigo (miembro del personal) **Fecha**



Paquete para nuevos pacientes

(Iniciales: _____ Fecha de Nac.: ____/____/____)

ACUERDO HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA/DE SALUD Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA

Nuestra clínica está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud como lo requiere el Reglamento de Privacidad creado como resultado de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Las siguientes circunstancias pueden requerir que usemos su información médica:

1. Para coordinar su atención con sus fisioterapeutas, farmacéuticos, proveedores de equipos médicos, médico remitente/tratante principal o en caso de emergencia.
2. Para presentar reclamaciones a su compañía de seguros con el fin de facturar y pagar.
3. Para cumplir con la normativa de compensación laboral.
4. A petición de los organismos de control de la salud pública que están autorizados a recoger información.
5. A petición de un agente de la ley.
6. Cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la de otros.
7. Según lo requiera la ley en el caso de demandas o procedimientos similares.

Sus derechos con respecto a su información médica:

1. Excepto en los casos descritos en este aviso, utilizaremos y divulgaremos su información médica solo con su consentimiento por escrito. Usted puede revocar su consentimiento de divulgación en cualquier momento.
2. Puede solicitar una restricción en el uso o la divulgación de su información médica. Además, tiene derecho a solicitar que restrinjamos la divulgación de su información médica solo a ciertas personas involucradas en su atención. No estamos obligados a aceptar su solicitud; sin embargo, si aceptamos, estamos obligados a cumplir nuestro acuerdo, excepto cuando lo exija la ley, en casos de emergencia o cuando la información sea necesaria para su tratamiento.
3. Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información médica que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre usted, incluyendo los registros médicos de los pacientes y los registros de facturación. Debe presentar su solicitud por escrito a Pain Treatment Centers of Georgia.
4. Puede pedirnos que modifiquemos su información médica si cree que está incompleta o es incorrecta, y siempre que la información sea conservada por o para nuestra práctica. Debe presentar una enmienda por escrito a Pain Treatment Centers of Georgia. Debe proporcionarnos una razón legítima que apoye su solicitud de enmienda.
5. Tiene derecho a recibir una copia de este aviso de prácticas de privacidad. En cualquier momento, puede obtener una copia solicitándola en la recepción.
6. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja en nuestra clínica o en la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito a Pain Treatment Centers of Georgia. No se le penalizará por presentar una queja.

Por la presente, reconozco que se me ha proporcionado un aviso de privacidad y que entiendo mis derechos como paciente.

Nombre y firma del paciente o del representante autorizado

_____/____/_____
Fecha

Firma del testigo (miembro del personal)

_____/____/_____
Fecha

POLÍTICAS DE PAGO

Revise las siguientes políticas de pago y pregúntenos cualquier duda que tenga. Se le facilitará una copia si lo solicita.

1. Seguro. Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluyendo Medicare. Si usted no está asegurado por un plan con el que hacemos negocios, se espera que el pago en su totalidad en cada consulta. Si está asegurado por un plan con el que trabajamos, pero no tiene una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago total de cada consulta hasta que podamos verificar su cobertura. Conocer los beneficios de su seguro es su responsabilidad. Por favor, póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura.
2. Copagos y deducibles. Todos los copagos y deducibles deben pagarse en el momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. El hecho de no cobrar los copagos y deducibles de los pacientes puede considerarse un fraude. Ayúdenos a cumplir con la ley pagando su copago y deducible en cada consulta.
3. Servicios no cubiertos. Tenga en cuenta que algunos (y quizás todos los) servicios que reciba pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otras aseguradoras. Deberá pagar la totalidad de estos servicios en el momento de la consulta.
4. Prueba de seguro. Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y un seguro válido actual para proporcionar una prueba de seguro. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, puede ser responsable del saldo de una reclamación.
5. Presentación de reclamaciones. Presentaremos sus reclamaciones y le ayudaremos en todo lo que podamos para que se paguen sus reclamaciones. Es posible que su compañía de seguros le pida que facilite directamente cierta información. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamación es su responsabilidad, independientemente de que su compañía de seguros pague o no su reclamación. Su prestación de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; nosotros no somos parte de ese contrato.
6. Cambios de cobertura. Si su seguro cambia, por favor notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir sus máximos beneficios. Si su compañía de seguros no paga su reclamación en 45 días, el saldo se le facturará automáticamente.
7. Falta de pago. Si su cuenta tiene más de 90 días de retraso, recibirá una carta en la que se le indica que tiene 20 días para pagar la totalidad de su cuenta. No se aceptarán pagos parciales a menos que se negocie lo contrario. Tenga en cuenta que, si un saldo permanece sin pagar, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobros y usted y los miembros de su familia inmediata pueden ser dados de baja de esta clínica. Si esto ocurre, se le notificará por correo ordinario y certificado que tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestro médico solo podrá atenderle de urgencia.
8. Citas perdidas. Nuestra política es cobrar por las citas perdidas que no se cancelan dentro de un tiempo razonable. Estos cargos serán su responsabilidad y se le facturarán directamente a usted. Por favor, ayúdenos a servirle mejor acudiendo a su cita regularmente programada.

He leído y comprendido la política de pagos y me comprometo a respetar sus directrices:

_____/_____/_____
Nombre y firma del paciente o del representante autorizado **Fecha**

_____/_____/_____
Firma del testigo (miembro del personal) **Fecha**



Paquete para nuevos pacientes (Iniciales: _____ Fecha de Nac.: ____/____/____)

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA LA ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO

PARA EL PACIENTE: Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que usted pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento apropiado para cualquier condición identificada.

Este consentimiento nos proporciona su permiso para llevar a cabo exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento sea de naturaleza continua incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) da su consentimiento para recibir tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite de propiedad común. El consentimiento seguirá siendo plenamente efectivo hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene derecho a interrumpir los servicios en cualquier momento.

Usted tiene derecho a discutir el plan de tratamiento con su médico sobre la finalidad, los posibles riesgos y los beneficios de cualquier prueba que se le ordene. Si tiene alguna duda sobre cualquier prueba o tratamiento recomendado por su médico, le animamos a que haga preguntas.

Solicito voluntariamente a un médico, y/o a un proveedor de nivel medio (Enfermero/a, Asistente Médico o Enfermero/a Clínico/a Especialista), y a otros proveedores de atención médica o a los designados según se considere necesario, que realicen los exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios para la condición que me ha llevado a buscar atención en Pain Treatment Centers of Georgia. Entiendo que, si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de las pruebas o procedimientos.

Certifico que he leído y entendido completamente las declaraciones anteriores y que consiento plena y voluntariamente su contenido.

_____/____/____
Nombre y firma del paciente o del representante autorizado **Fecha**

_____/____/____
Firma del testigo (miembro del personal) **Fecha**



Paquete para nuevos pacientes (Iniciales: _____ Fecha de Nac.: ____/____/____)

AUTORIZACIÓN PARA EL USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre: _____ **Fecha de Nac.:** ____/____/____ **NSS:** _____ - _____ - _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **CP:** _____
Teléfono: (____) _____ **Teléfono alternativo:** (____) _____

Yo (el paciente) autorizo a Pain Treatment Centers of Georgia a:

- Obtener el historial médico de otro médico o centro médico: _____ (escriba sus iniciales)
- Divulgar el historial médico a otro médico o centro psiquiátrico: _____ (escriba sus iniciales)
- Compartir información/registros médicos con las personas indicadas a continuación: _____ (escriba sus iniciales)

Médico/centro: _____ **Teléfono:** (____) _____ **Fax:** (____) _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **CP:** _____

DIVULGAR ESTOS REGISTROS (marque uno): Todos los registros médicos Registros específicos: _____

Autorizo la divulgación de la información anterior con la excepción de (marque todo lo que corresponda):

- Abuso de sustancias (si hubiera)
- SIDA/VIH (si hubiera)
- Registros psicológicos/psiquiátricos (si hubiera)

Esta autorización permanecerá vigente indefinidamente o hasta que sea revocada por escrito.

Fotocopia: Además, autorizo a que una fotocopia de este formulario de autorización sea totalmente aceptable como original y a que la organización de atención médica pueda denegar la divulgación de información de salud protegida, si tiene motivos para creer que (1) la autorización ha sido alterada o (2) no es una autorización verdadera y exacta iniciada por el paciente o (3) tiene fecha anterior a las fechas de tratamiento para las que se solicitan los registros.

Entiendo que tengo derecho a:

- Revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviar mi revocación por escrito a Pain Treatment Centers of Georgia. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que no se aplica a Pain Treatment Centers of Georgia cuando la ley le otorga el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza.
- Entiendo que no tengo que firmar esta autorización y que Pain Treatment Centers of Georgia no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción en el plan de seguro médico o la elegibilidad para recibir beneficios a que yo firme esta autorización.
- Entiendo que una vez que la información se divulgue en virtud de esta autorización, puede ser divulgada de nuevo por el destinatario y la información puede no estar protegida por los reglamentos de la política federal.
- Derecho a copia/divulgación voluntaria: Sé que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de firmarla y que autorizar la divulgación de mi información médica es voluntario.

_____/____/____
Nombre y firma del paciente o del representante autorizado **Fecha**

Si está firmado por un representante legal, proporcione la documentación del representante tal y como exige la ley estatal (es decir, un poder notarial, un sustituto para la atención sanitaria, un testamento vital o documentos de tutela)

Paquete para nuevos pacientes

(Iniciales: _____ Fecha de Nac.: ____/____/____)

HERRAMIENTA DE RIESGO DE OPIOIDES (ORT, por sus siglas en inglés)

Marque cada pregunta como "Sí" o "No", dependiendo de si la pregunta se aplica a usted. Use "✓" para indicar su respuesta.

	Sí	No
¿Hay antecedentes familiares de abuso de alcohol?		
¿Hay antecedentes familiares de consumo de drogas ilegales?		
¿Hay antecedentes familiares de consumo de medicamentos con receta?		
¿Hay antecedentes personales de abuso de alcohol?		
¿Hay antecedentes personales de consumo de drogas ilegales?		
¿Hay antecedentes personales de consumo de medicamentos con receta?		
¿Tiene entre 16 y 45 años?		
¿Hay habido antecedentes de abuso sexual preadolescente?		
¿Hay antecedentes personales de trastorno por déficit de atención (TDA o TDAH), bipolaridad o esquizofrenia?		
¿Hay antecedentes personales de depresión?		

Uso del clínico (puntuación): _____

CUESTIONARIO DE SALUD PARA PACIENTES-9 (PHQ-9)

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? Use “✓” para indicar su respuesta.

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse abatido, deprimido o desesperanzado				
Problemas para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
Sentirse cansado o con poca energía				
Falta de apetito o comer en exceso				
Sentirse mal consigo mismo - o que es un fracaso o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia				
Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión				
¿Se mueve o habla con tanta lentitud que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario: estar tan inquieto o inquieta que se ha movido mucho más de lo habitual				
Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse de alguna manera				

Uso del clínico (puntuación): _____