**NOMBRE:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Apellido Primer nombre Inicial del Segundo Nombre*

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Número del Seguro Social (SNN)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Sexo:** □Masculino □Femenino

**Dirección:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ciudad**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teléfono de casa** (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Celular** (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Trabajo** (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Relación/Parentesco**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Farmacia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono** (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Código Postal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Email**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estado civil**: □ Soltero(a) □ Casado(a) □ Viudo(a) □ En relación □ Divorciado(a) □ Separado(a)

**Fumador(a)**: □ Fumaba □ Nunca □ Actualmente \_\_\_\_\_\_paquete(s) diarios ¿**Cuantos años**? \_\_\_\_\_\_\_\_

**Uso de alcohol**: □ No □ Sí **Uso de drogas ilícitas**: □ No □ Sí

**Raza**: □ Blanco □ Afroamericana □ Asiático □ Hispano □ Raza mixta

□ India □ Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Etnia**: □ Hispano □ No-Hispano □ Blanco □ Afroamericana

**Idioma de preferencia**: □ Inglés □ Español

**INFORMACIÓN DEL MEDICO**

**Doctor de cabecera**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono** (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Doctor que refiere**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono** (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA**

**Compañía de Seguro Principal**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Compañía de Seguro Secundaria**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Póliza/ID #**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Póliza /ID #**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento para propósito de Tratamiento, Pago y Operaciones de Cuidado de Salud (1/11)**

Yo acepto el uso o declaración privada de información mi salud por parte del The Center for Interventional Pain Spine, LLC para propósitos de análisis, diagnóstico o brindarme tratamiento, obteniendo un pago en mis facturas de salud médica. Yo entiendo que ese análisis, diagnóstico o tratamiento por parte del The Center for Interventional Pain Spine, LLC estará condicionado por mi firma debajo de este consentimiento informado.

Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar información de cómo están protegiendo mi información de salud o cómo se está ventilando para llevar a cabo el tratamiento, pagos o la oficina de las operaciones de cuidados de salud. Center for Interventional Pain & Spine, LLC no tiene el deber de aceptar las restricciones que yo solicite. Sin embargo; si el Center for Interventional Pain & Spine, LLC está de acuerdo con las restricciones que yo solicite, estas restricciones estarán vinculadas. Yo tengo el derecho de suspender este consentimiento, por escrito en cualquier momento excepto en la medica en que Center for Interventional Pain & Spine, LLC haya empezado alguna acción en virtud de este consentimiento.

La ¨información privada mí de salud¨ significa información de salud, incluyendo mi información demográfica recopilada de mi y creada o recibida por mi médico, otro proveedor de cuidado de la salud, plan de salud o mi empleador. Esta información de salud protegida relacionada a mi pasado, presente o futura condición de salud física y mental, me identifica, o hay una base razonable para creer que esa información me puede identificar.

Tengo acceso total para ver y solicitar una copia en caso de necesitarla, el Aviso de las Normas de Privacidad de Center for Interventional Pain & Spine, LLC. El Aviso de las Normas de Privacidad describe el tipo de uso y divulgación de información privada de mi salud que ocurrirá en mi tratamiento, pagos de mis facturas o en el rendimiento de las oficinas de operaciones de cuidado de salud de Center for Interventional Pain & Spine, LLC. El Aviso de las Normas de Privacidad esta publicado en la sala de espera. El Aviso de las Normas de Privacidad describe mis derechos y deberes en las oficinas con respecto a la protección de información de mi salud.

Center for Interventional Pain & Spine, LLC se reserve el derecho de cambiar las políticas de privacidad que están descritas en el Aviso de las Normas de Privacidad. Yo puedo obtener un aviso de las normas de privacidad llamando a la oficina de Center for Interventional Pain & Spine, LLC y solicitando una copia revisada para que me la hagan llegar por correo o solicitar por una el día de mi cita.

**Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad**

Yo acuso de recibido la notificación de políticas de privacidad del Center for Interventional Pain & Spine. Yo entiendo que es mi responsabilidad leer la información aquí contenida.

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

**Autorización y Asignación de Beneficios**

Yo autorizo la liberación de cualquier información médica o cualquier otra información necesaria para el proceso de reclamación de seguro por los servicios prestados por Center for Interventional Pain & Spine LLC. Yo solicito el pago de beneficios gubernamentales, en caso de que aplique, a las partes quienes acepten esta asignación. Yo autorizo al pago de los beneficios médicos a Center for Interventional Pain & Spine. Yo entiendo que, aunque yo tenga cobertura de Seguro, yo soy quien asume la responsabilidad por los pagos de los servicios prestados.

Yo autorizo Center for Interventional Pain & Spine a brindar mi información de ser necesario al centro de cirugía con quien estamos afiliados.

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

**Citas y Recetes Médicas**

Es necesario, que las siguientes personas tengan mi permiso para programar, confirmar, cancelar o reprogramar una cita para mí. Ellos también pueden recoger recetas médicas, reabastemientos de medicamentos, muestras o lo que sea yo hace solicitado de Center for Interventional Pain & Spine LLC siempre y cuando ellos brinden una foto de identificación válida. *No se brindará información médica*. Yo entiendo que si necesitara cambiar esta información, es mi entera responsabilidad la solicitud de la misma por escrito.

1. **Nombre** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Relación/Parentesco**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Nombre** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Relación/Parentesco**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Liberación de Información Médica**

Es necesario, Center for Interventional Pain & Spine LLC y el personal médico tengan mi autorización de hablar sobre mi información médica, incluyendo resultados de exámenes, con las siguientes personas citadas abajo. Las personas que están en la lista de abajo también están autorizadas para las declaraciones de arriba relacionadas a citas y a reabastemientos de medicamentos. Yo entiendo que, si necesitara cambiar esta información, es mi entera responsabilidad la solicitud de la misma por escrito.

1. **Nombre** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Relación/Parentesco**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Nombre** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Relación/Parentesco**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Políticas Financieras**

1. **Referencias de Seguros**

Nuestras oficinas no atenderán a un paciente sin tener las referencias correctas de la compañía aseguradora, por favor verificar con su doctor de cabecera para asegurarse de que todas las referencias se han completado y que también mantienen el control del número de visitas autorizadas ya que esto es *responsabilidad del paciente*.

1. **Política de asistencia/Recargo por Ausentismo**

Tres ausencias consecutivas o acumulativas a las citas resultarán en darlo de alta de las oficinas. A un paciente que esté más de 15 minutos tarde de su cita se le considerará como una ausencia. Si usted no cancela si cita dentro de 24 horas y/o no se presenta en la oficina para la cita, usted no se le cargará por el monto de $25.00. Si usted cancela el procedimiento en menos de 24 horas de tiempo o no se presenta, a usted se le hará un recargo por $100.00

1. **Pagos por cuenta propia del paciente/ Servicios fuera de la cobertura:**

Las compañías aseguradoras no pagan por todos los servicios médicos, aunque algunas pueden ser muy útiles para los pacientes. Cuando un servicio no es cubierto por políticas de la aseguradora, usted es responsable por el pago de esa factura. Pacientes que no cuentas con políticas de la aseguradora será necesario que realicen el pago de los servicios prestados después de concluidos. Arreglo de pagos pueden realizarse para estos casos.

1. **Cambio de Información**:

Para hacer llegar la facture a su proveedor de servicios de forma correcta y en el tiempo correspondiente, le solicitamos la siguiente información sea entregada a nuestras oficinas.

* La información correcta de los datos demográficos (cobertura de seguro, dirección, número de teléfono)
* Una copa de su tarjeta de seguro actual (necesario que la presente en cada visita)
* Si su visita está relacionada a una lesión, usted necesita brindar TODA la siguiente información: *fecha de lesión, parte del cuerpo lastimada/herida, nombre del proveedor de seguros, nombre y número de teléfono del agente de la compañía de seguros, número de póliza de seguro y en caso de ser pertinente la información del abogado*.

Es responsabilidad del paciente hacer llegar esta información en caso de algún cambio de esta información (seguro, número de teléfono y/o dirección), y cualquier cambio en el médico de cabecera o de cualquiera de los médicos que lo están tratando. **Si el reclamo de la aseguradora es negado y no pagado por ser incorrecto, por ser obsoleto o la información que se nos suministró es insuficiente por parte del paciente, el total del monto a pagar pasa hacer responsabilidad del paciente.**

1. **Otros cargos:**

**Registros médicos**: La solicitud de las copias personales de los registros médicos tardarán de 3-5 días laborales para poder completarse. Se cobrará un recargo de hasta $25.00 que se deberá cancelar en el momento de la solicitud.

**Formularios médicos** tomará entre 5-10 días labores para completarse; también habrá un recargo dependiendo de la cantidad y la dificultad del formulario empezando en un rango de $25.00 y pudiendo aumentar más.

**Cheque sin fondos** recargo es de $40.00

1. **Administración de medicamentos:** por favor ver las políticas anexadas en el addendum

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ entiendo todo lo que arriba en las políticas establecidas.

***(Impresión del nombre)***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma Fecha**