



Paquete para pacientes nuevos (Iniciales: ____ FDN: ____ / ____ / ____)

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre legal: _____ Segundo nombre legal: _____ Apellido legal: _____

Apellido legal anterior (si procede): _____ FDN: ____ / ____ / ____ Edad: ____

Sexo: Masculino Femenino # de SSN: ____ - ____ - ____ Licencia de conducir #: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____ Código postal: _____

Indique dos números de teléfono confidenciales en los que podamos dejar mensajes y ponernos en contacto con usted:

Teléfono de casa #: (____) _____ Teléfono celular #: (____) _____

Correo electrónico: _____ Correo electrónico alternativo: _____

Médico remitente: _____

Médico de atención primaria: _____

Farmacia de preferencia (nombre y dirección): _____

INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS

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

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

de póliza: _____ Grupo #: _____

Nombre del suscriptor: _____

de SSN del suscriptor: ____ - ____ - ____ FDN: ____ / ____ / ____

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

Póliza #: _____ Grupo #: _____

Nombre del Suscriptor: _____

de SSN del Suscriptor: ____ - ____ - ____ FDN: ____ / ____ / ____

Se trata de una lesión de compensación laboral? NO Sí Teléfono de su ajustador de WC: (____) _____



Paquete para pacientes nuevos (Iniciales: _____ FDN: ____ / ____ / ____)

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

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA/LLAMADA AUTORIZADA

Enumere a continuación a cualquier persona que desee incluir como su Contacto de Emergencia y autorice a hablar con nosotros sobre su estado de salud y diagnóstico (incluidos tratamientos, pagos, citas y problemas 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 con el paciente: _____ Teléfono de contacto: (____) _____

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

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

ORDEN DE NO REANIMAR (DNR)/NO INTUBAR (DNI)

¿Tiene una orden DNR/DNI? Sí NO. Si la respuesta es Sí, facilite una copia al recepcionista.

Al firmar a continuación, usted confirma que la información que ha proporcionado anteriormente 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 del paciente o de su representante autorizado y firma Fecha

Paquete para pacientes nuevos (Iniciales: ____ FDN: ____ / ____ / ____)

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre legal: _____ Segundo nombre legal: _____ Apellido legal: _____

FDN: ____ / ____ / ____ Edad: ____ Sexo: 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): _____

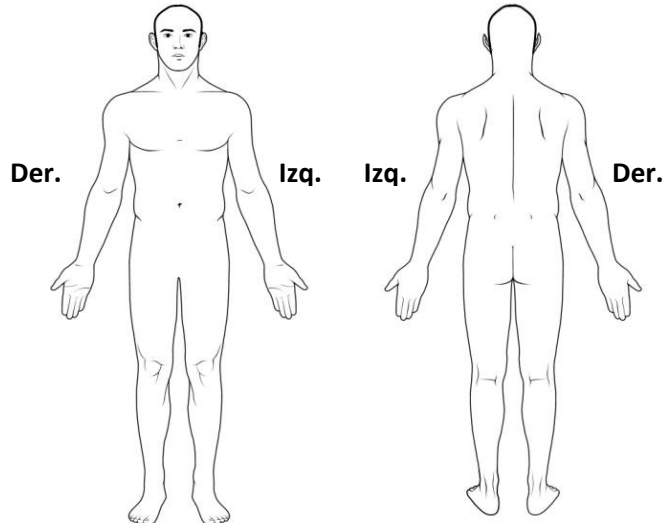
Desde que comenzó su dolor ha: Aumentado Disminuido Permanecido igual Otro: _____

¿En qué circunstancias comenzó su dolor?

Accidente doméstico Accidente laboral Accidente automovilístico Deporte Caída Cirugía Otro: ____

¿Tiene alguna demanda pendiente relacionada con su dolor? NO Sí ¿Qué zonas de su cuerpo están incluidas en la demanda?: _____. Información de contacto de su abogado _____

¿Dónde se localiza su dolor? (marque el diagrama siguiente):



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

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

Nivel de dolor más bajo la semana pasada: (SIN DOLOR) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (PEOR DOLOR)

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

Nivel promedio de dolor la semana pasada: (SIN DOLOR) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (PEOR DOLOR)

Paquete para pacientes nuevos (Iniciales: ____ FDN: ____ / ____ / ____)

Su dolor es mayormente: Constante Intermitente Otro: _____

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

¿Siente alguno de los siguientes dolores?

Doloroso Ardiente Pulsátil Punzante Agudo Sordo Fulgurante Otro: _____

¿Experimenta alguna de las siguientes situaciones?

Entumecimiento Hormigueo Debilidad Frialdad Espasmos Otros: _____ ¿Dónde? _____

Su dolor interfiere con el sueño? Ocasionalmente Frecuentemente No interfiere

¿Qué EMPEORA su dolor? (enumere) _____

¿Qué MEJORA su dolor? (enumere) _____

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

Marque con un círculo lo que corresponda

Rayos X (¿cuándo/dónde? _____)	Tomografía computarizada (¿cuándo/dónde? _____)	IRM (¿cuándo/dónde? _____)
Mielograma (¿cuándo/dónde? _____)	EMG/ECN (¿cuándo/dónde? _____)	Otros: _____

TRATAMIENTOS PREVIOS (relacionados con el dolor)

Marque con un círculo lo que corresponda

Reposo en cama	Unidad TENS/soportes	Ejercicios en casa	Acupuntura
Quiropráctico	Relajantes musculares	AINE	Medicamentos opiáceos
Inyecciones en puntos gatillo	Inyecciones epidurales de esteroides	Inyecciones articulares	Bloqueos nerviosos
Inyecciones en la articulación facetaria	Ablación por radiofrecuencia ("Quemadura de nervios")	Estimulador medular	Bomba para analgesia

Fisioterapia: Qué zona(s) del cuerpo: _____, Dónde: _____, Fechas de realización: _____

Paquete para pacientes nuevos (Iniciales: _____ DN: ____ / ____ / ____)

MEDICAMENTOS PREVIOS (en cualquier momento del pasado)

Marque con un círculo lo que corresponda

Tylenol	Ibuprofeno	Advil/Aleve	Meloxicam	Celebrex
Naproxeno	Diclofenaco	Polvo BC	Tramadol	Tylenol #3/4
Hidrocodona	Hysingla	Roxicodona	Morfina	Hidromorfona
Nucynta	Metadona	Buprenorfina	Butrans	Parche de fentanilo
Belbuca	Oxicodona	Percocet	Fioricet	Celexa/citalopram
Zyprexa/olanzapina	Paxil/paroxetina	Effexor/venlafaxina	Lexapro/escitalopram	Prozac/fluoxetina
Zoloft/sertralina	Trintellix/vortioxetina	Wellbutrin/bupropión	Remeron/mirtazapina	Luvox/fluvoxamina
Viibryd/vilazodona	Cymbalta/duloxetina	Otros: _____	Otros: _____	Otros: _____

ALERGIAS Y MEDICAMENTOS

Alergias: Enumere 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

Por favor adjunte una hoja adicional si es necesario

¿Tiene alergia al látex? NO Sí Reacción: _____

¿Tiene alergia al medio de contraste o al yodo? NO Sí Reacción: _____

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

Plavix Coumadin Eliquis Xarelto Pradaxa Aspirina Otros: _____

¿Quién le recetó el anticoagulante? Nombre y teléfono del médico: _____

HISTORIAL MÉDICO Y QUIRÚRGICO

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

<p style="text-align: center;">Cardíaco</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Regurgitación aórtica/estenosis <input type="checkbox"/> Enfermedad arterial coronaria <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio <input type="checkbox"/> Stent cardíaco (angioplastia) <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> Pulso irregular (arritmia) <input type="checkbox"/> Marcapasos/desfibrilador (AICD) <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda <input type="checkbox"/> Otros: _____ <p style="text-align: center;">Respiratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Sarcoidosis <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar (EP) <input type="checkbox"/> Apnea del sueño <input type="checkbox"/> Otros: _____ <p style="text-align: center;">Gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acidez (ERGE) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Bulimia/anorexia <input type="checkbox"/> Otros: _____ <p style="text-align: center;">Musculoesquelético</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Artritis (tipo: _____) <input type="checkbox"/> Degeneración articular (DJD) <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Fibromialgia <input type="checkbox"/> Escoliosis <input type="checkbox"/> Psoriasis o lupus <input type="checkbox"/> Estenosis espinal <input type="checkbox"/> Enfermedad del tejido conjuntivo <input type="checkbox"/> Síndrome del túnel carpiano Otros: _____ <p style="text-align: center;">Neurológico</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza o migrañas. <input type="checkbox"/> Neuropatía diabética 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Miastenia grave <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer/Parkinson <input type="checkbox"/> Ictus o AIT ("mini ictus") <input type="checkbox"/> Otros: _____ <p style="text-align: center;">Psiquiatría</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ataques de ansiedad o pánico <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> TEPT <input type="checkbox"/> TDAH/TDA <input type="checkbox"/> Otros: _____ <p style="text-align: center;">Otros</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diabetes (tipo: _____) <input type="checkbox"/> Sangrado fácil <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Hepatitis (tipo: _____) <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo: _____) <input type="checkbox"/> Enfermedad renal o hepática <input type="checkbox"/> Otros: _____
--	---	---

Enumere todas las cirugías a las que se ha sometido:

Tipo de cirugía	Fecha (mes y año)	Ubicación (en qué hospital)

Por favor adjunte una hoja adicional si es necesario



Paquete para pacientes nuevos (Iniciales: _____ FDN: ____/____/____)

HISTORIA FAMILIAR Y SOCIAL

Enumere todas las enfermedades que padecen sus familiares directos:

Vive aún su **madre**? Sí NO Causa de la muerte: _____

Vive aún su **padre**? Sí NO Causa de la muerte: _____

Miembro de la familia	Condiciones

Miembro de la familia	Condiciones

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

Profesión y empleador: _____

¿Consume drogas callejeras (recreativas)? NO Sí Por favor indíquenos todas las drogas recreativas que ha consumido alguna vez y la última fecha de consumo: _____

¿Ha recibido alguna vez tratamiento por dependencia o adicción al alcohol/drogas? NO Sí ¿Año? _____

¿Alguna vez ha abusado o tomado medicamentos recetados "no según lo prescrito"? NO Sí Comentario: _____

¿Tiene antecedentes de abusos físicos o sexuales? NO Sí Comentario: _____

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

Certifico que he respondido a todas las preguntas anteriores con la verdad y lo mejor que he podido:

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



Paquete para pacientes nuevos (Iniciales: ____ FDN: ____/____/____)

POLÍTICAS PRÁCTICAS

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

Iniciales: _____

REMISIONES/AUTORIZACIONES: Entiendo que dependiendo de mi seguro, puedo necesitar una remisión de mi proveedor para ver a un especialista. Mi seguro también puede requerir aprobación previa para procedimientos e imágenes. Si es así, y si mi proveedor decide que es médicamente necesario, permitiré de 7 a 10 días hábiles para este proceso. Entiendo que si decido acceder a los servicios sin 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: _____

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

Iniciales: _____

CUOTA POR FORMULARIOS: Entiendo que si solicito que mi médico complete cualquier formulario que no esté directamente relacionado con la atención del paciente, deberé pagar una tarifa. Ejemplos de los formularios incluyen, pero no se limitan a, excusas de servicio de jurado, solicitudes de la Ley de Licencia Familiar, informes de accidentes y formularios escolares y de campamentos. Puede haber otros formularios con tarifas asociadas. Cualquier solicitud para completar dicha documentación requerirá una tarifa prepagada de **\$50 y de 7 a 10 días** para completarla.

Iniciales: _____

POLÍTICA DE LLEGADA A TIEMPO: **Entiendo que debo llegar a tiempo a mi cita para registrarme.** 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 pacientes con citas previas pueden hacer que mi médico llegue tarde a mi cita. Si habitualmente llega tarde a las citas programadas, podría ser expulsado de nuestra consulta.

Iniciales: _____

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

Iniciales: _____



Paquete para pacientes nuevos (Iniciales: _____ FDN: ____ / ____ / ____)

POLÍTICA DE AUSENCIA SIN NOTIFICACIÓN PREVIA: Entiendo que si faltó a una cita o cancelo con menos de 24 horas de anticipación, se me cobrará un cargo de \$50.00 por una visita al consultorio perdida y un cargo de **\$100.00** por una visita de procedimiento perdida. Si falta a dos o más citas programadas en un breve periodo de tiempo, podría ser expulsado de nuestra consulta.

Iniciales: _____

CHEQUES DEVUELTOS: Entiendo que se cobrará un cargo de **\$25** por cualquier cheque devuelto, y dejaremos de aceptar sus cheques.

Iniciales: _____

POLÍTICA DE PAGO POR CUENTA PROPIA: Los pacientes sin cobertura de seguro y los pacientes cubiertos por planes de seguro en los que nuestra práctica no participa se consideran autopago. La cuota de la cita de la visita del **PACIENTE NUEVO** es **\$350**, y la cuota de la cita de la visita del paciente de **SEGUIMIENTO** es **\$250**. Cualquier prueba adicional, intervenciones, procedimientos, etc., se evalúan por separado y deben ser pagados en el momento del servicio. Es siempre la responsabilidad del paciente saber si nuestra oficina participa en su plan de salud.

Iniciales: _____

EXCLUSIONES: No proporcionamos evaluaciones de discapacidad ni aprobaciones de discapacidad.

Iniciales: _____

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

Iniciales: _____

REABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS: Entiendo que para recibir un reabastecimiento, debo tener un acuerdo actual de prescripción de opiáceos con Pain Treatment Centers of Georgia, un examen toxicológico reciente como lo exige la ley, y debo acudir a consulta mensualmente y/o tener un acuerdo con el médico para acudir a consulta regularmente para que me proporcionen mis reabastecimientos. Entiendo que los reabastecimientos pueden tardar de 24 a 48 horas en completarse. Reconozco que la mejor manera de asegurar que mis medicamentos sean surtidos de manera oportuna es venir a que mi médico me reevalúe mensualmente. Estoy de acuerdo en esperar de 24 a 48 horas para que el personal complete la autorización previa para los medicamentos (si es necesario) y que mi seguro tiene 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 complete, la oficina del proveedor no controla el marco de tiempo de la revisión del seguro. También estoy de acuerdo y entiendo que los reabastecimientos de **NARCÓTICOS NO SE RECARGAN LOS VIERNES Y DESPUÉS DE LAS HORAS DE TRABAJO**. Si es necesario reabastecer, se debe llamar a la farmacia para que envíen un fax a nuestra oficina, y se tomará una decisión durante el horario laboral normal. Los reabastecimientos de medicamentos **NO SON UNA EMERGENCIA**.

Iniciales: _____

_____/_____/_____
Nombre del paciente o de su representante autorizado y firma Fecha

ACUERDO HIPPA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA O SANITARIA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN.

Nuestra práctica se dedica 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).

Las siguientes circunstancias pueden obligarnos a utilizar sus datos sanitarios:

1. Para coordinar su atención con sus fisioterapeutas, farmacéutico, proveedores de equipos médicos, médico remitente/tratante principal, o en caso de urgencia.
2. Para presentar reclamaciones a su compañía de seguros a efectos de facturación y pago.
3. Para cumplir la normativa sobre indemnización por accidentes laborales.
4. A petición de los organismos de vigilancia de la salud pública autorizados a recopilar información.
5. A petición de un agente de la autoridad.
6. Cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros.
7. Por imperativo legal en caso de demandas o procedimientos similares.

Sus derechos en relación con su información sanitaria:

1. Salvo en los casos descritos en este aviso, solo utilizaremos y divulgaremos sus datos sanitarios con su consentimiento por escrito. Usted puede revocar su consentimiento para divulgar en cualquier momento.
2. Puede solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su información sanitaria. Además, tiene derecho a solicitar que restrinjamos la divulgación de su información médica solo a determinadas personas implicadas en su atención. No estamos obligados a acceder a su solicitud; sin embargo, si accedemos, estamos obligados a cumplir nuestro acuerdo excepto cuando lo exija la ley, en casos de emergencia o cuando la información sea necesaria para atenderle.
3. Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información médica que puede utilizarse para tomar decisiones sobre usted, incluidos 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 respalde 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 nuestro consultorio o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben presentarse por escrito a Pain Treatment Centers of Georgia. No se le penalizará por presentar una queja.

Reconozco que se me ha facilitado un aviso de privacidad y que comprendo mis derechos como paciente.

Nombre del paciente o de su representante autorizado y firma

Fecha

POLÍTICAS DE PAGO

Por favor revise las siguientes políticas de pago y pregúntenos cualquier duda que tenga. Si lo solicita, le facilitaremos una copia.

1. Seguros. Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluyendo Medicare. Si usted no está asegurado por un plan con el que trabajamos, se espera el pago total en cada visita. Si usted está asegurado por un plan con el que trabajamos pero no tiene una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago total de cada visita 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 abonarse en el momento de recibir el servicio. Este acuerdo forma parte de su contrato con su compañía de seguros. El hecho de que no cobremos los copagos y los deducibles de los pacientes puede considerarse fraude. Por favor ayúdenos a obedecer la ley pagando su copago y deducible en cada visita.
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 abonar la totalidad de estos servicios en el momento de su visita.
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 seguro válido actual para proporcionar la prueba de seguro. Si usted no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, usted puede ser responsable por el saldo de una reclamación.
5. Presentación de reclamaciones. Presentaremos sus solicitudes de reembolso y le ayudaremos en todo lo que esté en nuestras manos para que le paguen. Es posible que su compañía de seguros le pida que facilite directamente determinada información. Es su responsabilidad cumplir con lo que le pidan. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamación es responsabilidad suya, tanto si su compañía de seguros paga su reclamación como si no. La prestación de su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; nosotros no formamos 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 beneficios máximos. Si su compañía de seguros no paga su reclamación en un plazo de 45 días, el saldo se le facturará automáticamente.
7. Impago. Si su cuenta tiene más de 90 días de retraso en el pago, recibirá una carta en la que se le informará de que dispone de 20 días para pagar la totalidad de su cuenta. No se aceptarán pagos parciales a menos que se negocie lo contrario. Por favor tenga en cuenta que si un saldo permanece impagado, 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 práctica. Si esto ocurriera, se le notificará por correo ordinario y certificado que dispone de 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestro médico solo podrá atenderle en caso de urgencia.
8. Citas perdidas. Nuestra política es cobrar por las citas perdidas no canceladas dentro de un período de 24 horas antes de una cita. Estos cargos serán su responsabilidad y se le facturarán directamente a usted. Por favor ayúdenos a servirle mejor manteniendo sus citas programadas regularmente.

He leído y comprendo la política de pagos y acepto regirme por sus directrices:

_____/_____/_____
Nombre del paciente o de su representante autorizado y firma Fecha



Paquete para pacientes nuevos (Iniciales: _____ FDN: ____/____/____)

AUTORIZACIÓN PARA EL USO/REVELACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

Nombre: _____ FDN: ____/____/____ # de SSN: ____-____-_____

Dirección postal: _____ Ciudad _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono: (____) _____ Teléfono alterno: (____) _____

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

- Obtener historial médico de otro médico o centro médico: _____ (escriba sus iniciales)
- Entregar el historial médico a otro médico o centro psiquiátrico: _____ (escriba sus iniciales)
- Compartir información/registros médicos con la(s) persona(s) indicada(s) a continuación: ____ (escriba sus iniciales)

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

Dirección postal: _____ Ciudad _____ Estado: _____ C.P.: _____

LIBERAR 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 proceda):

- Abuso de sustancias (si corresponde)
- SIDA/VIH (si corresponde)
- Historial psicológico/psiquiátrico (si corresponde)

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

Fotocopia: Autorizo además a que una fotocopia de este formulario de autorización sea plenamente aceptable como original y a que la organización sanitaria pueda denegar la divulgación de información sanitaria protegida si tiene motivos para creer (1) que 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 un plan de salud o la elegibilidad para recibir beneficios a que yo firme esta autorización.
- Entiendo que una vez que la información es divulgada de conformidad con esta autorización, puede ser divulgada de nuevo por el destinatario, y la información puede no estar protegida por los Reglamentos de 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 del paciente o de su representante autorizado y firma Fecha

Si está firmado por un representante legal, facilite la documentación del representante exigida por la legislación estatal (es decir, poder notarial, sustituto para la atención sanitaria, testamento vital o documentos de tutela).

HERRAMIENTA DE RIESGO DE OPIÁCEOS (ORT)

Marque cada pregunta como "sí" o "no" dependiendo de si la pregunta se aplica a usted. Utilice "✓" 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 abuso de drogas ilegales?		
¿Hay antecedentes personales de abuso de medicamentos con receta?		
¿Tiene entre 16 y 45 años?		
¿Hay antecedentes de abuso sexual preadolescente?		
¿Hay antecedentes personales de trastorno por déficit de atención (TDA o TDAH), trastorno bipolar o esquizofrenia?		
¿Hay antecedentes personales de depresión?		

Uso clínico (puntuación): _____

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE - 9 (PHQ-9)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? Utilice "✓" para indicar su respuesta.

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
¿Poco interés o placer por hacer cosas?				
¿Se siente abatido, deprimido o desesperanzado?				
¿Problemas para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado?				
¿Se siente cansado o con poca energía?				
¿Tiene poco apetito o come en exceso?				
¿Se siente mal consigo mismo o cree que es un fracasado o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia?				
¿Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión?				
¿Se mueve o habla tan despacio que los demás podrían haberlo notado? ¿O está tan inquieto o inquieta que se ha movido mucho más de lo habitual?				
¿Pensamientos de que sería mejor que estuviese muerto, o pensamientos de hacerse daño de alguna manera?				

Uso clínico (puntuación): _____

Alcohol (Audit-C)

¿Con qué frecuencia ha bebido alcohol durante el último año?

Frecuencia	Respuesta (utilice "✓" para indicar su respuesta)
Nunca	
Mensual o inferior	
De 2 a 4 veces al mes	
De 2 a 3 veces por semana	
4 o más veces por semana	

Si "consumía alcohol": ¿cuántos tragos tomó en un día normal cuando consumía alcohol durante el último año?

Frecuencia	Respuesta (utilice "✓" para indicar su respuesta)
1 a 2 tragos	
De 3 a 4 tragos	
De 5 a 6 tragos	
De 7 a 9 tragos	
10 o más tragos	

Si "consumía alcohol": ¿con qué frecuencia tomó 6 o más tragos en una misma ocasión durante el último año?

Frecuencia	Respuesta (utilice "✓" para indicar su respuesta)
Nunca	
Menos de un mes	
Mensualmente	
Semanal	
Diariamente o casi diariamente	

Consumo de tabaco (incluyendo cigarrillos electrónicos y vapes)

Indicar el estado actual	Respuesta (utilice "✓" para indicar su respuesta)
Actualmente fumo	
Solía fumar	
Nunca ha fumado	
De 2 a 3 veces por semana	
4 o más veces por semana	

Si es "fumador actual": ¿cuándo empezó a fumar? _____

Si es "fumador actual": ¿con qué frecuencia fuma?

Indicar el estado actual	Respuesta (utilice "✓" para indicar su respuesta)
Todos los días	
Algunos días, pero no a diario	

Si es "fumador actual": ¿cuántos cigarrillos fuma al día?

Indicar el estado actual	Respuesta (utilice "✓" para indicar su respuesta)
5 o menos	
6-10	
11-20	
21-30	
31 o más	

Si es "fumador actual": ¿cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?

Indicar el estado actual	Respuesta (utilice "✓" para indicar su respuesta)
En los primeros 5 minutos	
6-30 minutos	
31-60 minutos	
Después de 60 minutos	

Si es "fumador actual": ¿está interesado en dejar de fumar?

Indicar el estado actual	Respuesta (utilice "✓" para indicar su respuesta)
Listo para dejar de fumar	
Pensando en dejar de fumar	
No estoy listo para dejar de fumar	