

Formulario de Información del paciente

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Fecha Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal : _____

Teléfono Hogar: _____ Celular: _____ Número Seguro Social : _____

Licencia Conducción #: _____ Estado que expidió Licencia: _____ Sex: M F

Marital Status: S C D V

Médico Primario (PCP): _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Médico que refiere: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Raza: _____ Etnicidad: _____

Persona de contacto en caso de Emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Accidente relacionado con el trabajo / Accidente de tránsito (vehicular)

Compania de Seguro: _____ Fecha del Accidente: ____/____/____

Case Manager: _____ Teléfono: _____

Si hay abogado en el caso Nombre: _____ Teléfono: _____

Si el paciente es menor de edad, complete:

Nombre Padre: _____ Nombre Madre: _____

Empleador: _____ Empleador: _____

Cargo: _____ Cargo: _____

Teléfono: _____ Fecha Nacimiento: _____ Teléfono: _____ Fecha Nacimiento: _____

Información del Seguro Primario:

Nombre compañía: _____ ID #: _____

Nombre de grupo o #: _____ Dirección: _____

Teléfono #: _____ Nombre del asegurado: _____

Fecha de Nacimiento del asegurado: _____ Número de Seguro Social: _____

Nombre Empleador: _____ Relación del asegurado con el paciente: _____

Información del Seguro Secondary:

Nombre compañía: _____ ID #: _____

Nombre de grupo o #: _____ Dirección: _____

Teléfono #: _____ Nombre del asegurado: _____

Fecha de Nacimiento del asegurado: _____ Número de Seguro Social: _____

Nombre Empleador: _____ Relación del asegurado con el paciente: _____

GARANTÍA DE PAGO:

Entiendo que soy el directo responsable de los pagos por todos los servicios médicos recibidos. También entiendo que todas las facturas son pagaderas y deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Estoy de acuerdo en pagar todos los costos de cobro, incluidos los honorarios de abogados y los costos en caso de que sea necesario presentar una demanda para efectuar el pago. Autorizo que los pagos se realicen directamente a mi médico.

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN:

Por la presente autorizo a los médicos en esta oficina a divulgar cualquier información obtenida en el curso de mi examen y de mi tratamiento a mi compañía de seguros con el fin de procesar cualquier reclamo de seguro.

CESIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

Si esta oficina presenta los reclamos de seguro en mi nombre, autorizo el pago directo de cualquier beneficio a los médicos en esta oficina por el tratamiento médico o quirúrgico que reciba. En esta circunstancia, entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo no cubierto por el seguro. Permito que se use una copia de la autorización en lugar del original.

Firma: _____

FECHA: _____

Autorización para compartir información protegida de salud:

Autorización: Yo _____, autorizo a Blue Water Pain Solutions DBA/ Florida Pain Center para divulgar o discutir información relacionada con mi afección médica (incluida información relacionada con mi plan de tratamiento, información sobre medicamentos y / o información de facturación) a las siguientes personas:

Nombre 1. _____ 2. _____

* Tenga en cuenta que a cualquier persona no incluida en esta lista no se le proporcionará información relacionada con su atención, incluida la información de facturación. Puede cambiar, restringir o expandir esta lista en cualquier momento.

**No tiene que incluir nombres en la lista si no lo desea.

Firma paciente: _____ Fecha: _____

Aceptación de aviso de Notificación de Prácticas de Privacidad: Al firmar a continuación, reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad para la compañía y sus subsidiarias y afiliadas. El Aviso de Prácticas de Privacidad se debe proporcionar de conformidad con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996, modificada periódicamente, incluida la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (el " HITECH Act "), Título XIII de la División A y Título IV de la División B de la Ley de Recuperación y Reinversión de Estados Unidos de 2009 y cualquier reglamento implementado. **Fecha de vigencia del aviso: 23 de septiembre de 2013**

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma Representante del paciente: _____ Fecha: _____

Póliza financiera

El propósito de este formulario le permite a Blue Water Pain Solutions (DBA Florida Pain Center) realizar su tratamiento y facturar a cualquier seguro que nos brinde, compartir información con otras oficinas / instalaciones de atención médica y cobrar en su cuenta.

Los copagos, coaseguros, deducibles y servicios no cubiertos son responsabilidad del paciente / garante y se esperan al momento del servicio. Autorizo el tratamiento por parte de los proveedores de Blue Water Pain Solutions (DBA Florida Pain Center).

Autorizo la divulgación de cualquier información solicitada por las compañías de seguros o terceros responsables y asigno todos los beneficios o beneficios por lesiones a Blue Water Pain Solutions (DBA Florida Pain Center). Si no se proporciona el seguro correcto o no se obtiene la referencia adecuada, el paciente reconoce la responsabilidad total de la factura.

Reconozco que recibí o leí una copia del Aviso de prácticas de privacidad, que me fue entregado con los formularios iniciales para pacientes nuevos que permanecerán presentes en mi historial.

Por la presente entiendo la política financiera de esta oficina. Garantizo el pago de todos los cargos incurridos por la cuenta del paciente. Además, estoy de acuerdo en pagar todos los honorarios razonables de abogados, honorarios de agencias de cobranza, costos judiciales y cualquier otro cargo relacionado con cobros incurrido en mi cuenta. También entiendo que mi empleador puede ser contactado para verificar el estado de empleo.

Necesidades especiales: Hay momentos en que hacer un pago puede ser una dificultad financiera. Si este es el caso, se requerirá un comprobante de dificultades y deberá proporcionarse para que se realicen arreglos especiales de pago ANTES DE RECIBIR EL TRATAMIENTO.

Los copagos están exentos según lo exija la ley y su compañía de seguros.

Debe notificarnos si se trata de un accidente de trabajo o accidente de tránsito para evitar costos financieros adicionales. Si no está cubierto por ningún seguro, infórmenos que es un auto pago de su parte.

Tenga en cuenta nuestras tarifas para lo siguiente:

- Cuota por cheque devuelto depende de la cantidad pagada.
- Formas como FMLA, Disability, etc. \$35.00 cada una **PAGO EXACTO EN EFECTIVO EXCLUSIVAMENTE!**

Los copagos, el coaseguro, los deducibles y los servicios no cubiertos, o los saldos impagos al momento del servicio, resultarán en nuestra imposibilidad para tratarlo.

Si se requiere un referido y no se obtiene, usted será responsable del pago de esos servicios. La incorrecta información proporcionada del seguro o los cambios en las políticas serán responsabilidad del paciente.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante del paciente: _____ Fecha: _____

Casos con abogado- Autorización para divulgar registros al abogado del paciente - Por la presente autorizo a Blue Water Pain Solutions, PA a proporcionar a mi abogado un informe completo de mi examen, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, cargos de facturación, etc., en relación con el accidente en el que estuve involucrado.

Nombre del abogado: _____ Teléfono del abogado: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nuevo Paciente: Nombre _____

Fecha: _____

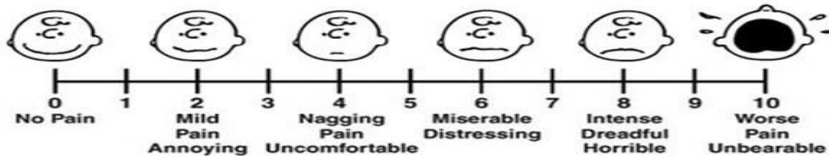
DOB _____ Edad: _____ Sexo: _____

Antecedentes médicos

- | | |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Desorden Circulatorio | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia (vejiga o intestino) | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de nervios | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Problemas de riñón | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> HIV/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Problemas de hígado | <input type="checkbox"/> Nausea/Vómito |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas Gastrointestinales |
| <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos/ Infartos | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Radio/quimioterapia | |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | |

Nombre de la Farmacia:	Teléfono #:	Dirección:
Nombre del médico de atención primaria:		

- Alergias:** (Marque con un círculo todo lo que corresponda)
 No se conocen alergias o Yodo / Tinte de contraste / Cortisona / Lidocaína / Cinta adhesiva / Látex / Medicamentos (Lista de otras alergias) à _____



Por favor, califique su dolor general utilizando la escala:

- Por favor, marque con un círculo la ubicación de su dolor a continuación. Además, usando la escala del 1 al 10, escriba el número al lado de la ubicación.

Cabeza		Cuello		Espalda Media		Espalda Baja		Gluteos		Abdomen	
Brazo Derecho/ Izquierdo.		Pierna Derecho/ Izquierda		Hombro Derecho/ Izquierdo		Rodilla Derecha/ Izquierda		Cadera Derecha/ Izquierda		Otro:	

- ¿Cuál es tu peor dolor #1 (si hay más de un lugar marcado con un círculo)? _____
- ¿Hace cuánto tiempo comenzó tu dolor? ___Días ___Semanas ___Meses ___Años o Fecha: _____
- ¿Comenzó tu dolor? ___De repente o ___ Progresivamente/Gradualmente

Causa del dolor:

Accidente automovilístico	Lesiones Laborales	Lesiones deportivas	Resbalón/Caída	Otros traumatismos	Enfermedad	Artritis
---------------------------	--------------------	---------------------	----------------	--------------------	------------	----------

- ¿Cómo describirías tu dolor? (marque con un círculo hacia abajo)

Palpitante	Adormecimiento	Insensibilizado	Tiroteo	Punzante	Constante va y viene
Calambres	Apretamiento	Roedor	Pullazos	Profundo	Superficial
Leve	Ardor	Hormigueo	Entumecimiento		

- **¿Su Dolor de cuello se irradia a los brazos?: SI / NO**
 ___Dolor de cuello peor que el dolor en el brazo ___Dolor de cuello y brazo son iguales ___dolor brazo peor que el dolor en el cuello
- **¿Su dolor de espalda se irradia a las piernas?: SI / NO**
 ___Dolor de espalda peor que el dolor de pierna ___Dolor de espalda y de pierna son iguales ___Dolor de pierna peor que el dolor de espalda.
- **¿Tiene entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas?** Ninguno / Brazo derecho / Brazo izquierdo / Pierna derecha / Pierna izquierda
- **¿Usted Tiene?:** Incontinencia intestinal/vesical o Entumecimiento en la ingle o N/A
- **¿Cuál de las siguientes cosas no puede hacer o empeora su dolor?**

Dormir	Cocinar/Limpiar	Trabajo	Levantar peso	Levantarse al estar sentado	Ejercicio	Doblamiento	Estar de pie	Otro:
Manejar	Recreación	Sexo	Andante	Cuidado de la familia	Cambios climáticos	Vestirse	Sentada	

- **¿Qué Actividades/Posiciones mejoran tu dolor?**

Hielo	Calor	Caminar	Sentada	Acupuntura	Otro:
Acostado	Electricidad	Masaje	Ejercicio		

- **¿Has participado recientemente en: (Por favor, encierre en un círculo) Fisioterapia / Cuidado quiropráctico / Ejercicio en casa / Gimnasio**

Cuando _____ Cuánto tiempo _____ ¿Útil? _____

- **¿Usted ha utilizado?** Bastón Andadera Silla de ruedas Otro: _____

Por favor escriba los médicos anteriores atendidos POR SU DOLOR...	Especialidad (Ej. Cirujano, Doctor del dolor, Medico primario)	¿Cuándo dejaste de verlos?	¿Por qué dejaste de verlos?
1)			
2)			
3)			

- **¿Ha recibido alguna inyección para el dolor? (Por favor, marque con un círculo todo lo que corresponda)**

Epidurales	Inyecciones en las articulaciones facetarias	Inyección de puntos gatillo	Inyección articular	Botox
Bloqueo nervioso	Rizotomía / RFA	Estimulador de la médula espinal	Células madre	PRP

Otro:

- **Por favor, escriba todas las cirugías o imágenes relacionadas en las secciones a continuación.**

Tipo de cirugía	Fecha	Resultado (¿Ayudó?)
1)		
2)		
3)		
4)		

<u>Tipo de Prueba</u>	<u>Nombre del lugar:</u>	<u>Fecha</u>	<u>Tipo de Prueba</u>	<u>Nombre del Lugar</u>	<u>Fecha</u>
Tomografía (CT)			EMG/NCV		
MRI			Gammagrafía ósea		
Radiografía			Escaneo Dexa		
Otro:					

- **¿Has usado alguno de los analgésicos que se indican a continuación en el pasado?**

Medicinas	✓	Medicinas	✓	Medicinas	✓	Medicinas	✓
Oxicodona, Percocet		Oximorfona, Opana		Ciclobenzaprina, Flexeril		Tepentadol, Nucynta	
Hidrocodona, Vicodin, Norco		Hidromorfona, Dilaudid		Robaxin		Tramadol, Ultram	
Morfina		Ibuprofeno		Baclofeno		Topamax	
Fentanilo		Naproxeno		Carisoprodol Soma		Buprenorfina, Butrans, Belbuca	
Tylenol #3 o #4		Meloxicam, Mobic		Tizanidina Zanaflex		Subutex, Suboxone	
Duloxetina, Cymbalta		Prednisona		Gabapentina		Lírica	
Celebrex		Nortriptilina Elavil		Amitriptilina			
Otros:							

Por favor, enumere los efectos secundarios:

- **Haga una lista de todos los medicamentos que está tomando actualmente....**

Nombre Del Medicamento	Dosis	Frecuencia (con qué frecuencia se toma)	Condición que se está tratando
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			

Si, es más, adjunte la lista de medicamentos o escriba en el reverso de la última página.

- **¿En el último año ha consumido algún tipo de droga?** Marihuana, cocaína, heroína, metanfetamina, otros? _____
- **¿Tiene algún historial de abuso/adicción a las drogas, incluidos los medicamentos recetados o las drogas ilícitas?** S SI / NO
- **¿Fuma cigarrillos o consume algún producto de tabaco?** Actual / Anteriormente / Nunca
- **¿Bebes alcohol?** SI / NO **¿Cuántas bebidas por semana?** _____



Autorización para suministrar información médica a terceros

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ **No. de seguro Social:** _____

Autorizo a (Nombre y teléfono de la oficina medica):

Suministrar mi información médica relacionada a mi tratamiento desde _____ hasta _____

Esto debe incluir todos los registros, si los hay, relacionados con el VIH o el SIDA, la salud mental o del comportamiento o la atención psiquiátrica y el abuso de drogas o alcohol.

Propósito de esta solicitud: provisión de atención medica continua

Puntos específicos sobre los que se entregaran información:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Informe Cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Emergencia | <input type="checkbox"/> Reportes patológicos |
| <input type="checkbox"/> Notas medicas | <input type="checkbox"/> Historia clínica y Examen físico | <input type="checkbox"/> Resumen de alta |
| <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Rayos-x | <input type="checkbox"/> Reportes quirúrgicos |
| <input type="checkbox"/> Resonancia magnética | <input type="checkbox"/> Informe de evolución | |
| <input type="checkbox"/> Fotos, videos u otras imagines digitales | <input type="checkbox"/> Prescripciones de medicamentos | |

Otros (indicar) _____

Enviar la información por:

Fax: 954-447-5259

Enviar a siguiente dirección 1951 SW 172 Avenue, Suite 314, Miramar, FL 33029

Autorizo a un representante para que sean retirados: _____

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, excepto en la medida en que se evaluado antes de la revocación. Si no fue revocado previamente, este consentimiento tendrá vigencia un año después de la fecha de mi firma.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre: _____ **Relación con el paciente:** _____

Nuestro objetivo dentro de la clínica del dolor es asistir a los pacientes en el tratamiento de su dolor crónico. Esto se logra a través de varias modalidades, incluyendo inyecciones o bloqueos nerviosos, terapia física, programa de ejercicios, consejería psicológica de ser necesaria y referidos a cirugía u otras especialidades de ser necesario. Nos esforzamos por tratar el dolor mediante varios tratamientos, más allá de los medicamentos para permitir a los pacientes vivir una vida lo más posible libre de dolor. Buscamos tratar la causa de dolor y no los síntomas. **Sin embargo, también entendemos que el uso de medicamentos opioides y otros tipos de medicamentos, pueden ser necesarios para el tratamiento de ciertas condiciones de dolor crónico.**

El propósito de este acuerdo es aclarar las condiciones bajo las cuales el médico suspendería la prescripción de medicamentos. Este acuerdo permitirá que tanto usted como su doctor puedan adherirse a las normas relacionadas con el uso y prescripción de medicamentos controlados y evitar malentendidos sobre los medicamentos consumidos para manejo del dolor. **Por favor lea cada ítem de este acuerdo con atención:**

Yo entiendo y acepto los siguientes términos de todas y cada una de las prescripciones:

(Ponga sus iniciales)

1. _____ Yo usaré los medicamentos en la cantidad y frecuencia prescrita por el especialista de dolor, si yo tomo una cantidad mayor a la indicada entiendo que no se dispensara la medicina antes de la fecha indicada y puedo quedar sin medicamento para manejo de dolor por un tiempo.
2. _____ No compartiré, venderé o cambiaré mis medicamentos con nadie. No intentaré obtener medicinas controladas, incluyendo medicamentos tipo opioides, estimulantes controlados o medicamentos para control de ansiedad de otro doctor. Cuidaré mis prescripciones y mis medicamentos para evitar su pérdida o robo. Entiendo que ante la pérdida de medicamentos o robo de estos no se realizará reemplazo.
3. _____ El discontinuar súbitamente un opioide puede llevar a efectos de abstinencia que pueden ser incómodos o pueden poner en riesgo su salud.
4. _____ En el caso que mi médico considere que la dosis de mi medicamento es excesiva o se identifique un diagnóstico de adicción, él reducirá el medicamento por el periodo de tiempo (días, semanas o meses) necesario para evitar síntomas de abstinencia. Adicional, un tratamiento para adicción o detoxificación puede ser recomendado.
5. _____ Entiendo y acepto que no recibiré ningún tipo de prescripción de medicamentos para dolor o medicamentos sedantes de ningún otro médico a excepción de mi especialista, a menos que sea una necesidad médica específica. Si mi cuidador o yo recibimos medicamentos para dolor o sedantes de parte de otro médico, debemos informar a esta oficina por teléfono u de manera escrita dentro de las 72 horas de haber recogido los medicamentos.
6. _____ La solicitud de una nueva prescripción debe ser realizada solo durante horas laborales en la oficina.
7. _____ La solicitud de una nueva prescripción no está disponible durante las noches, fines de semana o feriados, y tampoco con menos de 72 horas de haber informado a mi médico o al personal de la oficina.
8. _____ Entiendo que es mi responsabilidad hacer seguimiento a mi suministro de medicamentos.

9. _____ Informaré de manera completa y honesta sobre las características e intensidad de mi dolor, el efecto del dolor sobre mi vida diaria y que tanto los medicamentos ayudan a aliviar mi dolor. Entiendo que, mi cuidador y/o yo somos responsables de la información que sea suministrada al médico.
10. _____ He sido informado de abstenerme o moderar el consumo de bebidas alcohólicas mientras tomo medicamentos para el dolor. No utilizaré ninguna sustancia ilegal o controlada, incluidas, pero no limitadas a marihuana, cocaína, éxtasis, GHB, etc. Si soy un fumador, entiendo que me será recomendado no fumar. Los fumadores generalmente tienen menor respuesta al tratamiento para dolor por los efectos del cigarrillo frente a el transporte de oxígeno a los tejidos. Adicionalmente la obesidad es un factor muy importante en las fases de tratamiento de dolor crónico. Cada 10 libras de exceso que se tengan afectan la columna, discos vertebrales y nervios espinales. El peso excesivo resulta en un aumento de dolor. Si usted tiene sobrepeso debe inscribirse en un programa de pérdida de peso y se ordenará para usted terapia física.
11. _____ Si recibo una orden de terapia física, acepto asistir y participar en la totalidad de las sesiones ordenadas. Si hay algún tipo de problema con la terapia física, yo informaré a mi medico de tal forma que puedan realizarse los cambios necesarios en mi terapia.
12. _____ Yo acepto que haré los exámenes de orina, saliva o sangre necesarios para confirmar que estoy siguiendo mi tratamiento como fue ordenado si me es solicitado acudir a la consulta a realizar exámenes fuera de mis citas programadas. Entiendo que negarme a realizar los exámenes puede conllevar a no recibir la prescripción médica.
13. _____ Si me es solicitado, yo traeré todos los medicamentos no utilizados a la oficina para un “conteo de la medicina”. Mi doctor puede solicitar un “conteo de la medicina” adicional en cualquier momento y me comprometo a cumplir con estas reglas. Acepto que traeré el último recipiente de tabletas para cada medicamento en cada visita a mi médico. Estos recipientes deben corresponder con la última prescripción, con los sellos de los medicamentos intactos y legibles de tal forma que el medico pueda documentar en el récord médico la información sobre el control de medicamentos, incluyendo el número de registro de la prescripción y la farmacia con su número de teléfono.
14. _____ Entiendo que este acuerdo es esencial para la confianza en la relación médico-paciente y que mi doctor acepta tratarme con base en este acuerdo. Entiendo también que, si rompo este acuerdo o entrego información falsa, mi doctor suspenderá la prescripción de medicamentos para manejo de dolor y será removido de la práctica médica de manera inmediata.

He revisado y entendido todos los puntos en este acuerdo de 3 páginas. Acepto lo descrito en cada punto. Todas mis preguntas relacionadas al tratamiento han sido adecuadamente respondidas. Una copia de este documento me será entregado en caso de ser solicitado. Yo acepto de manera voluntaria la participación en este programa de tratamiento para el dolor descrito en este acuerdo.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre de representante: _____ **Firma del representante:** _____

Política Financiera del Paciente:

Estamos comprometidos a brindarle servicios de atención médica de alta calidad y garantizar la transparencia en todos los asuntos financieros. Para facilitar una comprensión clara de nuestros procedimientos de pago y sus responsabilidades, hemos esbozado la siguiente Política Financiera del Paciente. Revise esta política antes de su cita.

Pago en el momento de la visita:

El pago de todos los servicios, incluidos los copagos, el coseguro, los deducibles y los pagos por servicios no cubiertos, es *necesario en el momento de su visita*. Aceptamos efectivo, cheques, Mastercard, VISA, Discover y American Express para su conveniencia.

Seguros y Referido:

- **Información del seguro:** Es su responsabilidad proporcionar información precisa y actualizada sobre el seguro a nuestro personal en el momento de su cita, y esto incluye proporcionarnos cualquier actualización que pueda haber sido retroactiva y que pueda afectar la adjudicación de sus reclamaciones. *Esto incluye notificar a nuestro personal si está inscrito en un plan Medicare Advantage.*
- **Copagos/Coaseguro/Deducibles:** Su póliza con su compañía de seguros representa un contrato entre usted y la aseguradora. Los copagos, coseguros y deducibles son su responsabilidad y no se renunciará a ellos. Usted debe organizar el pago de estos costos antes de programar una cita, y esto incluye conocer el copago aplicable para las visitas al consultorio y los procedimientos en el Centro de Cirugía. *También debe verificar que estemos dentro de la red con su seguro antes de su cita. Esto incluye tanto el consultorio como el Centro de Cirugía si tiene programado un procedimiento.* Le recomendamos que nos avise de inmediato si ve que nuestros médicos o el centro no figuran en su plan para que podamos investigar esto más a fondo.
- **Referencias a especialistas:** Si su póliza de seguro exige una referencia para ver a nuestros especialistas, es su obligación obtener y proporcionar esta referencia antes de su cita. Si no lo hace, puede resultar en la reprogramación de la cita, sujeta a la tarifa de reprogramación. Los médicos de atención primaria no "antedatarán" las referencias.
- **Presentación de reclamos:** Si está cubierto por una póliza de seguro con la que tenemos un contrato, presentaremos un reclamo a su compañía de seguros para obtener un reembolso.
- **Fuera de la red:** **Si se realiza un procedimiento en uno de nuestros centros quirúrgicos y están fuera de la red de su seguro, como cortesía, aplicaremos sus beneficios dentro de la red a su responsabilidad como paciente fuera de la red. Si tiene preguntas sobre esto, discútalos con uno de nuestros asesores financieros en la oficina comercial antes de su cita.**
- **Servicios no cubiertos:** Usted es responsable de cualquier servicio que no esté cubierto por su seguro.
- **Pagos realizados directamente al paciente:** En caso de que su compañía de seguros le pague directamente por error, usted está obligado a endosar el pago a **Florida Spine & Pain Center - 1951 SW 172 Avenue, Suite 314, Miramar, FL 33029**, junto con una Explicación de Beneficios (EOB) de su proveedor de seguros. El uso de los ingresos del seguro para uso personal constituye un fraude de seguros, que está estrictamente prohibido.

Política de citas:

- **Tiempo de pago/cargo por reprogramación:** Los copagos deben pagarse antes de que se brinden los servicios. Supongamos que no puede pagar su copago antes de ser atendido. En ese caso, esto puede resultar en la reprogramación de su cita, que estará sujeta a una tarifa de reprogramación de \$50 para visitas al consultorio o una tarifa de reprogramación de \$100 para citas en el Centro de Cirugía.
- **Cancelaciones y cargos por "No-Show":** Con el fin de brindar los mejores servicios a nuestros pacientes, requerimos un aviso mínimo de 48 horas para cancelaciones o reprogramaciones de sus citas. Si no se notifica a tiempo, se cobrará una tarifa de \$50 por las visitas al consultorio y de \$100 por las citas en el Centro de Cirugía. Si tiene una emergencia o está enfermo, notifíquenos de inmediato. Evaluaremos nuestros honorarios caso por caso.

Entendemos que, de vez en cuando, las circunstancias atenuantes están fuera de su control, pero comprenda que 3 ausencias pueden resultar en que sea dado de baja de la práctica.

Tarifas varias:

- Cargo por cheques sin fondos: Se cobrará un cargo de \$35 por cheques que se devuelvan debido a fondos insuficientes.
- Tarifas de cobranza: Si su cuenta se remite a una agencia de cobranza, usted será responsable de cualquier interés, cobranza y honorarios de abogados adicionales asociados con la recolección del saldo pendiente. Además, esto puede afectar su crédito y potencialmente resultar en su despido de la práctica.
- Falta de mantenimiento de planes de pago: Si se inscribe en un plan de pago con su tarjeta de crédito, se espera que pague su saldo en su totalidad dentro de los 6 meses. Además, usted es responsable de actualizarnos si cambia cualquier información relacionada con su tarjeta de crédito. Esto incluye la fecha de vencimiento, el número CVV, CVC o CID. Si su tarjeta de crédito es rechazada por cualquier motivo, el plan de pago se considerará nulo y sin efecto, y se requerirá el pago completo antes de volver a ser visto.

Reconozco y acepto los términos descritos en esta Política Financiera del Paciente al buscar atención en **Florida Spine & Pain Center**. Reconozco la importancia de cumplir con estas políticas para el beneficio mutuo de todas las partes involucradas. El uso indebido de los ingresos del seguro constituye fraude de seguros, y me comprometo a mantener todas las regulaciones y estándares éticos relevantes.

- Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos. Esto incluye servicios no cubiertos, exclusiones, lapsos de cobertura, terminación de cobertura o servicios denegados cuando se han alcanzado los máximos de la póliza.
- Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi historial médico y tratamiento o el de mi dependiente con el fin de evaluar y adjudicar el pago de las reclamaciones incurridas.
- Autorizo que los pagos se puedan hacer directamente a mi proveedor.

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____

Tutor/Representante (si corresponde): _____

Conserve una copia de esta política para sus registros.