Our Multispecialty Team Welcomes You!

arizonapaintreatmentcenters

MODERN AMBULATORY SURGERY CENTER

Minimally Invasive SPINE

Arizona's Minimally Invasive & Endoscopic Spine Surgery Specialists

McDowell ambulatory surgery center

PACIFIC TOXICOLOGY LABORATORIES

You may see these names listed on your Explanation of Benefits from your health insurance carrier.
Questions? Contact your assigned account representative.

Quien le podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? Proveedor medico _____

Medico quiropractico _____ Familiar o amigo _____

Internet Radio/revista Compania a seguradora

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente_____ Fecha de nacimiento _____Edad_____

Direccion_____Apt #_____

Ciudad_____Estado_____ Codigo postal_____

Casa # (_____)_____Celular # (_____)_____Alt/trabajo# (____)_____Email_____

Numero de licencia_____ SS #_____ Masculino/Femenino_____

Estado civil: ( ) Soltero ( ) Divorciado ( ) Viudo ( ) compañero ( ) Casado. Nombre de esposo(a) _____

Raza_____ Etnicidad_____ Idioma Principal_____

Lugar de empleo_____ Ocupacion_____

Contacto de emergencia _____ Relationship_____ Telefono (_____)_____

QUIEN ES SU DOCTOR PRIMARIO? _____

Direccion_____ Ciudad / Estado/ Codigo postal _____Telefono # (____)_____

ESTAN RELACIONADOS SUS SINTOMAS CON UN ACCIDENTE? Si ( ) No ( ) No se ( ) Fecha de accidente _____

Si responde si, que tipo? Auto ( ) En el trabajo ( ) Otro ( ) _____ Fecha reportado_____

Hay un caso juridico relacionado con esta lesion? No ____ Si ____ Estado en el cual la lesion ocurrio_____

CITAS
Le pedimos ha nuestros pacientes llegar a sus citas con 15 minutos de anticipacion para poder llenar los documentos necesarios. Si llega tarde, le tendremos que cambiar su cita a otro dia segun nuestra conveniencia.

PERMISO DE TRATAMIENTO
Yo autorizo ha el personal de Arizona Pain Treatment Centers que me examine y provea el tratamiento que ellos sientan es necesario.

AUTORIZACION PARA LIBERAR INFORMACION DEL PACIENTE
Yo autorizo ha Arizona Pain Treatment Centers y ha sus doctores que liberen y proporcionen toda informacion medica y financiera con privacidad y necesidad solamente relacionada con mi caso medico ya sea hoy o ha futuro para facilitar mi tratamiento y pago por agencias terceras, para verificar necesidad de tratamientos,como informacion de documentos para cuestionarios de calidad, o para evaluaciones de resultados medicos. Esta informacion puede ser brindada a companias aseguradoras, HMOs, PPOs, organizaciones que monitoran tratamientos, IPAs, agencias de pago por terceros, o ha cualquier organizacion que se contrate con cualquiera de las agencias que realicen estas funciones. Yo tambien autorizo que se mande una copia de mi expediente medico a mi doctor primario o doctor especialista cual sea directa o indirectamente responsable de mi salud o pagos por ella.

NOTIFICACION DE PRIVACIDAD
Yo acepto haber recibido, entendido, y aceptado la notificacion de privacidad de Arizona Pain Treatment Centers/McDowell Ambulatory Surgery Center, la cual describe los procedimientos de la entidad sobre el uso de mi Protegida Informacion Medica hecha, recibida, o archivada por la entidad. Yo entiendo tender el derecho de pedir una restringion sobre el uso de mi Protegida Informacion Medica.

_____

Nombre Firma Fecha

Fecha: _____ **Fecha de nacimiento _____**

Apellido_____ Nombre _____

Quien lo referio a nuestra practica? _____

Quien es su doctor primario? _____

Telefono # _____ Ultimo consulta? _____

Escriba los doctores que ah visto por su condicion. (**Especialmente incluya cualquier Reumatologo, Neurologo, Cirujano Ortopedicos, Cirugano de Columna, o doctores Quiropracticos**) _____

_____

Queja(s) pricipal de dolor	**Fecha de inicio**	**Escala de dolor (0-10)**
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Por favor Sombree donde tiene dolor

Circule si ah recibio estos tratamientos

Tratamiento Quiropractico **S / N** Terapia Fisica **S / N**

Terapia de Masaje **S /N** Psicologica para el dolor **S / N**

Otro _____

Circule si ah recibio estas inyecciones

Inyeccion epidural con esteroide **S / N**

Inyeccion a articulacion fucetaria o bloqueo facetaria **S / N**

Ablacion por radiofrecuencia **S / N**

Inyeccion en puntos reflexogenos **S / N**

Otro _____

Escriba examen diagnostico hecho para su condicion (MRIs, X-Rays, CT, EMGs, etc.)

Fecha	**Examen**	**Parte del cuerpo**	**Establecimiento**

Tiene su lista de mediamentos con usted hoy? S / N

Nombre de la Farmacia: _____Telefono #_____Calles_____

Estatura _____Peso _____PS _____Pulso _____

Iniciales del paciente: _____ Revisado por:_____ Fecha:_____

Por favor indique si tuvo, o actualmente tiene las siguientes condiciones:

[ ] Corazon	[ ] Presion alta	[ ] Marcapasos/desfibrilador
[ ] Sangrado o transtorno sanguineo	[ ] Pulmones/falta de respiracion	[ ] Apnea del sueno
[ ] Rinon/genitourinario	[ ] Incontinencia vesical/intestinal	[ ] Estomago/intestino/reflujo de acido
[ ] Nausea/vomito	[ ] Diabetes	[ ] Tiroides o hormonas
[ ] Higado	[ ] Hepatitis	[ ] VIH
[ ] Cancer	[ ] Dolores de cabeza	[] Infarto/AIT (ataque isquemico transitorio)
[ ] Asimiento	[ ] Fracturas	[ ] Osteoporosis
[ ] Coyonturas/musculo/reumatoide/gota	[ ] Transtorno cutaneo	[ ] Depresion/ansiedad/otro
[ ] Idea/intento suicidio	[ ] Fiebres recientes/recurrentes	[ ] Otro

Si **si** a alguna de las anteriores, por favor explique y de una fecha aproximada: _____

_____

_____

Tiene **alergia** al latex, cinta adhesiva, tinte de contraste, Yodo/mariscos o **medicamento**?

Por favor escriba las alergias y la reaccion _____

_____

Escriba todos sus cirujias

_____

_____

_____

Ha tenido algun problema con cirugias o anestesia?
Fecha/Reaccion:_____ _____

Historial familiar
Madre: Viva o fallecida _____ **Condiciones medicas**_____

Padre: Vivo o fallecido _____ **Condiciones medicas**_____

Tiene historial de abuso fisico, sexual o emocional? **O Si** **O No**
Actualmente usa alguna droga ilegal? **O Si** **O No**
Tiene historial de uso de drogas illegales? **O Si** **O No**
Si si, explique por favor: _____

Consume alcohol? Si si, cuanto? _____ Ultima vez _____
Usa tabaco? Si si, cuanto? _____ Ultima vez _____

Hay algo mas en su historial medico que sienta usted que es importante para su cuidado aqui?

_____

Iniciales del paciente: _____ Revisado por:_____ Fecha:_____

Nombre:_____ Fecha de nacimiento:_____

Marque las cajas que aplican
Hombre [ ] Mujer [ ]
Tiene menos que 45 anos? Si [ ] No [ ]

---

1. Hay historial familiar de abuso de sustancias? Marque si apliqua:

Alcol	**[ ]**
Drogas illegales	**[ ]**
Medicamento con receta	**[ ]**

---

2. Usted tiene historial de abuso de sustancias? Marque si apliqua:

Alcol	**[ ]**
Drogas illegales	**[ ]**
Medicamento con receta	**[ ]**

---

3. Tiene historial de abuso sexual? Si **[ ]** No **[ ]**

---

4. Tiene diagnosticos psiquiatricos? Marque si apliqua:

Desorden de atencion, Desorden obsesivo/compulsivo, bipolar, esquizofrenia?	**[ ]**
Depression?	**[ ]**

Firma del paciente _____ Fecha _____

Iniciales del paciente: _____ Revisado por:_____ Fecha:_____

arizonapaintreatmentcenters

Spine and Musculoskeletal Treatment Specialists

Paciente Historia de Accidente

Nombre del paciente _____

Marca/modelo/ano del vehiculo _____

Si otro vehiculo implicado, el nombre del otro conductor _____

Marca/modelo/ano del otro vehiculo _____

Fecha de accidente _____

Tipo de accidente O collision trasera O colision de frente O colision de costado O colision lateral O Sin colision

Usted era el O conductor O pasajero/ O asiento delantero O asiento trasero

Estaba su vehiculo en movimiento en el momento del accidente? O Si O No

¿Que tan rapido estima viajaba el otro vehiculo? _____

¿Se preparo para el impacto? O Si O No ¿Su bolsas de aire desplegar? O Si O No

¿Llevaba cinturon de seguridad? O Si O No

¿Su vehiculo tienen cabecera? O Si O No En caso afirmativo, cual fue la posicion de la cabecera?

Parte superior de la cabecera fue O a nivel con la parte inferior de la cabeza O a nivel con la parte superior de la cabeza O a nivel con la mitad de la cabeza

¿Su vehiculo estaba frenando? O Si O No ¿Estaba el otro vehiculo frenando? O Si O No

¿Recuerda usted golpear la cabeza o parte del cuerpo en el impacto? O Si O No Explicar_____

¿Se le evaluo en el lugar del accidente? O Si O No

¿Fue transladado en ambulancia al hospital?O Si O No En caso afirmativo, en que hospital?_____

¿Recibio alguna atencion medica la fecha del accidente? O Si O No

En caso afirmativo, el nombre de la clinica _____Fechas _____

Comprobar que todos los sintomas aparentes desde el accidente

☐ Dolor de cabeza	☐ Alteraciones de la vision	☐ Olvido	☐ Dolor de la hombro
☐ Dolor de cuello	☐ Ansiedad/depresion	☐ La falta de energia	☐ Dolor de codo
☐ Dolor de espalda media	☐ Falta de coordinacion	☐ Estrenimiento	☐ Dolor de la muneca
☐ Dolor de espalda baja	☐ Dificultad para caminar	☐ Diarrea	☐ Dolor de tobillo
☐ Mareo	☐ Dificultad para concentrase	☐ Hormigueo	
☐ Alteraciones de sueno	☐ Zumbido en los oidos	☐ Debilidad	
☐ Moretones/cortes/rasgunos	☐ Irritabilidad	☐ Dolor de la mandibula	

¿Tenia usted presente alguno de las sintomas fisicos ANTES DEL ACCIDENTE? O Si O No

En caso afirmativo, por favor explique _____

¿Ha perdido tiempo de trabajo como resultado de este accidente? O Si O No

En caso afirmativo, complete el ultimo dia trabajado_____

Si volvio al trabajo, fechas en las que falto al trabajo _____

Tipo de empleo_____

Deberes en el trabajo que usted es incapaz de realizar _____

Indique el % de su capacidad de trabajar desde el accidente automovilistico_____% *(0% = capacidad/incapacidad laboral 100% = capacidad total/normal)*

Indique tres actividades de la vida que han sido afectados desde el accidente y su capacidad el % de para cada uno

(por examplo: no puede jugar con los ninos, 20%, no puede cocinar 80%, incapaz de conducir 0%,)

1)_____ ___% 2) _____ ____% 3)_____ ___%

Aviso de Gravamen del médico

PACIENTE: _____

FECHA DEL ACCIDENTE: _____

Autorizo a Arizona Centros de Tratamiento del Dolor / Centro de Cirugía Ambulatoria McDowell PARA proporcionar usted, mi abogado, un informe completo de su su / examen, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc de mí mismo en lo que se refiere al accidente en el que estuvo involucrado recientemente.

Por la presente autorizo e instruyo a usted, mi abogado, a pagar directamente a dichas sumas médico que puedan deberse y debido dicho médico para el servicio médico prestado a mí, tanto a causa de este accidente y en razón de otros proyectos de ley que se deben consultorio del médico y de retener tales sumas de cualquier arreglo, juicio o veredicto que sean necesarias para proteger adecuadamente y compensar totalmente dicho médico. Y, queda aún dar un gravamen sobre mi caso a dicho médico en contra de cualquier y todas las ganancias de mi liquidación, juicio o veredicto que puede ser pagado a usted, mi abogado o yo mismo, como consecuencia de las lesiones para las que me han tratado o lesiones en relación con los mismos.

Entiendo perfectamente que soy directa y plenamente responsable a dicho médico para todas las cuentas médicas presentadas por los dijo el doctor para el servicio me hizo y que este acuerdo se hace solamente a dicho médico adicional protección y en consideración a la espera de pago médico. Y yo entiendo que tal pago no está supeditada a ningún acuerdo, sentencia o veredicto por el que puede llegar a recuperar dicho tarifa.

Estoy de acuerdo en notificar de inmediato a dicho médico de cualquier cambio o adición de abogado(s) utilizado por mí en relación con este accidente, y yo instruyo a mi abogado para que haga lo mismo y entregar sin demora una copia de este gravamen a cualquier tal abogado sustituido o añadido(s).

Reconozca por favor esta carta con su firma y regresar a la oficina del doctor. Se me ha informado que si mi abogado no quiere cooperar en la protección de los intereses del médico, el médico no esperará pago, pero puede declarar la totalidad del saldo adeudado y pagadero.

Fecha: _____ _____

Firma de paciente

Fecha: _____ _____

Firma del abogado

Por favor, la fecha, firme y devuelva una copia a la oficina de los médico y guarde una copia para sus archivos.

Entiendo que puedo ser un paciente de:

Arizona Pain Treatment Centers, PC
McDowell Ambulatory Surgery Center, LLC
Modern Ambulatory Surgery Center, PC
On-Call Anesthesia Surgical, LLC
Minimally Invasive Spine, LLC

Denominado en lo sucesivo de la oficina

Yo entiendo que Azmi Nasser, D.O. tiene interes finaciero en McDowell Ambulatory Surgery Center, LLC.

_____
Nombre

_____ _____
Firma del Paciente Fecha

Directivas Avanzadas

Estamos obligados a cumplir con las leyes federales y estatales en relacion con directivas avanzadas para adultos e incluir esta informacion en su expediente. Si usted tiene un testamento un poder medico por favor de traerlo a su proxima cita para que puedamos escanear en su expediente.

La " Directiva Avanzada" es un termino general que se refiere a sus instrucciones orales y/o escritas sobre su atencion medica en el futuro en caso de que no pueda hablar por si. Cada estado regula el uso de Directivas Avanzadas de manera diferente. Hay dos tipos de Directivas Avanzadas uno es el testament y el otro es el poder medico. Si desea una copia de los formularios de Directivas Avanzadas official del estado de Arizona visite http://www.azsos.gov/adv_dir/

□ **Yo tengo un poder medico.**

□ **Yo tengo un testamento.**

Mi Testamento

(Por favor circule uno) **Contiene / No contiene** No resucitar

□ **No tengo ninguno de los anteriores.**

"No resucitar" Directivas no son aceptadas en la "oficina" y se le pedira que firme una anulacion si su voluntad contiene esto.

Asignación de Beneficios y designación de "La Oficina" como Representante autorizado

Por la presente cedo y transmitir directamente al proveedor de atención médica antes mencionado, como mi representante designado autorizado, todos los beneficios y / o seguro médico de reembolso, en su caso, de otro modo pagaderos a mí por servicios, tratamientos, terapias, y / o medicamentos prestados o proporcionada por el proveedor de atención médica nombrado arriba, sin importar su estatus de la participación de atención médica administrada. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de todo pago de seguro o de beneficios aplicables. Por la presente autorizo al médico nombrado arriba-para liberar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos. Además, por la presente autorizo a mi plan fiduciario administrador, compañía de seguros, y / o abogado para liberar al proveedor de cuidado de la salud antes nombrado cualquiera y todos los documentos del Plan, descripción de beneficios resumen, póliza de seguro, y / o información sobre la liquidación previa solicitud por escrito de los anteriores proveedor de atención médica -llamada o sus abogados con el fin de reclamar tales beneficios médicos.

Además de la asignación de los beneficios médicos y / o el reembolso del seguro anterior, también ceder y / o transmitir al proveedor de atención médica nombrado arriba cualquier reclamación legal o administrativa o elegimos una acción surja en relación con el plan de salud de grupo, plan de beneficios a los empleados, seguro de salud o seguro de autor del daño en relación con los gastos médicos incurridos como resultado de los médicos servicios, tratamientos, terapias y / o medicamentos que recibe del proveedor de cuidado de la salud antes mencionado (incluyendo cualquier derecho a presentar esa reclamación legal o administrativa o eligieron una acción). Esto constituye una tarea urgente y sabiendo de ERISA violar derechos de deber fiduciario y otras demandas legales y / o administrativas.

Tengo la intención de esta asignación y designación de representante autorizado para transmitir a todos mis derechos a reclamar (o retener el derecho sobre) los beneficios médicos relacionados con los servicios, tratamientos, terapias y / o mediaciones proporcionados por el proveedor de arriba mencionado por encima de la llamada proveedor de cuidado de la salud, incluidos los derechos a cualquier arreglo, de seguros o los recursos legales o administrativas aplicables (incluyendo daños derivados de la violación de la ley ERISA reivindicaciones deber fiduciario). El cesionario y / o representante designado (por encima de la llamada del proveedor) se le da el derecho a por mí (1) obtener información con respecto a la reclamación en la misma medida que yo; (2) presentar pruebas; (3) hacer declaraciones sobre hechos o la ley; (4) hacer cualquier petición que incluye suministrar o recibir la notificación de un procedimiento de recurso; (5) participar en las acciones administrativas y judiciales y presentar reclamaciones o eligió en la acción o derecho contra cualquiera de las partes responsables, compañía de seguros, plan de beneficios para empleados, plan de asistencia médica o administrador del plan. El proveedor arriba mencionado como mi cesionario y mi representante designado no podrá demandar a cualquier plan de beneficios de atención médica, plan de beneficios para empleados, administrador del plan o compañía de seguros en mi nombre con el pie derivado a expensas del proveedor.

A menos que se revoca, esta asignación es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales en el PPACA (legislación de reforma de salud), ERISA, Medicare y las leyes federales y estatales aplicables. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada válida, lo mismo que si fuera el original.

HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE ACUERDO

_____ _____

Firma del paciente. Fecha

Información de Facturación del Paciente

Fecha _____ **Nombre del paciente:** _____

Por favor complete cada caja. Si no se aplica, por favor escriba NA.

Primaria de la salud de seguros:

Compañía de seguro _____ Telephone # para verificar:_____

Nombre del asegurado:_____

Asegurados Seguro Social #_____ Fecha de nacimiento _____

Grupo #_____ Poliza #_____

Correo afirma:_____

Secundaria de salud de seguros:

Compañía de seguro _____ Telephone # para verificar benefits:_____

Nombre del asegurado:_____

Asegurados Seguro Social #_____ Fecha de nacimiento _____

Grupo #_____ Poliza #_____

Correo afirma:_____

Los trabajadores de la compania de seguros:

Compañía de seguro _____ Dirección:_____

Teléfono:_____ Administrador de casos:_____ Fecha de la lesión _____

Reclamar #:_____ Se reclamacion sigue abierto?_____

Daños Corporales **Fecha de la lesión:** _____

Cobertura de seguro de auto: (su seguro de automovil)

Compañía de seguro:_____ Nombre del asegurado:_____

Dirección:_____

Teléfono:_____ UM/UIM Cobertura:_____

Auto cobertura del seguro: (Reclamación Medpay)

Compañía de seguro:_____ Nombre del asegurado:_____

Dirección:_____

Teléfono:_____ Ajustador:_____

Medpay Limites: $_____ Reclamación se abra? _____ Reclamar #:_____

Tercero/ Compañía de seguro de responsbilidad: (nformación de seguro para el vehículo que tuvo la culpa)

Compañía de seguro _____ Nombre del asegurado:_____

Dirección: _____ Teléfono:_____ Ajustador: _____

Reclamación se abra? _____ Política/Reclamar #:_____

Nombre del Abogado:

Nombre del Abogado:_____ La Firma de Abogados: _____

Teléfono:_____ Persona de contacto_____ E-Mail_____

Dirección:_____ Gravamenes para presentar: Condado Abogado

Política Financiera y divulgación de las tasas

Nuestra oficina de seguros archivos reclama como una cortesía para todos nuestros pacientes. **Si su seguro cambia, por favor notifique a nosotros inmediatamente para que podamos estar seguros de que tenemos la derivación adecuada y la verificación de la elegibilidad.** Es responsable de todas los proyectos de ley sin tener en cuenta el tipo de cobertura de seguro que usted pueda tener. Por favor, póngase en contacto con su seguro empresa para cualquier pregunta que tenga con respecto a la cobertura de los servicios, ya que es su responsabilidad conocer sus beneficios. Nosotros espere 60 días para su seguro de pago. Después de ese tiempo, el saldo pendiente de pago puede ser debido y pagadero por el paciente.

El pago se espera en el momento del servicio. Los pacientes son responsables de la adecuada co-pagos, deducibles y coseguro. El pago puede hacerse con tarjeta de crédito en efectivo o giro postal. **No se aceptan cheques personales en el momento del servicio**. Si su tarjeta de crédito / débito o un cheque enviado por correo es devuelto por fondos insuficientes, se le cobrará un cargo de $35.00.

Se espera que usted pague todos los cargos en el momento del servicio si:

1. Usted no tiene cobertura de seguro
2. La debida autorización / referencia no ha sido recibida.

Cuentas Morosas

Cuentas vencidas están sujetas a cobro. Todos los honorarios, incluyendo, pero no limitado a los honorarios de cobranza, honorarios de abogados y costos judiciales incurridas se convertirá en su responsabilidad, además del saldo de esta oficina.

Lesiones Personales

Nuestra oficina acepta casos de lesiones personales. Si aceptamos su caso sobre la base del gravamen, Habrá una cuota de gravamen de $20 a su cuenta en el inicio de tratamiento para AZPTC. Si usted tiene un procedimiento que se realiza en el Centro de Cirugía Ambulatoria McDowell, un cargo adicional de $20 será agregado a su cuenta para cubrir los costos de la ASC para la presentación del gravamen. El pago por el tratamiento no está supeditada a ningún acuerdo, sentencia o veredicto que puede llegar a recuperarse. Lien casos será revisado periódicamente y es posible que tenga que realizar pagos por atención continua según lo determinado por nuestra oficina. Se le notificará con antelación.

Verificación de Beneficios

Nuestra oficina verificará sus beneficios de seguro como una cortesía y no es una garantía de pago. Su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted es responsable por todos los gastos y todos los gastos deben pendientes de pago por cualquier razón, incluyendo pero no limitado a seguros deducibles límites de la póliza, o exclusiones, usted se compromete a pagar cualquier cantidad adeudada y el resto a nuestra oficina.

La divulgación de las tasas

99204	Historia y Examen Intermedio Inicial	$469.50
99213	Visita al consultorio limited (7-10 minutos)	$204.50
99214	Visita al consultorio intermedio (10-15 minutos)	$303.50
97110	Los ejercicios terapéuticos 15 minutos or menos	$69.50
98940	Manipulación	$64.50
97140	Manual de terapia cada 15 minutos	$59.50
20553	Inyección en el punto gatillo	$135.50
20610	Bursa / Inyección mayor articulación	$172.50
64483	Tarifa Inyección epidural de esteroides Profesional	$1212.50
64483	Fondo Epidural de esteroides Inyección Fee ea. nivelar	$2399.00
64635	Radiofrecuencia Neurotomía Cargo Profesional de inyección	$1485.50
64635	Radiofrecuencia Neurotomía Fondo Fee ea. nivelar	$2399.00
99144	Consciente / sedación moderada	$250.50

He leído y entiendo la política financiera y de precios. Yo reconozco la responsabilidad por todos los gastos médicos incurridos y se compromete a cumplir con los términos de esta política. Además, con mi firma, autorizo a mi los médicos y sus representantes a demandar el pago a través de la corte de reclamos menores o superior tribunal de justicia para ayudar a me en el cobro de cualquier factura pendiente.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Nombre del Paciente (letra de molde) _____

Derechos del Paciente

- ✓ Debe ser tratado con respeto, consideracion y dignidad
- ✓ Debe de tener buen trato y servicio de calidad en esta oficina
- ✓ Saber, por avanzado, el total estimado por los servicios proveidos
- ✓ Tendra privacidad de su tratamiento medico
- ✓ Se le dara informacion sobre su diagnosis, tratamiento y pognosis, en nuestro major entendimiento, en terminos comunes. Si hay preocupacion por su salud al grado que no es recomendable darle informacion, se le dara a la persona indicada por usted o a una autoridad autorizada.
- ✓ Su doctor le dara suficiente informacion para poder entender el procedimiento o tratamiento recibido antes de firmar el consentimiento.
- ✓ Tendra confidencialidad de sus documentos medicos y se le dara la oportunidad de aprobar o negar su traspaso a otras personas con la excepcion de cuando son requeridos por ley.
- ✓ Podra negar tratamieto y sera informado de las consecuencias por esta accion
- ✓ Se le dara la oportunidad de participar en las decisiones que involucran su salud, excepto cuando esta participacion no es indicada.
- ✓ Se informado de culquier persona que vaya a observar o participar en el tratamiento aparte de el personal de rutina.
- ✓ Sera informado del tratamiento medico a seguir despues de ser dado de alta.
- ✓ Recibira una evaluacion puntual sobre su dolor, tratamiento, e informacion sobre la prevencion y formas de alivio.
- ✓ Para ser libre de toda forma de abuso o acoso o de cualquier acto de discriminación o represalia.
- ✓ Si un paciente se adjudica incompetente bajo leyes estatales aplicables por un tribunal de jurisdicción competente, los derechos del paciente serán ejercitadas por la persona designada bajo la ley estatal de actuar en nombre del paciente.
- ✓ El representante del paciente tiene el derecho de tomar decisiones informadas sobre el cuidado del paciente.
- ✓ Si un tribunal estatal no ha adjudicado un paciente incompetente, cualquier representante legal designado por el paciente de acuerdo con la ley estatal podrá ejercitar los derechos del paciente en la medida permitido por la ley estatal.

PREOCUPACIONES DEL PACIENTE Y / O QUEJAS:

Las personas que tienen un problema o una queja respecto a McDowell Centro de Cirugía Ambulatoria, incluyendo, pero no limitado a las decisiones relativas a la admisión, tratamiento, descarga, denegación de servicio, calidad de los servicios, se alienta a la cortesía del personal o cualquier otra cuestión en contacto con el administrador o escribir una declaración de:

Administrador : McDowell Ambulatory Surgery Center 1301 E. McDowell Road, Suite 100 Phoenix, AZ 85006

McDowell Centro de Cirugía Ambulatoria es certificado por Medicare. Cualquier queja sobre los servicios prestados en McDowell Centro de Cirugía Ambulatoria se pueden dirigir por escrito o por teléfono a:

ARIZONA DEPARTMENTO DE SERVICIOS DE SALUD

Oficina del Servicio Médico Licencias 150 N. 18th Ave., Suite 450 Phoenix, AZ 85007-3245 (602) 364-3030 o al (602) 364-3031

O los pacientes de Medicare deben visitar el sitio Web más abajo para comprender sus derechos y protecciones:

http://www.cms.hhs.gov/center/ombudsman.asp

He leído y reconocer mis derechos como paciente.

Firma _____ Fecha _____

ARIZONA PAIN TREATMENT CENTERS

Aviso de prácticas de protección de la privacidad (protección de información personal)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PODRÍA UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LE PEDIMOS QUE LO EXAMINE DETENIDAMENTE.

Este Aviso de prácticas de protección de la privacidad describe cómo podríamos utilizar y divulgar su información de salud protegida para realizar el pago de tratamientos o trámites comerciales de la atención médica y para otros fines que son permitidos o exigidos por la ley. En este aviso también se describen sus derechos para tener acceso y controlar su información de salud protegida. La "información de salud protegida" es información acerca de usted, incluida la información demográfica, que pudiera identificarlo y que se relaciona con su salud o estado físico o mental pasado, presente o futuro, así como también su información relacionada con los servicios de atención médica.

Entendemos que la información médica acerca de usted y de su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica. Se nos exige cumplir con los términos de este Aviso de prácticas de protección de la privacidad. Podemos cambiar los términos de nuestro aviso en cualquier momento. El nuevo aviso tendrá validez para toda la información de salud protegida que tengamos en nuestra posesión en ese momento. Cuando usted así lo solicite, podrá recibir cualquier Aviso modificado de prácticas de protección de la privacidad, comunicándose con el centro donde fue atendido.

Simplemente pida que le envíen por correo una copia del aviso modificado o pida una copia en su próxima cita.

1. Cómo podríamos utilizar y divulgar su información de salud protegida

Su proveedor de atención médica utilizará o divulgará su información de salud protegida tal como se describe en la Sección 1. Su información de salud protegida podría ser utilizada y divulgada por su proveedor de atención médica, el personal de nuestra oficina y otras personas ajenas a nuestro centro que participen en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionarle servicios de atención médica a usted. Su información de salud protegida también podría utilizarse y divulgarse con el fin de pagar sus facturas de servicios de atención médica y para apoyar el funcionamiento comercial de Modern Ambulatory Surgery Center.

A continuación se presentan ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su información de salud protegida para los que Modern Ambulatory Surgery Center está autorizada a realizar. Estos ejemplos no pretenden ser una lista exhaustiva, sino describir los tipos de usos y divulgaciones que nuestro centro podría realizar.

Tratamiento: Podríamos utilizar la información de salud protegida acerca de usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podríamos divulgar información médica acerca de usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina o a otros miembros del personal que participen en su atención médica. También es posible que distintos departamentos en nuestro centro compartan información de salud protegida acerca de usted a fin de coordinar sus necesidades, tales como recetas médicas, análisis y radiografías. También podríamos divulgar información de salud protegida acerca de usted a personas ajenas a Modern Ambulatory Surgery Center que pudieran participar en su atención médica, como por ejemplo, miembros de la familia u otras personas que utilicemos para proporcionar servicios y que forman parte de su atención médica. Cuando se requiera, obtendremos su autorización antes de divulgar cualquier parte de su información. Sólo la mínima cantidad de información será divulgada durante cualquier divulgación.

Pago: Su información de salud protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por los servicios de su atención médica. Esto podría incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico pudiera realizar antes de que apruebe o pague por los servicios de atención médica que nosotros recomendemos para usted; por ejemplo, hacer una determinación de elegibilidad o cobertura para los beneficios del seguro, un examen de los servicios que se le proporcionaron a usted por motivos de necesidad médica y la realización de actividades de revisión de la utilización de servicios. Por ejemplo, la obtención de aprobación para una hospitalización podría requerir que su información de salud protegida pertinente sea divulgada al plan de seguro médico para obtener la aprobación para el ingreso al hospital.

Trámites comerciales de la atención médica: Podríamos utilizar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida a fin de apoyar las actividades comerciales de su proveedor de atención médica y de Modern Ambulatory Surgery Center. Entre estas actividades se incluyen, por ejemplo, las actividades de evaluación de la calidad, las actividades para la revisión del desempeño de empleados, la capacitación de los estudiantes de medicina, el otorgamiento de licencias, las actividades de mercadotecnia y recaudación de fondos y para los trámites o los preparativos para otras actividades comerciales.

Por ejemplo, su información de salud podría divulgarse a miembros del personal médico, al personal para la mejora de la calidad o control de riesgos y a otros para:

- Evaluar el desempeño de nuestro personal
- Evaluar la calidad de la atención y de los resultados en su caso y en casos similares
- Aprender a cómo mejorar nuestros centros y servicios
- Determinar cómo mejorar continuamente la calidad y la eficacia de la atención médica que proporcionamos

Además, podríamos utilizar una hoja de registro en el área de recepción donde se le pedirá escribir su nombre e indicar quién es su médico o terapeuta. También podríamos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su proveedor de atención médica esté listo para atenderlo. Podríamos utilizar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted para recordarle de su cita.

Compartiremos su información de salud protegida con terceros, "socios de negocios", que pudieran realizar varias actividades (p. ej., facturación, servicios de transcripción) para Modern Ambulatory Surgery Center. Cuando un acuerdo entre nuestro centro y un socio de negocios incluya el uso o la divulgación de su información de salud protegida, tendremos un contrato por escrito en el que figuren los términos que protegerán la privacidad de su información de salud protegida.

Podríamos utilizar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para proporcionarle a usted información acerca de tratamientos alternativos o de otros beneficios y servicios relacionados con la salud que pudieran ser de interés para usted.

Otros usos y divulgaciones permitidos y exigidos que pudieran realizarse con su autorización, o dándole la oportunidad para oponerse: Tiene la oportunidad de estar de acuerdo o de oponerse al uso o la divulgación de toda o parte de su información de salud protegida. Si no está presente o no puede expresar su acuerdo o su objeción al uso o la divulgación de la información de salud protegida, entonces su proveedor de atención médica, utilizando su criterio profesional, podría determinar si la divulgación es o no para el beneficio de usted. En este caso, sólo la información de salud protegida que es pertinente a su atención médica será divulgada. Podríamos utilizar y divulgar su información de salud protegida en los siguientes casos.

Directorios del centro: A menos que usted se oponga, utilizaremos y divulgaremos en nuestro directorio del centro su nombre, la ubicación en la que está recibiendo atención médica, su estado (en términos generales) y su afiliación religiosa. Toda esta información, a excepción de la afiliación religiosa, será divulgada a las personas que pregunten por usted por nombre. Se informará a los miembros del clero sobre su afiliación religiosa.

Otras personas que participan en su atención médica: A menos que usted se oponga podríamos divulgar a un miembro de su familia, pariente, amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, su información de salud protegida que se relacione directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si usted no puede expresar su acuerdo u objeción a una divulgación de tal índole, podríamos divulgar dicha información, según sea necesario, si determinamos que es en su beneficio basándonos en nuestro criterio profesional. Podríamos utilizar o divulgar información de salud protegida para notificar o ayudar en la notificación a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona que sea responsable de su cuidado, sobre su ubicación, estado general o muerte. Por último, podríamos utilizar o divulgar su información de salud protegida a cualquier entidad autorizada, ya sea pública o privada, para ayudar en tareas de asistencia de emergencia ante desastres y para coordinar usos y divulgaciones a familiares u otras personas que participan en su atención médica.

Otros usos y divulgaciones permitidos y exigidos que pudieran realizarse sin su autorización, o sin la oportunidad para oponerse. Podríamos utilizar o divulgar su información de salud protegida sin su autorización en las siguientes situaciones.

Exigido por la ley: Podríamos utilizar o divulgar su información de salud protegida en la medida en la que el uso o la divulgación sea exigida por la ley. El uso o la divulgación se realizará de conformidad con la ley y se limitará a los requisitos pertinentes de la ley. Se le notificará, según lo exigido por la ley, de cualquier uso o divulgación de tal índole.

Salud pública: Podríamos divulgar su información de salud protegida para actividades y propósitos de la salud pública a una autoridad de salud pública que esté autorizada por la ley para obtener o recibir la información. La divulgación se realizará con la finalidad de controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. También podríamos divulgar su información de salud protegida, si lo ordena la autoridad de salud pública, a una agencia gubernamental extranjera que esté colaborando con la autoridad de salud pública.

Enfermedades contagiosas: Podríamos divulgar su información de salud protegida, en casos autorizados por la ley, a una persona que pudiera haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que de alguna otra manera estuviera en riesgo de contraer o propagar la enfermedad.

Supervisión de la salud: Podríamos divulgar información de salud protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones e inspecciones. Las agencias encargadas de la supervisión, que piden esta información, incluyen las agencias gubernamentales que supervisan el sistema de atención médica, los programas de beneficios gubernamentales, otros programas reglamentarios gubernamentales y las leyes de los derechos civiles.

Abuso o negligencia: Podríamos divulgar su información de salud protegida a una autoridad de salud pública que esté autorizada por la ley para recibir informes de abuso

infantil o negligencia. Además, podríamos divulgar su información de salud protegida a la entidad gubernamental o agencia autorizada para recibir dicha información si creemos que usted ha sido una víctima del abuso, la negligencia o la violencia doméstica. En este caso, la divulgación se realizará de conformidad con los requisitos de las leyes federales y estatales correspondientes.

Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (*Food and Drug Administration*, FDA): Podríamos divulgar su información de salud protegida a una persona o empresa a la que la Administración de Alimentos y Medicamentos exija informar de los eventos adversos, los defectos o problemas de productos, las desviaciones de los productos biológicos, el rastreo de productos, para permitir que los productos puedan ser retirados del mercado, realizar reparaciones o sustituciones o para realizar actividades de vigilancia posterior a la comercialización, según se requiera.

Procesos legales: Podríamos divulgar su información de salud protegida en el transcurso de cualquier proceso judicial o administrativo, en respuesta a una orden de **una** corte o tribunal administrativo (en la medida en la que dicha divulgación sea expresamente autorizada), en ciertas condiciones en respuesta a un citatorio, petición de revelación de prueba o algún otro proceso legal.

Fuerzas del orden público: Podríamos divulgar su información de salud protegida siempre y cuando se cumpla con los requisitos legales aplicables, para propósitos de las fuerzas del orden público. Estos propósitos de las fuerzas del orden público incluyen (1) procesos legales y aquellos que de otra manera sean requeridos por la ley, (2) peticiones de información limitada para propósitos de identificación y localización, (3) información pertinente a las víctimas un delito, (4) información relacionada con la sospecha de que ha ocurrido una muerte **como** resultado de un acto criminal, (5) en caso de que ocurra un delito en las instalaciones de Modern Ambulatory Surgery Center y (6) en caso de una emergencia médica (no en las instalaciones de Modern Ambulatory Surgery Center) y que sea probable que haya ocurrido un delito.

Médicos forenses / jueces de instrucción, directores de funerarias y para fines de la donación de órganos: Podríamos divulgar información de salud protegida a un juez de instrucción o médico forense para efectos de identificación, determinar la causa de muerte o para que dicho funcionario realice otros deberes autorizados por la ley. También podríamos divulgar información de salud protegida al director de una funeraria, según lo autorice la ley, a fin de permitirle llevar a cabo sus deberes. Podríamos divulgar información de tal índole con la anticipación razonable de un suceso de muerte. La información de salud protegida podría utilizarse y divulgarse para propósitos de la donación de órganos, ojos o tejidos de cadáveres.

Investigación: Podríamos divulgar su información de salud protegida a investigadores cuando su proyecto de investigación haya sido aprobado por una junta de revisión institucional que haya examinado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para garantizar la confidencialidad de su información de salud protegida.

Actividad delictiva o criminal: De conformidad con las leyes federales y estatales correspondientes, podríamos divulgar su información de salud protegida si creemos que el uso o la divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público. También podríamos divulgar la información de salud protegida si es necesario para que las autoridades de las fuerzas del orden público identifiquen o aprehendan a una persona.

Actividad militar y seguridad nacional: Cuando se apliquen las condiciones apropiadas, podríamos utilizar o divulgar la información de salud protegida de las personas que son miembros del personal de las fuerzas armadas (1) para actividades consideradas necesarias por las autoridades de comando militar apropiadas, (2) para el propósito de una determinación a realizarse por el Departamento de Asuntos de Veteranos (*Department of Veterans Affairs*) en cuanto a su elegibilidad para recibir beneficios o (3) para las autoridades militares extranjeras si usted es miembro de algún servicio militar extranjero. También podemos divulgar su información de salud protegida a funcionarios federales autorizados para la realización de actividades de inteligencia y relacionadas con la seguridad nacional, incluida la disposición de servicios de protección al Presidente u otras personas legalmente autorizadas.

Indemnización laboral: Podríamos divulgar su información de salud protegida según se nos autoriza para cumplir con las leyes de indemnización laboral y otros programas afines legalmente establecidos.

Usos y divulgaciones exigidos: De conformidad con la ley, debemos hacer divulgaciones a usted, y cuando lo exija el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*) para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500, y siguientes, Confidencialidad de la información de salud personalmente identificable (*Privacy of Individually Identifiable Health Information*).

2. Sus derechos

A continuación se presenta una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida y una breve descripción de cómo puede ejercer estos derechos.

Tiene el derecho a revisar y copiar su información de salud protegida. Esto significa que usted puede revisar y obtener una copia de la información de salud protegida acerca de usted que figure en un grupo designado de expedientes, siempre y cuando la información de salud protegida esté en nuestra posesión. Un "grupo designado de expedientes" contiene los registros médicos y de facturación y cualquier otro registro que su proveedor de atención médica y Modern Ambulatory Surgery Center utilizan para tomar decisiones sobre usted.

Según las leyes federales, sin embargo, usted no puede revisar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información reunida con anticipación razonable de, o para el uso en, una acción legal o judicial o proceso civil, criminal o administrativo, así como también la información de salud protegida que esté sujeta a las leyes que prohíben el acceso a la información de salud protegida. Dependiendo de las circunstancias, una decisión de negar el acceso podría someterse a revisión nuevamente. Comuníquese con nuestro Departamento de Expedientes Médicos (*Medical Records Department*) si tiene preguntas acerca del acceso a su expediente médico. Si solicita una copia de la información, es posible que le cobremos una cuota por los costos de reunir, copiar y enviar la información por correo, y por cualquier otro material relacionado con su petición.

Tiene el derecho a solicitar una restricción relacionada con su información de salud protegida. Esto significa que usted puede pedirnos que no utilicemos o divulguemos cualquier parte de su información de salud protegida para los propósitos de tratamiento, pago o trámites comerciales de la atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no se divulgue a miembros de su familia o a amigos que pudieran participar en su atención médica o para los propósitos de notificación según se describen en el Aviso de prácticas de protección de la privacidad. En su petición debe declarar la restricción específica solicitada y a quién quiere usted que se aplique dicha restricción.

No se exige a su proveedor de atención médica que esté de acuerdo con las restricciones que usted pueda solicitar. Si el proveedor de atención médica considera que el permitir el uso y la divulgación de su información de salud protegida es en el beneficio de usted, su información de salud protegida no será restringida. Si su proveedor de atención médica está de acuerdo con la restricción solicitada, no podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida en violación de esa restricción a menos que sea necesario para proporcionar tratamiento de emergencia. Con esto en mente, le pedimos que dialogue con su proveedor de atención médica sobre cualquier restricción que usted desee solicitar.

Usted tiene el derecho a solicitar el recibir una comunicación confidencial de nosotros por otros medios distintos o en una ubicación distinta. Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de los asuntos médicos, de una manera específica o en una ubicación específica. Nos adaptaremos para satisfacer las peticiones razonables. También podríamos especificar condiciones para esta adaptación al pedirle a usted información sobre cómo se manejará el pago o la determinación de una dirección distinta u otro medio de comunicación. No le pediremos una explicación referente al motivo de la petición. Le pedimos que presente esta petición por escrito a nuestro Departamento de Expedientes Médicos (*Medical Records Department*).

Usted podría tener el derecho a que su proveedor de atención médica modifique su información de salud protegida. Esto significa que usted podría solicitar una modificación de su información de salud protegida en un grupo designado de expedientes, siempre y cuando esta información se encuentre en nuestra posesión. En algunos casos, es posible que rechacemos su petición para la realización de una modificación. Si negamos su petición para una modificación, usted tiene el derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros, y nosotros podríamos preparar una refutación a su declaración, en cuyo caso le proporcionaremos una copia de cualquier refutación de tal índole. Comuníquese con nuestro Departamento de Expedientes Médicos (*Medical Records Department*) si tiene preguntas acerca de la modificación de su expediente médico.

Usted tiene el derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hayamos realizado, si las hubiera, de su información de salud protegida. Este derecho se aplica a las divulgaciones para propósitos distintos al tratamiento, pago o trámites comerciales de la atención médica, según se describen en este Aviso de prácticas de protección de la privacidad. Se excluyen las divulgaciones que hayamos realizado a usted, para un directorio del centro, a los miembros de la familia o amigos que participan en su atención médica o para propósitos de notificación. Usted tiene el derecho a recibir información específica con respecto a estas divulgaciones, que hayan ocurrido después del 14 de abril de 2003. Puede solicitar información comprendida en un intervalo de tiempo menor. El derecho a recibir esta información está sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones.

Usted tiene derecho a que le proporcionemos una copia impresa de este aviso. Usted tiene el derecho a tener una copia de este aviso. Nos puede pedir que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Para solicitar una copia de este aviso, debe hacer su petición por escrito y presentarla al encargado de asuntos de privacidad (Privacy Officer).

3. Quejas / Reclamos

Puede presentar una queja con nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Secretary, Department of Health and Human Services*) si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja con nosotros notificando a

ARIZONA PAIN TREATMENT CENTERS
Attn: Administrator / Privacy Officer
Address: 1301 E. McDowell Rd., Suite 100, Phoenix, AZ 85006
Phone: 602-265-8800

de su queja. No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Directivas Anticipadas

Una "directiva anticipada" es un término general que se refiere a su administración oral y / o instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro, en caso de que usted no pueda hablar por sí mismo. Cada estado regula la el uso de directivas anticipadas diferente. Hay dos tipos de directivas anticipadas: la voluntad de estar y un poder médico. Si usted desea una copia de los formularios de directivas anticipadas Estado AZ oficiales, visite http://www.azsos.gov/adv_dir/

ADVANCE POLÍTICA DE DIRECTIVA DEL CENTRO DE CIRUGÍA:

La mayoría de los procedimientos realizados en McDowell Centro de Cirugía Ambulatoria se considera de riesgo mínimo. Por supuesto, no hay cirugía sin riesgo. Usted y su cirujano discutido la específicos de su procedimiento y los riesgos asociados con el procedimiento, la recuperación esperada y la cuidado después de su cirugía. Además, el cirujano discutirá sus Directivas Anticipadas y honrará sus instrucciones anticipadas. Si su directiva anticipada incluye una solicitud DNR, su cirujano, junto con usted, su curador o tutor podrá desarrollar un plan de atención.

Si ha ejecutado una instrucción por anticipado, lleve una copia con usted a su procedimiento para que un copia puede ser colocado en su expediente médico. Si usted ha presentado McDowell Centro de Cirugía Ambulatoria con una copia de su directiva anticipada, se enviará una copia al hospital en su traslado (de ser necesario) de McDowell Centro de Cirugía Ambulatoria del hospital. En el hospital de agudos, el tratamientos adicional o el retiro de medidas de tratamiento ya serán pedidos de acuerdo con sus deseos, directiva anticipada, o el poder para la atención médica.

Si usted no está de acuerdo, usted, su curador o tutor le dará la oportunidad de desarrollar un plan de tratamiento con su cirujano.

Recursos: http://www.nhdd.org/public-resources