



Estimado paciente:

Bienvenido a The DOCS. Gracias por permitirnos la oportunidad de ayudarlo con sus necesidades de atención médica. Valoramos a todos nuestros pacientes y nos comprometemos a brindarle servicios de salud de alta calidad.

Este paquete incluye todos los formularios para pacientes que deberá completar para que podamos ayudarlo con su cuidado.

1. Formulario de admisión
2. Políticas de la oficina
3. Folleto HIPAA
4. Reconocimiento de HIPAA
5. Autorización para el uso y divulgación de PHI

Tómese unos minutos antes de su cita para revisar y completar los formularios de inscripción. Le pedimos que traiga los formularios completos a su cita junto con su tarjeta de seguro.

Por favor llegue 15 minutos antes de su cita. Los médicos y el personal de The DOCS esperan ayudarlo con sus necesidades de atención médica. Si tiene alguna pregunta, llame a los números a continuación y alguien lo ayudará con gusto.

Sinceramente,

El DOCS



## El formulario de admisión de DOCS

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Apt./Unit #: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

teléfono principal: \_\_\_\_\_ teléfono secundario: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado civil: M S D W

Sexo: F M Identificarse como: F M Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Web habilitada: S o N (para nuestro portal para pacientes y / o Twistle)

Raza: \_\_\_\_\_ (opcional) Etnicidad: \_\_\_\_\_ (opcional) Idioma: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre del médico que hace referencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Calles cruzadas: \_\_\_\_\_

### Información del seguro de salud (TODOS LOS CAMPOS SON REQUERIDOS)

Nombre del seguro principal: \_\_\_\_\_ Teléfono del servicio al cliente: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Empleado titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Número de grupo / política: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro secundario: \_\_\_\_\_ Teléfono de servicio al cliente: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Empleado titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Número de grupo / política: \_\_\_\_\_

La información anterior es completa y correcta. Por la presente, autorizo la divulgación de la información necesaria para presentar un reclamo ante mi compañía de seguros y asignar los beneficios para que sean pagaderos a The DOCS.

Firma: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

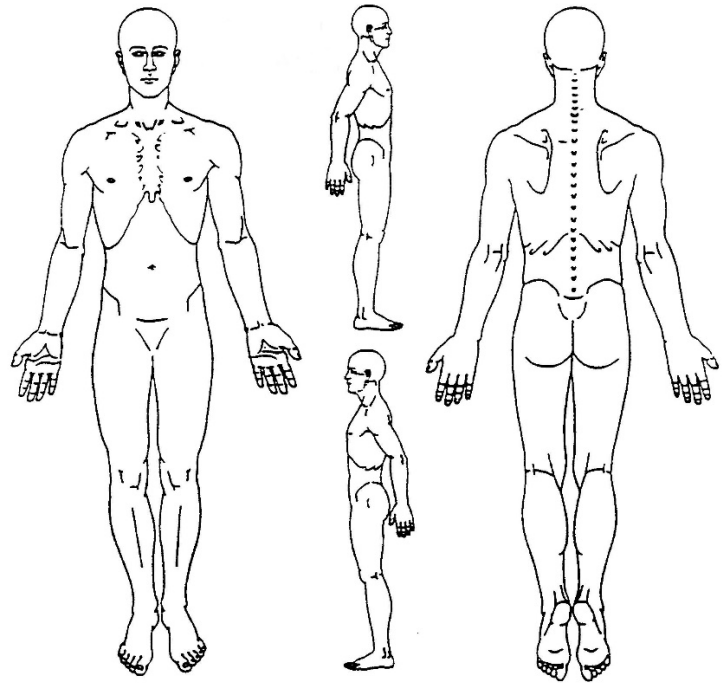
## Diagrama de dolor

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**Indique en el cuadro la ubicación de su dolor: marque las palabras que mejor describan su dolor::**

- |                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aching   | <input type="checkbox"/> Sharp     |
| <input type="checkbox"/> Burning  | <input type="checkbox"/> Hot       |
| <input type="checkbox"/> Dull     | <input type="checkbox"/> Cold      |
| <input type="checkbox"/> Numb     | <input type="checkbox"/> Throbbing |
| <input type="checkbox"/> Nagging  | <input type="checkbox"/> Tingling  |
| <input type="checkbox"/> Stabbing | <input type="checkbox"/> Shooting  |



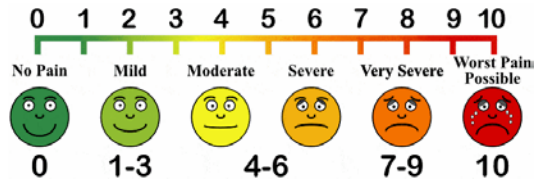
¿Tu dolor es constante o intermitente?

constante  intermitente

¿Cuánto tiempo has tenido este dolor?

\_\_\_\_\_

Intensidad del dolor (circula un número):



¿Qué provoca tu dolor o lo empeora? \_\_\_\_\_

¿Qué lo hace mejor? \_\_\_\_\_

¿Tu dolor limita tus actividades?  SI  NO

Si es así, explique: \_\_\_\_\_

¿El dolor afecta tu sueño?  SI  NO

Si es así, explique: \_\_\_\_\_

¿El dolor es el resultado de una enfermedad o lesión?  SI  NO ¿Está relacionado con el trabajo?  SI  NO

De ser así, explique (incluida la fecha de la enfermedad o lesión): \_\_\_\_\_

Estas trabajando?  SI  NO Cuál es su ocupación: \_\_\_\_\_

No es así, explique: \_\_\_\_\_



8352 W. Warm Springs Rd., 3<sup>rd</sup> Floor, Las Vegas, NV 89113  
Office: (702)851-7287 Fax: (702)851-7286



## Dolor Paciente Historia médica

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

Nombre: \_\_\_\_\_

**Tratamientos previos:**

Marque cualquiera de los siguientes tratamientos que pueda haber tenido, incluida la fecha y el resultado, si es posible.

			Fechas	¿Te ayudó esto?	
	Sí	No	_____	Sí	No
Fisioterapia	Sí	No	_____	Sí	No
Bloqueos Nerviosos/Epidural	Sí	No	_____	Sí	No
Tracción	Sí	No	_____	Sí	No
Acupuntura	Sí	No	_____	Sí	No
Quiropráctica	Sí	No	_____	Sí	No
Otros (Incluya todos los medicamentos que se probaron en el pasado)					

**Cirugías / Enfermedades:**

Enumere todos los procedimientos quirúrgicos anteriores, enfermedades o lesiones importantes.

Cirugía, enfermedad o hospitalización	Año
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

**Alergias:**

Enumere cualquier alergia a los medicamentos: \_\_\_\_\_

¿Eres alérgico al colorante de rayos X (yodo)?    Sí  No       Mariscos?      Sí  No

**Medicamentos:**

Medicación	Dosis	Frecuencia	¿Cuánto tiempo lo has tomado?
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____



## Políticas de oficina

### Requerido para cada visita

#### EL PACIENTE

- ❖ Tarjeta (s) de seguro actual
- ❖ Licencia de conducir u otra identificación con fotografía emitida por el gobierno / estado
- ❖ Copago por la visita del día (efectivo, Visa, Mastercard o Discover)
- ❖ Deducible que puede ser debido para la visita del día
- ❖ Pago de cualquier saldo existente de facturación anterior
- ❖ Lista de medicamentos actuales
- ❖ Cualquier bomba o dispositivo de medición que utilice (debe cargar en línea antes de la llegada)
- ❖ Cualquier resultado reciente de laboratorio o prueba
- ❖ Remisión si no tenemos una en el archivo y su seguro lo requiere

#### Caminar en las citas

No interrumpiremos a nuestros pacientes programados regularmente para acomodar una cita sin cita, a menos que sea una verdadera emergencia. Llame a la oficina y hable con nuestro personal si cree que usted o su hijo deben ir a la oficina ese mismo día.

#### Citas tardías

Debido a los horarios de nuestros médicos, podemos pedirle que re programe si llega a la oficina más de 15 minutos después de la hora de su cita. Las llegadas tardías hacen que las citas lleguen a tiempo para llegar tarde. Las llegadas tardías continuas pueden dar como resultado el alta de la práctica.

#### Cancelación y citas perdidas

Si es necesario cancelar su cita, le pedimos que la cancele **AL MENOS 24 HORAS** antes de la hora de la cita. Si no se cancela la cita con suficiente aviso, se cobrará una tarifa de \$ 50 por visitas al consultorio. Como cortesía proporcionamos recordatorios de citas, sin embargo, **usted sigue siendo responsable de la cancelación incluso si no recibió un recordatorio**. Nos reservamos el derecho de despedirlo de la práctica por citas perdidas con frecuencia.

#### Llamadas después de horas

Nuestros médicos están disponibles las 24 horas del día, los 365 días del año para llamadas de naturaleza realmente urgente. Como nuestra consulta tiene un cargo por llamada para llamadas fuera del horario de atención a la línea de asesoramiento de enfermería, las llamadas no urgentes realizadas fuera del horario de atención pueden cobrar \$ 15.00 por llamada.

Iniciales: \_\_\_\_\_



## **Receta de recarga / Autorización previa**

Requerimos visitas regulares al consultorio de TODOS nuestros pacientes que toman medicamentos recetados. Se recomienda solicitar reposiciones si es necesario durante la visita con su médico. Si no lo hace y, por lo tanto, vuelve a llamar más tarde con sus solicitudes o su farmacia envía una solicitud en su nombre, espere 24-48 horas para completar la solicitud. Sin embargo, si se requiere autorización previa, espere de 7 a 10 días hábiles. Tenga en cuenta que no podemos controlar cuánto tiempo le tomará a su seguro otorgar la aprobación y no podemos garantizar que se otorgue la aprobación en absoluto. En algunos casos, el proceso puede demorar varias semanas y aún nos obliga a cambiar su medicamento debido al formulario o las políticas de su compañía de seguros. Además, si está retrasado en el seguimiento o en las pruebas de laboratorio, su solicitud puede denegarse o solo llenarse parcialmente hasta que complete las pruebas y el seguimiento. Es su responsabilidad brindarnos la información de farmacia preferida actual en cada visita.

## **Medios de comunicación social**

En un esfuerzo por garantizar comentarios justos y honestos de los pacientes, y para evitar la publicación de contenido difamatorio en cualquier forma, al aceptar y firmar esta cláusula, usted acepta no publicar ninguna queja o revisión negativa en ninguna plataforma de redes sociales sin permitirnos 90 días desde el día del servicio para resolver cualquier problema relacionado con cualquier servicio, incluidos, entre otros, problemas de facturación, solicitudes de medicamentos, consultas, análisis de laboratorio, procedimientos clínicos, problemas con los médicos asistentes o cualquier problema con el personal de la clínica. Si viola estos términos, se le proporcionará una oportunidad de setenta y dos (72) horas para retractarse del contenido en cuestión. Si el contenido permanece, total o parcialmente, se acuerda que la disputa se remitirá para un arbitraje vinculante.

## **Seguro, Facturación y Responsabilidad del Paciente**

El DOCS entiende que la información del seguro puede ser confusa y abrumadora. Cada plan es diferente, y es fundamental saber qué servicios cubrirá su plan y qué servicios serán su responsabilidad. Le recomendamos que lea y comprenda la "Guía de resumen de beneficios y cobertura", proporcionada por su plan de salud o comuníquese con su proveedor de seguro de salud y / o su departamento de recursos humanos en el trabajo para ayudarlo con esto. Proporcionamos las siguientes definiciones para ayudarlo:

- ❖ **Deducible:** la cantidad que debe por los servicios de atención médica antes de que su plan de seguro médico comience a pagar.
- ❖ **Coseguro:** su parte de los costos del servicio de atención médica, calculada como un porcentaje (por ejemplo, 20%) del costo total. Esto generalmente es adicional a su copago asignado.
- ❖ **Copago:** Un monto fijo (por ejemplo, \$ 15) que paga cada vez que consulta a un médico. Su seguro requiere que haya pagado esta tarifa antes de que cubra el servicio asociado.

Iniciales: \_\_\_\_\_



**Su compañía de seguros nos obliga contractualmente a cobrar su copago en el momento del servicio.**

**Su copago también se requiere en cada visita de seguimiento.** Si tenemos información de que no ha cumplido con su deducible en el momento del servicio, **cobramos cualquier cantidad de deducible aplicable al momento del servicio.**

Como cortesía para nuestros pacientes, The DOCS facturará a sus compañías de seguros primarias y secundarias. Recuerde que su **seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros, no el médico.** Usted es responsable de los saldos después de que el seguro primario haya pagado y el pago total sea dentro de los 60 días posteriores a la recepción del estado de cuenta. Participamos con la **mayoría** de los planes, pero si no aceptamos su seguro, usted será responsable de la totalidad de los cargos de visita.

**Su seguro puede requerir que reciba una referencia de su proveedor de atención primaria. Si este es el caso, asegúrese de que su médico lo envíe a nuestra oficina, para que su visita esté cubierta. Si no recibimos esta información, le enviaremos la factura directamente a usted.** No es nuestra responsabilidad obtener la referencia.

Si no tiene seguro, ofrecemos "precios de descuento en efectivo" en nuestros servicios. No dude en preguntar a nuestro personal por detalles.

Aceptamos efectivo, Mastercard, Visa y Discover. **No aceptamos American Express o cheques personales en el check-in. Si paga en efectivo, venga preparado con facturas no mayores de \$ 20.**

Si el saldo de su cuenta no se paga en su totalidad después de los 60 días posteriores a la recepción del estado de cuenta, su cuenta se remitirá a cobros:

**En caso de que mi cuenta sea remitida para su recolección a un abogado, agencia de cobro u otro servicio de cobro, acepto pagar los costos de cobro, incluidos, entre otros, honorarios de abogados, costas judiciales y otras tarifas de cobro razonables que puedan asignarse. Además, se puede cobrar una tasa de interés del 10% mensual o del 10% anual hasta que se pague por completo mi obligación financiera. Además, entiendo que hasta que mi cuenta sea pagada en su totalidad, la cantidad total adeudada puede aumentar debido a los intereses evaluados.**

**Al firmar a continuación, la parte responsable reconoce que ha leído y entendido la política financiera de The DOCS y está sujeta a los términos y condiciones establecidos en la misma. También comprende que no firmar este acuerdo puede dar como resultado el alta de la práctica.**

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_





## Acuerdo de gestión de medicamentos

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Este acuerdo se establece entre el paciente y el médico antes mencionados con el fin de establecer condiciones claras para la prescripción y el uso de medicamentos para el control del dolor o sustancias controladas recetadas por el médico para el paciente. Ambas partes acuerdan que el acuerdo es esencial para mantener la confianza en la relación médico / paciente.

Cuando se prescriben sustancias controladas (opiáceos, narcóticos, sedantes), las comunicaciones deben ser claras, porque la Administración de Control de Drogas (DEA) supervisa de cerca la prescripción y el uso de estos medicamentos. Se entiende que estos medicamentos no curan las condiciones de dolor y pueden causar otros problemas. El objetivo principal es que esta terapia reduzca el dolor y mejore la calidad de vida del paciente (funcionamiento físico y vocacional).

El paciente acepta y acepta las siguientes condiciones para el tratamiento de los medicamentos para el dolor prescritos por el médico:

1. Tendré un médico o proveedor médico que me recete medicamentos para el dolor mientras estoy siendo tratado por Scott Martin, MD, con las siguientes excepciones: una situación de urgencia o de emergencia o por dolor posquirúrgico. Notificaré a otros médicos tratantes acerca de este acuerdo contractual y notificaré a Scott Martin, MD (con 24 horas) el motivo por el que solicita o necesita medicación adicional para el dolor de otro médico o proveedor médico.
2. Solo tendré una Farmacia administrando mi analgésico mientras soy paciente de Scott Martin, MD.  
Farmacia: \_\_\_\_\_ ubicada en: \_\_\_\_\_
3. Me di cuenta de que estos medicamentos están regulados por la Agencia Federal para el Control de Drogas (DEA). Acepto no compartir, vender o intercambiar mi medicamento por dinero, bienes, servicios o cualquier otro propósito.
  - a. Acepto proteger mi medicamento de la pérdida o el robo manteniéndolos en un lugar seguro o bajo llave, y que la consecuencia de mi omisión es que estaré sin mi medicamento recetado hasta la próxima fecha programada de renovación, y que puedo estar sujeto para despedirlo de Scott Martin, MD si no cumplo con esto. Además, se aplican las siguientes reglas: Los

8352 W. Warm Springs Rd., 3<sup>rd</sup> Floor, Las Vegas, NV 89113  
Office: (702) 851-7287 Fax: (702) 851-7286



medicamentos no serán reemplazados si se pierden, se mojan, se destruyen, se dejan en un avión, etc. Si mi medicamento es robado y presento un informe policial apropiado con respecto al robo, una excepción puede hacerse. Se espera que tome el mayor grado de cuidado posible con sus medicamentos y sus medicamentos recetados. No deberían dejarse donde otros puedan tener acceso a ellos.

- b. Solo el paciente (nadie más) usará la medicación prescrita por Scott Martin, MD.
  - c. Habrá llamadas al azar a las farmacias para confirmar que el paciente no está recibiendo medicamentos controlados de otras fuentes.
  - d. Las recargas solo serán direcciones durante el horario regular de oficina. No habrá repuestos por las noches o los fines de semana. Su (s) medicamento (s) solo se rellenarán según lo programado.
4. Si no tiene una cita de seguimiento antes o en la fecha de vencimiento de su resurtido, llame a la oficina 72 horas antes de la fecha de vencimiento de su renovación. Si no llama dentro de las 72 horas, su recarga se puede retrasar. Entiendo que debo tener un médico o proveedor de atención primaria (PCP) en todo momento mientras recibo tratamiento en Scott Martin, MD También entiendo que una vez que mi afección sea estable y solo requiera mantenimiento, mi PCP asumirá / reanudará la prescripción de mi dolor medicamentos.
  5. Acepto que me someteré a un examen toxicológico aleatorio de sangre u orina si así lo solicitan algunos de mis médicos o proveedores, para determinar mi cumplimiento con mi régimen de medicamentos para el dolor.
  6. Acepto que usaré mi medicamento según lo recetado, y no lo tomaré a un ritmo, dosis o ruta diferente a la prescrita. Si no tomo los medicamentos recetados, entonces estaré sujeto a la aprobación del cuidado de Scott Martin, MD.
  7. Acepto no usar ni distribuir ninguna droga, medicamento o sustancia ilegal o ilícita. Si no cumplo con esta condición, entiendo que estaré sujeto a la aprobación del cuidado de Scott Martin, MD.
  8. Renuncio a cualquier derecho o privilegio de confidencialidad aplicable con respecto a la prescripción de cualquier analgésico, y autorizo al médico que receta y a mi farmacia a cooperar completamente con cualquier agencia o autoridad de aplicación de la ley de la ciudad, estado o federal en uso indebido o venta. u otra desviación de mi analgésico Autorizo a Scott Martin, MD a que proporcione una copia de este acuerdo a mi farmacia, a mi PCP, y reconozco que he recibido una copia yo mismo.
  9. Renuncio a cualquier derecho o privilegio de confidencialidad aplicable con respecto



a la prescripción de cualquier analgésico, y autorizo al médico que prescribe y a mi farmacia a cooperar completamente con cualquier agencia o autoridad de cumplimiento de la ley de la ciudad, estado o federal en uso indebido o venta. u otra desviación de mi analgésico Autorizo a Scott Martin, MD a que proporcione una copia de este acuerdo a mi farmacia, a mi PCP, y reconozco que he recibido una copia yo mismo.

10. Acepto llevar todos mis analgésicos no utilizados y todos los envases, cajas o frascos vacíos de medicamentos para el dolor a todas mis citas.
11. Estoy de acuerdo en que cualquier discusión sobre mi tratamiento o cambios en mi régimen de medicamentos para el dolor se llevará a cabo solo durante mis citas, y no por teléfono, por correo electrónico o carta.
12. Acepto permitir que el médico / proveedor de Scott Martin, MD, analice mi atención médica con cualquiera de mis otros proveedores de atención médica o médicos.
13. Telefonaré a Scott Martin, MD solo por **problemas médicos urgentes**, o para cambiar o discutir mi horario de citas.
14. Entiendo que seré reevaluado periódicamente y mi caso revisado. Si se determina que estoy mejorando en la función o en la calidad de vida, así como en el alivio del dolor, mis analgésicos pueden reducirse y / o suspenderse.
15. Acepto que este acuerdo es esencial para mi atención médica y la capacidad de todos mis médicos para tratar mi dolor de manera efectiva, y que el incumplimiento por parte del paciente (yo) de los términos de este Acuerdo puede dar como resultado la retirada de toda la medicación prescrita por el Médico / proveedor Scott Martin, MD, y la terminación de la relación médico-paciente, con el alta inmediata de Scott Martin, MD.
16. Entiendo que soy dado de baja de Scott Martin, MD y la atención del médico que prescribe debido al incumplimiento de este acuerdo, que se me pueden recetar medicamentos por 30 días para disminuir mi (s) medicamento (s), por lo que para evitar los síntomas de abstinencia
17. Este acuerdo será revisado y renovado cada 12 meses en que esté en vigencia.

Este acuerdo se celebra el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre de los pacientes

- Para fines de salud pública, como informes de enfermedades contagiosas, investigación y vigilancia, y avisos a la FDA o dispositivos de información no identificada.
- En relación con los programas de compensación a los trabajadores.
- A los "socios comerciales" que nos brindan servicios y que se comprometen a respetar la privacidad de su información.
- A menos que tenga una objeción, también compartiremos información relevante sobre su cuidado con su familia u otros cuidadores que están ayudando con sus necesidades médicas.

En The DOCS, respetamos nuestra obligación legal de mantener privada la información que lo identifica. Estamos obligados por ley a darle aviso de nuestras prácticas de privacidad. Este aviso describe cómo protegemos esta información y qué derechos tiene al respecto.

#### PARA MÁS INFORMACIÓN

Si necesita más información o tiene preguntas sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con el Oficial de Privacidad / Seguridad de la oficina, Brian Bauer, a través del correo de los EE. UU. : 8352 W. Warm Springs Rd., 3rd Floor, Las Vegas, NV 89113; por teléfono: (702) 851-7287.

#### QUEJAS DE PRIVACIDAD

Si cree que su privacidad ha sido violada, debe contactarnos inmediatamente. No tomaremos medidas contra usted por presentar una queja. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. La dirección es:

**Office of Civil Rights**

**U.S. Department of Health and Human Services**

**200 Independent Avenue, S.W.**

**Room 509F, HHH Building**

**Washington, DC 20201**

#### The DOCS

8352 W. Warm Springs. Rd., 3rd Floor  
Las Vegas, NV 89113  
Phone: (702)851-7287  
Fax: (702)851-7286

[www.thedocsnv.com](http://www.thedocsnv.com)



# HIPAA

# Intimidad Información

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigencia del aviso:

17 de marzo de 2017

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CON ATENCIÓN Y PREGUNTE A NUESTRO PERSONAL SI TIENE ALGUNA PREGUNTA.

## ENTENDIENDO SU REGISTRO DE SALUD

Cada vez que visita nuestra (s) oficina (s), se registra un registro de su visita y notas.

Típicamente, este registro contiene sus síntomas, resultados de exámenes / pruebas, diagnóstico, tratamiento y un plan para cuidado o tratamiento futuro. Esta información, a menudo denominada su historial médico o de salud, sirve como:

- Bases para planificar su cuidado y tratamiento.
- Medios de comunicación entre profesionales de la salud que contribuyen a su cuidado.
- Documento legal que describe la atención que recibió.
- Medios por los cuales usted o un pagador pueden verificar que se proporcionaron los servicios facturados.
- Una fuente de datos para investigación médica.
- Una fuente de información para los funcionarios de salud pública para ayudar a mejorar la salud de la nación.
- Una herramienta con la cual podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que prestamos y los resultados que logramos.

Comprender lo que está en su registro y cómo se usa su información de salud le ayuda a garantizar su precisión; comprender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden acceder a su información de salud; y tomar decisiones más informadas al autorizar la divulgación a otros

## SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD

Aunque su registro de salud es propiedad física de nuestras oficinas a medida que compilamos la información, la información en sí misma le pertenece. Usted tiene derecho a:

- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información según lo dispuesto por 45 CFR 164.522
- Obtenga una copia en papel del aviso de prácticas de información a pedido
- Inspeccionar y solicitar copias de su registro de salud según lo dispuesto en 45 CFR 164.524

- Obtenga la contabilidad de las divulgaciones de su información de salud según lo dispuesto en 45 CFR 164.528
- Solicitar comunicaciones de su información de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- Revocar nuestra autorización para usar o divulgar información de salud, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna acción.

## NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Nuestras oficinas están obligadas a:

- Mantener la privacidad de su información de salud.
- Proporcionarle un aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted.
- Cumplir con los términos de este aviso.
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada.
- Acomodar las solicitudes razonables que pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, se lo notificaremos.

No utilizaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización, excepto como se describe en este aviso. También descontinuaremos el uso o divulgación de su información de salud después de que hayamos recibido una revocación por escrito de la autorización de acuerdo con los procedimientos incluidos en la autorización.

## RECORDATORIOS DE CITAS

Podemos llamar o escribir para recordarle citas programadas, o informarle que necesita hacer otra cita. También podemos llamar, escribir o enviar un correo electrónico para notificarle sobre otros servicios disponibles en nuestras oficinas que puedan interesarle. A menos que nos indique lo contrario, podemos dejar un mensaje en su contestador automático o correo de voz, o con alguien que le conteste su teléfono si no está disponible.

No haremos ningún otro uso o divulgación de su información a menos que firme un "formulario de autorización" por escrito. La ley federal exige el contenido de un "formulario de autorización". En todas las situaciones, aparte de las descritas anteriormente, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información. Si nos ha otorgado una autorización, puede revocarla en cualquier momento, si aún no lo hemos hecho. Las revocaciones deben ser por escrito.

## EJEMPLOS DE DIVULGACIONES PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE SALUD

De manera rutinaria usamos su información para estos fines sin ningún permiso especial, las razones más comunes son para el pago del tratamiento o las operaciones de atención médica. Ejemplos de cómo usamos o divulgamos información para fines de tratamiento son programar citas, pruebas o exámenes (incluidos los laboratorios), recetar medicamentos (incluidas farmacias), derivarlo a otro proveedor para atención médica u obtener copias de su información de salud de otro centro que es posible que haya visto o esté viendo actualmente. También podemos divulgar información a su compañía de seguros para facturación, pagos de otros pagadores y nuestro servicio de cobros externo para cuentas pendientes. En raras ocasiones, también es posible que tengamos que divulgar información para auditorías financieras o de facturación, garantía interna de calidad o programas profesionales o académicos externos.

## USOS Y DIVULGACIONES POR OTRAS RAZONES SIN PERMISO:

En algunas situaciones limitadas, la ley nos permite o requiere que usemos o divulguemos su información sin su permiso. Ejemplos de tales usos son:

- Cuando una ley estatal o federal exige que cierta información sea informada para un propósito específico.
- A las autoridades gubernamentales sobre las víctimas de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Para actividades de supervisión de la salud, como la licencia de profesionales, para auditorías para pagadores o para la investigación de posibles violaciones de las leyes de atención médica.
- Para investigaciones relacionadas con la salud. To prevent a serious threat to health or safety.
- De un "conjunto limitado de datos" para investigación, salud pública u operaciones de atención médica.
- Divulgaciones incidentales que son un subproducto evitable de usos o divulgaciones permitidas.
- Para fines legales, como citaciones u órdenes judiciales.
- Para fines de aplicación de la ley, como información relacionada con una víctima de un delito; o para reportar un crimen.
- Para un médico forense, o para directores de funerarias, o para organizaciones que manejan donaciones de órganos o tejidos.
- Para funciones gubernamentales especializadas, como actividades de inteligencia, actividades de socorro en casos de desastre u otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.



## Formulario de consentimiento y consentimiento del paciente HIPAA

Nombre del paciente (Impreso): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### **Aviso de prácticas de privacidad**

\_\_\_\_\_ (iniciales del paciente / representante) Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad del DOCS, que describe las formas en que la práctica puede usar y divulgar mi información médica para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos descritos y permitidos. divulgaciones, entiendo que puedo contactar al Oficial de Privacidad designado en el aviso si tengo una pregunta o queja. Entiendo que esta información puede ser divulgada electrónicamente por el proveedor y / o los socios comerciales del proveedor. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad de DOCS.

### **Divulgaciones a amigos y / o miembros de la familia**

¿DESEA DESIGNAR A UN MIEMBRO DE LA FAMILIA U OTRO INDIVIDUO CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDA DISCUTIR SU CONDICIÓN MÉDICA? SI ES SÍ, ¿QUIÉN?

Doy permiso para divulgar mi Información de salud protegida a fin de comunicar los resultados, hallazgos y decisiones de atención a los miembros de la familia y otras personas que se detallan a continuación:

Nombre	Relación	Número de contacto

El paciente / representante puede revocar o modificar esta autorización específica y dicha revocación o modificación debe ser por escrito.



Queremos estar conectados con nuestros pacientes. Los pacientes en nuestra práctica pueden ser contactados por correo electrónico, llamadas a su teléfono celular (incluidos mensajes de voz pregrabados / artificiales y / o llamadas desde un dispositivo de marcado automático), mensajes de texto y / o Twistle para confirmar una cita, para obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica, y recibir recordatorios / información general de salud. Si en algún momento proporciona un correo electrónico, número de teléfono celular, dirección o número de texto a continuación, usted entiende que puede obtener estas comunicaciones de la práctica. Puede optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento (consulte la página siguiente). La práctica no cobra por este servicio, pero las tarifas estándar de mensajes de texto o los minutos de teléfono celular pueden aplicarse según lo estipulado en su plan inalámbrico (comuníquese con su proveedor para conocer los planes de precios y detalles).

Autorizo recibir mensajes de texto y / o llamadas telefónicas celulares para recordatorios de citas, comentarios y recordatorios generales de salud / información y el número de teléfono celular es \_\_\_\_\_.

Autorizo recibir mensajes de correo electrónico para recordatorios de citas y recordatorios generales de salud / comentarios / información y el correo electrónico que es \_\_\_\_\_.

Autorizo recibir mensajes y compartir información médica a través de Twistle.

-O-

Rechazo \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente / representante) para recibir comunicación por mensaje de texto.

Rechazo \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente / representante) para recibir comunicación por teléfono celular.

Rechazo \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente / representante) para recibir comunicación por correo electrónico.

Rechazo \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente / representante) para recibir mensajes y compartir información a través de Twistle.

Nota: Esta clínica utiliza un Registro de salud electrónico y toda su información demográfica y de consentimiento se actualizará según lo que nos proporcione.



### **Liberación de información.**

Por la presente, autorizo a DOCS y a los médicos u otros profesionales de la salud que participan en la atención del paciente a divulgar información médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- La información de atención médica se puede divulgar a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente para verificar las preguntas de cobertura o pago, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también se puede divulgar a la persona designada por mi empleador cuando los servicios brindados están relacionados con un reclamo bajo compensación laboral.
- Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o transportistas para el pago de un reclamo de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de un reclamo de Medicaid. Esta información puede incluir, sin limitación, historial y registros físicos de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso médico, notas de la enfermera, consultas, informes psicológicos y / o psiquiátricos, tratamiento de drogas y alcohol y resumen del alta.
- Las leyes federales y estatales pueden permitir que esta instalación participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradores u otros participantes de la industria de atención médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades compartan mi información de salud entre sí para lograr los objetivos que puede incluir pero no se limita a: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mis registros de salud; disminuyendo el tiempo necesario para acceder a mi información; agregar y comparar mi información para fines de mejora de la calidad; y cualquier otro propósito que permita la ley. Entiendo que esta instalación puede ser miembro de una o más de esas organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas, condiciones de discapacidad intelectual, información genética, condiciones de dependencia química y / o enfermedades infecciosas, incluidas, entre otras, enfermedades transmitidas por la sangre, como el VIH y el SIDA.

**Recogida de recetas.** Puede haber momentos en los que necesite un amigo o un familiar para retirar una receta (secuencia de comandos). Para que podamos divulgar una receta a su familiar o





amigo, necesitaremos un registro de su nombre. Antes del lanzamiento del guión, su persona designada deberá presentar una identificación válida con foto y firmar la receta.

- Sí quiero \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente / representante) para designar a la siguiente persona para que retire una receta en mi nombre:

o Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

o Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- No deseo que \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente / representante) designe a cualquier persona para que retire mi receta.

Firma del paciente / padre / tutor / representante del paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente / padre / tutor / representante del paciente (impreso) \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (Impreso): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Solo si ha consentido previamente recibir comunicaciones por mensaje de texto / telefonía celular / correo electrónico y desea eliminar el consentimiento / Opt Out / Revocation de las comunicaciones por correo electrónico y / o llamadas telefónicas o por teléfono celular. En otras palabras, no quiero que mi dirección de correo electrónico o número de celular se use por más tiempo para las comunicaciones mencionadas anteriormente.

\_\_\_\_\_ Por la presente, revoco mi solicitud de recibir cualquier recordatorio de cita futura, comentarios y salud general a través del texto.

\_\_\_\_\_ Por la presente, revoco mi solicitud de recibir cualquier recordatorio de cita futura, comentarios y salud general a través de una llamada telefónica celular.

\_\_\_\_\_ Por la presente revoco mi solicitud de recibir cualquier recordatorio de cita futura, comentarios y salud general por correo electrónico.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_



Firma del representante del paciente / paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_



Bienvenido a la plataforma de mensajería segura y compatible con HIPAA de The DOCS, utilizada para facilitar la comunicación entre usted, el paciente y nuestros equipos de atención de la oficina y otros proveedores de servicios de salud de manera segura.

La herramienta de comunicación se puede usar para: copias de resultados de laboratorio (para revisar los valores de laboratorio, programar una cita con su proveedor), solicitudes de recetas, cargas de bombas, cambios de programación y consultas de seguros / facturación. Espere de 24 a 48 horas hábiles luego de recibir su solicitud para que un miembro del personal procese y complete la solicitud. Twistle NO es un sustituto de situaciones emergentes. Las horas de funcionamiento de Twistle siguen siendo las mismas que las horas de operaciones clínicas: de 7:30 a. M. A 5:00 p. M.

Cómo Twistle:

1. Por favor brinde la dirección de correo electrónico preferida / número de teléfono inteligente al personal de nuestra oficina.
2. Recibirá una invitación a Twistle en su correo electrónico o mensaje de texto. Haga clic en el botón 'Unir'.
3. Se lo llevará a la pantalla 'Unirse'. Crea tu cuenta Twistle
4. Ahora se encuentra en la pantalla de bienvenida para Consultas médicas.
5. Posteriormente recibirá invitaciones para cada una de las otras áreas clínicas o grupos. Debes aceptarlos todos para una mejor comunicación
6. Ahora estás listo para comunicarte. Para enviar un mensaje, haga clic en el lápiz azul en la parte superior
7. Puede seleccionar el grupo con el que desea comunicarse; puedes incluir otros grupos también.
8. Si desea incluir un archivo adjunto, busque el clip cerca del "botón Enviar".

Esperamos que esto simplifique la comunicación para usted. Su tiempo es precioso y buscamos que la comunicación sea más rápida, fácil, segura y más eficiente. Gracias.

Sinceramente,

El equipo de atención de DOCS.

8352 W Warm Springs Rd., 3<sup>rd</sup> Floor, Las Vegas, NV 89113

Office: (702) 851-7287 Fax: (702) 851-7286



## Autorización para el uso y la divulgación de información médica protegida (PHI)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**Autorizo el uso o la divulgación de la PHI de la persona anteriormente mencionada para que se divulgue de la siguiente manera:**

Todos los registros médicos  Laboratorio / Rayos X otro \_\_\_\_\_

**Razón de la solicitud**

Cuidado médico  Seguro personal  Abogado  Otro \_\_\_\_\_

**Esta autorización se otorga y se mantendrá vigente durante el período especificado:**

Desde \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Por el período de 1 año que comienza el: \_\_\_\_\_

**Las siguientes personas nombradas tienen permiso para acceder a mi información médica y comunicarse en mi nombre:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Habrá una "tarifa de 60 centavos por página más gastos de envío, si corresponde, al momento de entregar los registros directamente al padre o al paciente".**

**Transferir registros desde:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

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

**Enviar registros a:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

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

**Firma del padre, tutor o representante personal:**

Fecha de firma: \_\_\_\_\_

Imprimir el nombre de arriba: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_



## Functional Activities Questionnaire

### Administration

Ask informant to rate patient's ability using the following scoring system:

- Dependent = 3
- Requires assistance = 2
- Has difficulty but does by self = 1
- Normal = 0
- Never did (the activity) but could do now = 0
- Never did and would have difficulty now = 1

Writing checks, paying bills, balancing checkbook	
Assembling tax records, business affairs, or papers	
Shopping alone for clothes, household necessities, or groceries	
Playing a game of skill, working on a hobby	
Heating water, making a cup of coffee, turning off stove after use	
Preparing a balanced meal	
Keeping track of current events	
Paying attention to, understanding, discussing TV, book, magazine	
Remembering appointments, family occasions, holidays, medications	
Traveling out of neighborhood, driving, arranging to take buses	
<b>Total Score:</b>	



## Pain Patient Checklist

	Performed	Date
<b>1. Screening Labs</b>	Yes / No	
<b>2. Neurocog Eval.</b>	Yes / No	
<b>3. Functional Ass.</b>	Yes / No	
<b>4. Imaging</b>	Yes / No	
<b>5. Procedures</b>		
<b>6. Supplements</b>		