

**Informacion de Paciente Nuevo**

Nombre: Fecha de Nacimiento:

Direccion:

Telefono de Hogar: Cell: SSN:

Contacto de Emergencia y Numero de Telefono:

Autorizo a Dr. Lonseth y su eqipo de trabajo discutir informacion personal con la persona citada.

 SI: NO:

Raza/Etnicidad:

 Americano Africano Blanco/Caucásico Hispano/Latino Otro

Lenguaje Primario:

 Ingles Español Vietnamita Otro:

**Información del Seguro Medico**

Primario: Numero de ID:

Secundario: Numero de ID:

¿La visita de hoy está relacionado con un accidente de tránsito o lesión el lugar de trabajo?

 Accedente de transito Lesión en el lugar de trabajo No Aplicable

¿Tienes representación de abogado relacionado con el accidente de tránsito o lesión en el lugar de trabajo? ¿En caso afirmativo, por favor escribir el nombre y información del contacto?

Si esta relacionado con una lesión en el lugar de trabajo, por favor escriba el nombre del ajustador de worker’s comp y su información de contacto. Numero de reclamo y Fecha de la lesión:

 **Historia Medica**

Liste alergia a alimentos y / o medicamentos:

Liste las cirugías que haya tenido:

¿Fuma o usa productos de tabaco? Si No Anteriormente

¿Consume alcohol? Si No Anteriormente

¿Tiene antecedentes de abuso de sustancias? Si No

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

¿Cuántos hijos tiene?

Estado de empleo: Empleado/a Jubilado/a Discapacitado/a Desempleado/a

Proveedor de atención primaria y / o cardiología:

Farmacia preferida:

 Nombre Numero Cuidad/Estado

**Medicación actual** por favor incluya si toma o no aspirina

Nombre de la Medicina: Dosis: Dirección:

**Antecedentes familiares de enfermedad**

**Condición Relación**

Hipertensión

Enfermedad del corazón

Diabetes

Cancer

Ansiedad

Depresión

Fibromialgia

Desorden Sanguíneo

EPOC o Enfisema

 **Historia Médica Pasada** por favor, encierre en un círculo todo lo que corresponda

Hipertensión Asma Trastorno Convulsivo hipertiroidismo dolores de cabeza

 migraña

Diabetes I o II Quimioterapia Herpes Esclerosis múltiple Soplo cardíaco

Anemia cálculos renales demencia Infarto de Miocardio COPD/Enfisema

Artritis HIV/SIDA TMJ Alzheimer Desorden de Coagulación

Articulaciones Artificiales Enfermedad Vascular Periférica Hipotiroidismo Glaucoma

Hemofilia Hepatitis A B o C Insuficiencia Hepática Trastorno psicológico:

Enfermedad del riñón Ansiedad Fibromialgia Apnea del sueño Cáncer:

Neuralgia Posterapéutica Insuficiencia renal Depresión Reflujo gástrico/ERGE

Enfermedad del hígado Trastorno de estrés Postraumático Neuropatía periférica diabética

**Revisión de Sistemas**

**Salud General** **Ojos**  **Oreja, Nariz y Garganta** **Psiquiátrico**

Fiebre Visión Doble Disminución de la Audición Ansiedad

Escalofríos Visión Borrosa Zumbido en los Oídos Dolor

Sudores Nocturnos Cambios en el color de Piel Problemas de Senos Nasales Desesperación

Fatiga Dolor de garganta Depresión

Pérdida de peso reciente Dificultad para tragar Insomnio

Aumento de peso reciente Crecimiento/ masa del cuello Pensamientos de suicido

 Boca Seca

**Pulmones** **Cardíaco**  **Estómago**

Dificultad para respirar en reposo Dolor de pecho Dolor de estómago

Dificultad para respirar con actividad Presión de pecho Acidez

Difícil de respirar por la noche Palpitaciones Reflujo/ ERGE

Sibilancias Dificultad para respirar Náusea

Ronquidos/Sin respirar Edema de las piernas Vómitos

 Dolor en la pantorrilla al caminar Estreñimiento

**Dermatológico**  Diarrea

Sarpullido/picazón Sangre en el vómito o las heces

Llagas que no curan Involuntaria movimiento intestinal

**Genitourinario**  **Endocrino** **Hueso/Músculo**  **Neurología**

Sangre en la orina Sed excesiva Dolor de espalda Dolor de cabeza

Urgencia urinaria Sudor excesiva Dolor de cuello Ajetreo

No puede controlar la orina Calienta fácilmente Dolor de rodilla Convulsiones

Disfunción eréctil Dolor de hombro Problemas con la memoria

 dolor de cadera Problemas para concentrarse

**Sangre**  Rigidez articular No firme al caminar

Moretones con facilidad Debilidad muscular Confusión

Sangrado fácil

Anemia

 Indica la zona de su dolor



 

 

 **Authorization For Release of Protected Health Information (PHI)**

 **(Autorización para divulgar información médica protegida)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre (último primero medio)** | **Fecha de Nacimiento** |
| **Dirección** | **SSN** |
| **Ciudad** | **Estado** | **Código Postal** |
| **Provider Authorized to Release PHI:** | **Entity Requesting PHI:****Lonseth Interventional Pain Centers****4213 Teuton St Metairie, LA 70006****FAX: 504-324-3569** |

This authorization will expire on the following date or event: If date or event is not indicated, authorization will expire in 12 months from date signed.

Date: Event:

|  |
| --- |
| **Purpose of Disclosure:** |
|  **PHI And Dates Of PHI Authorized For Use Or Disclosure** |
|  Description  |  Start Date |  End Date |
| ( ) ALL PHI in record |  |  |
| ( ) Progress Note |  |  |
| ( ) Laboratory Tests |  |  |
| ( ) Radiology Reports |  |  |
| ( ) History and Physical Examination  |  |  |
| ( ) Discharge Summary  |  |  |
| ( ) Consultation Reports |  |  |
| ( ) Itemized Billing Statements |  |  |
| ( ) Other |  |  |

**The following information will be released when included in the above information unless you indicate otherwise:** (La siguiente información se divulgará cuando se incluya en la información anterior, a menos que indique lo contrario)

( ) AIDS or HIV results ( ) Alcohol, drug or substance abuse treatment ( ) Other: specify

|  |
| --- |
| Entiendo que:1. Puedo negar a firmar esta autorización, es estrictamente voluntario2. Mi tratamiento, pago, o la elegibilidad para los beneficios pueden no estar condicionadas a la firma de esta autorización.3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al proveedor autorizado para divulgar mi información protegida. Pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas antes de recibir la revocación.4. Si el solicitante o receptor no es un plan de salud o proveedor de atención médica, es posible que la información de divulgación ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad y se pueda divulgar5. Tengo derecho a recibir una copia de este formulario después de firmarlo. |

Signature of Patient: Date: 

 **Proceso de reabastecimiento de medicamentos y política de citas**

Querido paciente:

La práctica actual y los requisitos reglamentarios requieren visitas frecuentes al consultorio para la administración de medicamentos. Las renovaciones de medicamentos solo se pueden proporcionar en la visita al consultorio.

Se requiere una visita al consultorio para cualquier nueva receta o cambio de medicamento.

Las Sustancias Controladas no se pueden llamar a su Farmacia, debe programar una cita para recibir su receta.

Por favor, comprenda que es su responsabilidad mantenerse al día con su reabastecimiento de medicamentos.

Como cortesía para con otros pacientes, nos reservamos el derecho de reprogramar su cita si llega más de 15minutos tarde.

Gracias por su comprensión.

Sinceramente,

Dr. Eric Lonseth

Mi firma debajo de un conocimiento es que entiendo que los reabastecimientos de medicamentos y los cambios de medicamentos son obligatorios y solo se pueden hacer en una cita.

Firma Fecha

 SOAPP Version 1.0-14Q

Nombre: Fecha:

*Las siguientes son algunas preguntas que se hacen a todos los pacientes en el Centro de Manejo del Dolor que están tomando opiáceos o están siendo considerados para su dolor.* *Responda cada pregunta con la mayor sinceridad posible.* *Esta información es para nuestros registros y permanece confidencial.* *Sus respuestas por sí solas no determinarán su tratamiento. Gracias.*

Responda las preguntas a continuación utilizando la siguiente escala:

 0= Nunca 1=Rara Vez 2= A Veces 3= A Menudo 4= Frecuentemente

1. ¿Con qué frecuencia tiene cambios de humor? 0 1 2 3 4
2. ¿Con qué frecuencia fuma un cigarrillo una hora después de despertarse? 0 1 2 3 4
3. ¿Con qué frecuencia alguno de los miembros de su familia, incluidos padres 0 1 2 3 4

y abuelos, ha tenido problemas con el alcohol o las drogas?

1. ¿Con qué frecuencia alguno de sus amigos cercanos tiene problemas con el 0 1 2 3 4

 alcohol o las drogas?

1. ¿Con qué frecuencia otros le han sugerido que tiene un problema con las 0 1 2 3 4

drogas o el alcohol?

1. ¿Con qué frecuencia ha ido a un AA o NA junta? 0 1 2 3 4
2. ¿Con qué frecuencia ha tomado medicamentos que no sean los recetados? 0 1 2 3 4
3. ¿Con qué frecuencia ha recibido tratamiento por un problema con el alcohol 0 1 2 3 4

o las drogas?

1. ¿Con qué frecuencia se le han perdido o le robado sus medicamentos? 0 1 2 3 4
2. ¿Con qué frecuencia otros han expresado su preocupación por el uso de 0 1 2 3 4

medicamentos?

1. ¿Con qué frecuencia ha sentido el deseo de tomar medicamentos? 0 1 2 3 4

0= Nunca 1=Rara Vez 2= A Veces 3= A Menudo 4= Frecuentemente

1. ¿Con qué frecuencia le han pedido que se haga un análisis de orina para 0 1 2 3 4

detectar el abuso de sustancias?

1. ¿Con qué frecuencia ha consumido drogas ilegales en los últimos 5 años? 0 1 2 3 4

(Por ejemplo, marihuana, cocaína, etc)

1. ¿Con qué frecuencia en su vida ha tenido problemas legales o ha sido 0 1 2 3 4

arrestado?

 *Incluya cualquier información adicional que desee sobre las respuestas anteriores.*

 **Herramienta de riesgo de opioides**

Esta herramienta debe administrarse a los pacientes en una visita inicial antes de comenzar la terapia con opiáceos para el manejo del dolor. Una puntuación de 3 o menos indica un riesgo bajo de abuso futuro de opiáceos, mientras que la puntación a 4-7 indica un riesgo moderado y una puntuación de 8 o más indica alto riesgo.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Marque cada casilla que corresponda** |  **Hembra** |  **Macho** |
| **Antecedentes familiares de abuso de sustancias** |  |  |
| Alcohol  |  1 |  3 |
| Drogas Ilegales |  2 |  3 |
| Medicamentos RX |  4 |  4 |
| **Historia personal de abuso de sustancias** |  |  |
| Alcohol |  3 |  3 |
| Drogas Ilegales |  4 |  4 |
| Medicamentos RX |  5 |  5 |
| **Edad entre 16-45** |  1 |  1 |
| **Historia de abuso sexual preadolescente** |  3 |  0 |
| **Enfermedad psicológica** |  |  |
| ADHD, Obsesivo-Compulsivo, Bipolar, Esquizofrenia |  2 |  2 |
| Depresión |  1  |  1 |
| **Totales de puntuación** |  |  |

**** COMMTM**

*Responda cada pregunta con la mayor sinceridad posible.* *Tenga en cuenta que solo estamos preguntando sobre* ***los últimos 30 días.*** *Si no está seguro de cómo responder la pregunta, proporcione la mejor respuesta que pueda.* *No hay respuestas correctas o incorrectas.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Responda la pregunta utilizando la siguiente escala:** |  **Nunca** 0 | **Rara Vez** 1 | **A Veces** 2 | **A Menudo** 3 | **Frecuentemente** 4 |
| 1.En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para pensar con claridad? Tuve problemas de memoria. |  |  |  |  |  |
| 2.En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia las personas se quejan de que no está completando los datos necesarios? |  |  |  |  |  |
| 3.En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que acudir a otra persona que no sea su médico recetador para obtener suficiente alivio del dolor de los medicamentos? |  |  |  |  |  |
| 4. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tomado sus medicamentos de manera diferente a como se los recetaron? |  |  |  |  |  |
| 5. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha pensado seriamente en hacerse daño? |  |  |  |  |  |
| 6. En los últimos 30 días, ¿cuánto tiempo ha estado pensando en medicamentos opiáceos? (ejemplo, tener suficiente, horario de dosificación tomándolos etc) |  |  |  |  |  |
| 7.En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido una discusión? |  |  |  |  |  |
| 8. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para controlar su mal ajeno? |  |  |  |  |  |
| 9. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha necesitado tomar analgésicos pertenecientes a otra persona? |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 10. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha estado preocupado por el manejo de sus medicamentos? |  |  |  |  |  |
| 11. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia otros se han preocupado por cómo está manejando sus medicamentos? |  |  |  |  |  |
| 12. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que hacer una llamada de emergencia o presentarse en la clínica sin una cita? |  |  |  |  |  |
| 13. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se ha enojado con la gente? |  |  |  |  |  |
| 14. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que tomar más medicamento de lo recetado? |  |  |  |  |  |
| 15. En los últimos treinta días, ¿con qué frecuencia ha pedido prestados analgésicos a otra persona? |  |  |  |  |  |
| 16. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha usado su analgésico para síntomas distintos al dolor (p.ej. Ayuda a dormir a mejorar tu estado de ánimo o aliviar el estré.) |  |  |  |  |  |
| 17. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que visitar la sala de emergencias? |  |  |  |  |  |





 **Acuerdo de manejo del dolor**

Yo,­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, acepta usar sustancias controladas (naracóticos / no narcóticos, analgésicos, pastillas para dormir) en el tratamiento de mi dolor sólo según lo prescrito por el Dr. Lonseth. Entiendo que el objetivo del tratamiento puede incluir fisioterapia, procedimientos mínimamente invasivos, servicios psicológicos y pueden incluir o no medicamentos recetados. El general objetivo será DISMINUIR la cantidad de narcóticos utilizados al mismo tiempo que otros tratamientos.

Escriba sus iniciales y firme a continuación

­**\_\_\_\_** Entiendo que si violo cualquiera de los términos de este acuerdo, mi médico tratante (Dr. Lonseth) puede darme de alta de la práctica.

\_\_\_\_ Tomaré mi medicamento según las instrucciones y no cambiaré la forma en que lo tomo sin antes hablar con el médico u otra persona. miembro del equipo de tratamiento. Entiendo que dejar de tomar sustancias controladas repentinamente puede resultar en síntomas de abstinencia que puede provocar un posible ataque cardíaco o convulsiones.

\_\_\_\_ Mantendré el medicamento recetado seguro, protegido y fuera del alcance de los niños. Si el medicamento se pierde o es robado, entiendo que no se reemplazará hasta mi próxima cita y es posible que no se reemplace en absoluto.

\_\_\_\_ No he estado involucrado en la venta, posesión ilegal, desvío o transporte de control prescrito sustancias. No venderé este medicamento ni lo compartiré con otros. Entiendo que si lo hago, es posible que se suspenda mi tratamiento.

\_\_\_\_ Actualmente no estoy abusando de drogas ilícitas o medicamentos recetados y no estoy recibiendo tratamiento por dependencia de sustancias o abuso.

\_\_\_\_ No abusaré de las sustancias controladas recetadas, lo que significa que acepto tomar el medicamento tal como está escrito. para mi. Mis medicamentos recetados no deben compartirse, regalarse ni venderse. No debo tomar la medicación de otra persona ni prescrito para mí.

\_\_\_\_ No obtendré analgésicos opioides u otros medicamentos que puedan ser adictivos, como benzodiazepinas (klonopin, xanax, valium) o estimulantes (ritalin, anfetamina) sin informar a un miembro del equipo de tratamiento antes de surtir la receta. Entiendo que la única excepción a esto es si necesito analgésicos para una nueva aparición de aguda que actualmente no estoy siendo tratado por el Dr. Lonseth, como trabajo dental, sala de emergencias o nuevas fracturas óseas.

\_\_\_\_ No llamaré entre citas, ni durante la noche ni los fines de semana para recarga de medicamentos. Entiendo que las recetas de opioides solo se surtirán durante las visitas al consultorio programadas con el equipo de tratamiento.

\_\_\_\_ Me aseguraré de tener una cita para recargar los medicamentos. Informaré a un miembro del equipo de tratamiento de inmediato si tengo problemas para programar una cita.

\_\_\_\_ Trataré al personal de la oficina con respeto en todo momento. Entiendo que si no lo hago, mi tratamiento puede suspenderse

\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que mi médico, sus asociados y el personal médico se comuniquen directamente con mi farmacia para obtener información sobre mi historial de recetas. Estoy de acuerdo en renunciar a cualquier privilegio aplicable o derecho de confidencialidad con respecto a la prescripción de mi medicamento para el dolor. Autorizo ​​al Dr. Lonseth y a la farmacia a cooperar plenamente con cualquier agencia policial municipal, estatal o federal, incluida la Junta de Farmacia de Louisiana, en la investigación de mi posible uso indebido, venta o desvío de mi medicamento. Autorizo ​​que le den una copia de este acuerdo a mi farmacia y a mi médico asesor.

\_\_\_\_ Cumpliré con todas las citas programadas. En caso de que se cancele una visita al consultorio, lo haré con al menos 24 horas de anticipación. En caso de que un procedimiento deba cancelarse, lo haré con al menos 72 horas de anticipación. Dr. Lonseth se reserva el derecho de cobrar una tarifa de cancelación.

\_\_\_\_ Certifico que no estoy embarazada y que no planeo quedarme embarazada. También certifico que estoy tomando todas las precauciones, que pueden incluir el uso de anticonceptivos para evitar quedar embarazada, durante el tratamiento. En caso de que quede embarazada o esté tratando de quedar embarazada, notificaré al Dr. Lonseth o miembro de su equipo de tratamiento de inmediato.



\_\_\_\_ Asumo la responsabilidad de operar cualquier tipo de automóvil. Maquinaria del vehículo o cualquier pasado potencialmente peligroso mientras toma una sustancia controlada recetada por el Dr. Lonseth.

\_\_\_\_ Asumo la responsabilidad y tomo cualquier decisión legal o de otro tipo de lo contrario, tomar sustancias controladas. Ya que las sustancias controladas pueden disminuir la función mental.

\_\_\_\_ Entiendo que una cita no garantiza la prescripción.

\_\_\_\_ No estoy permitido a tirar en el inodoro, botar, o regalar un narcotico controlado. Debo llevar cualquier medicamento restante a la oficina para que sea desechado y documentado como debe ser alimentado adecuadamente.

\_\_\_\_ Acepto cumplir con todas las condiciones de mi médico y farmacia para el uso seguro de mis medicamentos recetados.

\_\_\_\_ Me mantendré al día con las facturas del consultorio y le diré al médico o miembro del equipo de tratamiento de inmediato si pierdo mi seguro o ya no puedo pagar el tratamiento.

\_\_\_\_ Entiendo que puedo perder mi derecho a recibir tratamiento en esta oficina si rompo cualquier parte de este acuerdo.

\_\_\_\_ Entiendo que si me niego a poner mis iniciales o firmar cual quiera de los elementos de este acuerdo, NO seré

opioides recetados u opioides programados por el Dr. Lonseth.

 Paciente / Guardián (en letra de imprenta) Fecha

Paciente / Guardián Firma

Testigo Fecha



**Acuerdo de Responsabilidad Financiera del Paciente**

**Responsabilidad del paciente:**

* Para conocer su póliza de seguro: los pacientes deben conocer la cobertura de sus beneficios, incluida la qué médicos tienen contrato con su plan, beneficios cubiertos y no cubiertos, requisitos de autorización e información de costos compartidos, como deducibles, coseguro y copagos. Si no está familiarizado con la cobertura de su plan, le recomendamos que se comunique con su proveedor directamente.
* Para obtener una remisión de su médico de atención primaria (PCP) y / u obtener autorización para tratamiento de su compañía de seguros antes de recibir los servicios. Cualquier servicio no cubierto es la responsabilidad financiera del paciente.
* Pagar su copago al momento del servicio. Puede haber un cargo adicional de $ 10 para facturar por cualquier copago no pagado en el momento del servicio.
* Para pagar cualquier monto de deducible y coseguro de Medicare que no esté cubierto por su seguro.
* Pagar puntualmente cualquier responsabilidad del paciente indicada por su compañía de seguros.
* Facilitar el pago de reclamaciones poniéndose en contacto con su compañía de seguros cuando las reclamaciones no hayan sido pagado.
* Se extenderá un período de 60 días para pagos de seguro pendientes, después del cual el paciente puede ser responsable del saldo.
* Requerimos el nombre y la dirección de las compañías de compensación para trabajadores antes de su visita. Si el no se proporciona información, usted es responsable de pagar el monto total de todos los servicios en el día del servicio. Además, si se rechaza su reclamo de compensación para trabajadores, responsable de todos los cargos incurridos.
* Lesiones por responsabilidad de terceros. Si recibe tratamiento como resultado de una lesión por responsabilidad de terceros por ejemplo: accidentes de vehículos de motor, responsabilidad de las instalaciones u otras reclamaciones de responsabilidad general contra terceros, el saldo por los servicios prestados se considera vencido en su totalidad al momento de la Servicio. Debido a que Lonseth Interventional Pain Centers no protege los cargos incurridos en relación ao que surja de la responsabilidad de un tercero, no aceptaremos un retraso en el pago debido a la liquidación disputas y / o litigios. Podemos acordar facturarle a una compañía de seguros externa por un parte involucrada en un accidente como cortesía hacia usted. También recopilaremos información sobre su seguro médico personal en caso de que el transportista del automóvil / tercero niegue su reclamo. Independientemente de si presentamos su reclamación a un seguro de terceros, como paciente, usted es en última instancia responsable del pago. Por la presente, usted da su consentimiento y acepta que nuestra oficina puede, a nuestro exclusivo discreción, vender, ceder o transferir las obligaciones y deudas contraídas por usted a cualquier Compañía financiera de terceros, ya sea un banco, una empresa de facturan o de otro tipo. Tú específicamente acepta que cumplirá con todo lo anterior con cualquier tercero con el que esta deuda es vendido o transferido por nuestra oficina en relación con los términos descritos en este acuerdo.

**Reconocimiento de la política financiera:**

He leído y entendido la política financiera anterior: entiendo que, independientemente de mi seguro estado de reclamación o ausencia de cobertura de seguro, soy responsable en última instancia del saldo de mi dar cuenta de los servicios prestados. Entiendo que los pagos se pueden realizar en efectivo, Mastercard, Visa, American Express, cheque o giro postal. Acepto que si mi cuenta se refiere a una colección agencia o abogado Seré responsable de todos los costos de cobranza en mi cuenta, incluidos los honorarios y cualquier interés o dinero adeudado.

Nombre del paciente (en letra de imprenta):

Firma del paciente:

Fecha: Fecha de Nacimiento:

 

 DIVULGACIÓN DE INTERÉS FINANCIERO

 Según lo requiera LA R.S. 37: 1744 y LAC 46: XLV.4211-4215

De: Eric Lonseth, MD Fecha:

Para:

 (Nombre impreso del paciente)

 (Fecha de Nacimiento)

La ley de Louisiana requiere que los médicos y otros proveedores de atención médica hagan ciertas divulgaciones a un paciente cuando refieren un paciente a otro proveedor de atención médica o instalación en la que el médico tiene un interés significativo. Te estoy refiriendo, el paciente designado de quien usted es el representante legal, a:

 **Advanced Surgery Center of Metairie, LLC**

 **720 Veterans Blvd, Suite 100**

 **Metairie, LA 70005**

para obtener los siguientes servicios, productos o artículos de atención médica:

 **Cirugía**

Tengo un interés financiero en el proveedor de atención médica a quien se lo deriva, la naturaleza y el alcance son los siguientes:

**Poseo una participación de más del cinco por ciento (5%) en el proveedor de atención médica.**

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE**

Yo, el paciente mencionado anteriormente, o el representante legal de dicho paciente, por la presente acuso recibo, en la fecha indicada y antes de la referencia descrita, de una copia de la "Divulgación de interés financiero" anterior.

(Firma del paciente o representante legal)

(Firma del paciente)



Nombre: Fecha de Nacimiento:

 **SI ESTA ES LA COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR, RELLENE LO SIGUIENTE**

Nombre del ajustador: Número de Teléfono:

Numero de Reclamo: Fecha de la Lesión:

**SI ESTE ES UN CASO DE ABOGADO, RELLENE LO SIGUIENTE**

Nombre del Abogado: Número de Teléfono:

**ACUERDO DE TRATAMIENTO Y PAGO:**

Autorizo ​​el examen y el tratamiento para esta y todas las siguientes visitas al médico.

Autorizo ​​a divulgar cualquier información médica necesaria para procesar cualquier facturación del seguro.

Autorizo ​​el pago y la asignación de los beneficios del seguro al consultorio del médico.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos y deducibles que no cubre mi seguro.

Soy personalmente responsable de proporcionar información precisa y actualizada sobre seguros.

Autorizo ​​una fotocopia de esta declaración para que sirva como original.

Firma: Fecha:



**Reconocimiento de las prácticas de privacidad de HIPAA**

Entiendo que es política de Lonseth Interventional Pain Center cumplir con la privacidad reglas y regulaciones promulgadas bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

He recibido una copia de las Políticas de privacidad de HIPAA del Lonseth Interventional Pain Center y tengo léelo cuidadosamente.

**Por la presente reconozco que he revisado y comprendido las políticas mencionadas anteriormente. y procedimientos.**

**Nombre**

**Firma del paciente Fecha**

EMPLEADOS DE RECONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD DE HIPAA