PAIN & WELLNESS INSTITUTE

PAIN & WELLNESS INSTITUTE P.A.

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

Direccion:_____**# de apt:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Numero de Telefono: Celular #: (_____)_____**Casa #:** (_____)_____

Sexo: ___ **M** ___ **F Altura:**_____ **Peso:**_____

Fecha de Nacimiento: _____

 # Seguro Social:_____-_____-_____

Correo Electronico:_____

Farmacia :_____**# de Telefono** (_____)_____

Direccion:_____

Quien lo refirio a nuestra oficina? ☐ **Doctor** ☐ **Amistad/Familia** ☐ **Internet** ☐ **Otros**

Doctor que le Refirió:_____**Doctor Primario:**_____

Seguro Medico: _____ **# de Miembro:** _____

EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTAR:
Nombre:_____**Relacion:**_____
 # de Telefono: (_____)_____

Accidente Laboral? ___ **Si** ___ **No Fecha de el Accidente:**_____
Encargado del caso:_____**# de Telefono:**_____ **Ext**_____
 # de Caso:_____

Accidente automovilistico u otro accidente? ___ **Si** ___ **No**
Fecha de Accidente:_____**Encargado de su caso:**_____
Compañia de seguro: _____
 # de Telefono:_____ **Ext**_____
 # de Caso:_____

Tiene usted representacion legal? ___ **Si** ___ **No**
Nombre de Abogado :_____
Encargado de su caso:_____
 # de Telefono: _____

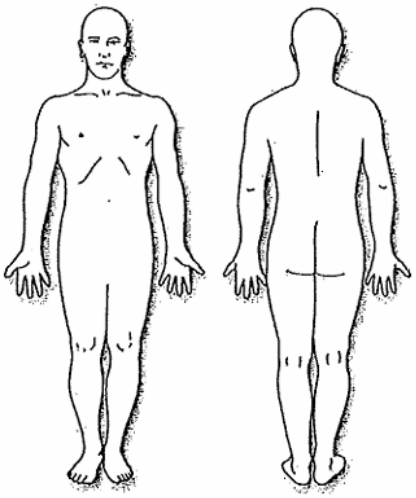
HISTORIA CLINICA

Donde esta su dolor? _____

Como empezo? _____

Cuando empezo?_____

Por favor marque la zona del dolor en el diagrama inferior



ESCALA NUMERICA DEL DOLOR

Por favor circule el numero que mayor describe la escala del dolor que siente en estos momentos.

Ningun dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peor dolor imaginable

Cual es el numero mas alto al que su dolor llega? _____

Cual es el numero mas bajo al que su dolor llega? _____

Que es lo que mayor describe su dolor:

_____Punzante _____Ardiente

_____Vago _____Profundo

_____Diario _____Adormecimiento

_____Constante _____Intermitente

Que actividades empeora su dolor? ___ Caminar ___ Estar parado ___ Levantar ___ Girarse ___Agacharse

Que Alivia su dolor? ___ Descansar ___ Medicamentos ___ Tratamientos Quiropractico

Tu dolor no te deja dormir en la noche? ☐ Si ☐ No

MEDICAMENTOS

ESCRIBE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTE TOMANDO EN ESTOS MOMENTOS. (INCLUYENDO MEDICAMENTOS DEL DOLOR, VITAMINAS, HIERBAS MEDICINALES Y MEDICAMENTOS SIN RECETA)

NOMBRE DE MEDICAMENTO	DOSIS (MILIGRAMOS)	FRECUENCIA? (# DE VECES AL DIA?)

Usted toma algun **anticoagulante**?_____Cual?_____

Escriba todos los medicamentos que ha tomado en el pasado para aliviar el dolor, y explique la razon por la cual dejo de tomarlos:

_____

_____

ALERGIAS

Por favor escriba todas las alergias que tenga a drogas, comidas, o ambientales, e indique que reaccion le causa:

_____

_____

ALERGIA A: ☐ Contraste ☐ Esteroides: cual? _____

☐ Anestesicos: cual? _____

HISTORIA CLINICA

POR FAVOR SEÑALE TODAS LAS QUE APLIQUEN

___ Asma	___ Reflujo Acidito	___ Obesidad	___ Problemas sanguíneos
___ Ataque cardiaco	___ Enfisema	___ Diabetes	___ Hipotiroidismo
___ Enfermedad cardiaca	___ Trombosis	___ Hepatitis A, B, C	___ Fácil enrojecimiento
___ Pancreatitis	___ Tuberculosis positiva	___ Estreñimiento	___ Anti coagulación
___ Presión alta	___ Enfermedad de Crohn	___ Fibromialgia	___ Anemia
___ Presión baja	___ Problemas de memoria	___ Artritis reumatoide	___ Osteoporosis
___ Embolismo	___ Problema Nervioso	___ Osteoartritis	___ Problemas del riñón
___ Infección crónica	___ Problemas de la vejiga	___ HIV	___ Enfermedad de transmisión sexual
___ Ataques pisicologico	___ Dolor de cabeza	___ Infarto cerebral	___ Desorden muscular
___ Distrofia muscular	___ Neuropatía	___ Migraña	___ Epilepsia
___ Depresión	___ Psicosis	___ Ansiedad	___ Pánico
___ Desorden autoinmunológico	___ Lupus, Sjogren síndrome	Otros: _____	

Cáncer: Sitio _____ Fecha del diagnostico_____ Quimioterapia _____ Radiación _____

SURGICAL HISTORY

PLEASE LIST ALL SURGERIES

DATE	SURGERY

HISTORIA SOCIAL:

Estado Civil: ____Casado/a ____Divorciado/a ____Soltero/a
Estas trabajando en la actualidad? ____Si _____ No Cual es o fue su ocupacion?_____ _____
Fuma en actualidad? ____Si ____No Cuando paro de fumar?_____
Cuantos cigarros por dia? _____ Cuantos anos o hace cuantos anos_____
Uso de alcohol ? ____Si ____No
Historia de uso de drogas? ____Si ____No Cual?_____
Historia de alcoholismo? ____Si ____No
Ha recibido tratamiento para uso de drogas o alcoholismo? ____ Si ____ No
Historia de abuso de drogas o alcohol en la familia? ____Si ____No
Existe alguna posibilidad que usted este embarazada? ____Si ____No

HISTORIA MEDICA FAMILIAR

Que enfermedad corre en su familia?

___ Enfermedad cardiaca
___ Cancer
___ Infarto cerebral
___ Depresion
___ Otros:_____

REVISION MEDICA GENERAL

POR FAVOR CIRCULE TODOS LOS SINTOMAS QUE LE APLIQUE A USTED EN ESTOS MOMENTOS

Constitucional: fiebre/resfriados cambio visuales Perdida o aumento de peso fatiga
Cardiovascular: palpitaciones inflamacion de las piernas ataque cardiaco dolor en el pecho presion alta
Respiratorio: Falta de aire asma tos aguda escupidos con sangre silbido pulmonar
Gastrointestinal: acidez nausea estreñimiento diarrea heces fecales con sangre
Genitourinario: Cambios en control intestine cambios en control de la vejiga Sangre en orine
Musculoskeletal: Dolor o rijides en articulaciones inflamacion muscular arthritis espasmos muscular
Neurologico: mareos desmayos dolor de cabeza ataques de epilepsia debilidad entumecimiento
Psicologico: depresion anciedad estres
Endocrino: diabetes tolerancia al calor/frio cambios de apetito sudoraciones
Hematologico: sangramiento irregular problemas de coagulacion

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____
(O FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE)

SBIRT DAST-10 Forms

Drug Screening Questionnaire (DAST)

El consumo de drogas puede afectar su salud y algunos medicamentos que estés tomando. Ayúdanos a brindarle la mejor atención médica respondiendo las siguientes preguntas.

¿Ha consumido drogas recreativas o ilegales durante el último año?

☐ NINGUNA ☐cocaina

☐marijuana ☐narcoticos (heroina, oxycodone, methadone, etc.)

☐ inhalantes (paint thinner, aerosol, glue) ☐hallucinogens (LSD, mushrooms)

☐ tranquilizantes (valium) ☐ otros: _____

☐ metanfetaminas (speed, crystal)

1. ¿Ha consumido drogas distintas a las requeridas por razones médicas?	No	Si
2. ¿Abusa de más de una droga a la vez?	No	Si
3. ¿No puedes dejar de consumir drogas cuando quieres?	No	Si
4. ¿Alguna vez has tenido desmayos o flashbacks como resultado del consumo de drogas?	No	Si
5. ¿Alguna vez te has sentido culpable por tu consumo de drogas?	No	Si
6. ¿Tu cónyuge (o tus padres) alguna vez se quejan de tu relación con las drogas?	No	Si
7. ¿Has descuidado a tu familia debido al consumo de drogas?	No	Si
8. ¿Ha participado en actividades ilegales para obtener drogas?	No	Si
9. ¿Alguna vez has experimentado síntomas de abstinencia (sentiste náuseas) al dejar de consumir drogas?	No	Si
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado del consumo de drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrado)?	No	Si
	0	1

0	1	3	6
I	II	III	IV

PHQ-9

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Utilice "✓" para indicar su respuesta)	Ningun dia	Varios dias	Mas de la mitad de los dias	Casi todos los dias
1. Poco interés o placer en hacer las cosas.	0	1	2	3
2. Sentirse deprimido, decaído o sin esperanza	0	1	2	3
3. Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3
5. Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia.	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión.	0	1	2	3
8. ¿Moverse o hablar tan lento que otras personas podrían haberlo notado? ¿O lo contrario: estar tan inquieto o intranquilo que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual?	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estarías mejor muerto o de hacerte daño de alguna manera.	0	1	2	3

PUNTUACIÓN TOTAL:

Si marcó algún problema, ¿en qué medida estos problemas le dificultaron realizar su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?

No ha sido dificil	Un poco dificil	Muy dificil	Extremadamente dificil

CAGE SCREENING

- Alguna vez has sentido que deberia reducir (**C**ut down) su consumo de alcohol? ___ Yes ___ No
- Se siente molesto (**A**nnoyed) cuando lo critican por beber? ___ Yes ___ No
- Alguna vez se siente culpable (**G**uilty) por beber? ___ Yes ___ No
- Alguna vez toma alcohol por la mañana temprano (**E**arly-morning drink) para arrancar el dia o para curar la resaca ? ___ Yes ___ No

PAIN & WELLNESS INSTITUTE P.A.

RELEASE OF MEDICAL RECORDS

PATIENT'S LAST NAME:_____FIRST NAME:_____

DOB:_____/_____/_____ SSN #_____ SEX_____

HOME PHONE(_____)_____ ALT PHONE (____)_____

ADDRESS_____

I hereby authorize_____(office/facility) to release my Personal Health Information. If applicable, I also give permission for the following to be disclosed: Infection with AIDS or HIV, Behavioral Health Services/Psychiatric Care, Treatment for Alcohol/Drug

NAME: PAIN & WELLNESS INSTITUTE		PHONE NUMBER: (813) 873-7777
ADDRESS: 4509 N. ARMENIA AVE.		FAX NUMBER: (813) 873-7776
CITY: TAMPA	STATE: FLORIDA	ZIP CODE: 33603

Please include all: (CHECK ALL THAT APPLY)

☐ Consultation Notes	☐ Office Notes	☐ Diagnostic Reports (MRI, CAT... etc.)
☐ Operative Reports	☐ Lab Results	☐ Other

The purpose of this release of information is for:

☐Continuing Medical Care	☐Personal Use
☐Attorney/Legal Case	☐Other:

I understand that, if the person or entity receiving the information is not a health care provider or health plan covered by federal
privacy regulations, the information described above may be re-disclosed and no longer protected by HIPAA and other federal and state regulations. However, the recipient may be prohibited from disclosing substance abuse information under the Federal
Substance Abuse Confidentiality Requirements.
I also understand that the person I am authorizing to use and/or disclose the information may not receive compensation for doing so.
I, further understand that I may refuse to sign this authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment or payment of my eligibility for benefits. I may inspect or copy any information to be used and/or disclosed under this
authorization.

Finally, I understand that I may revoke this authorization, in writing, at any time, provided that I do so in writing, except to the extent that action has been taken in reliance upon this authorization.

FIRMA DEL PACIENTE _____ **FECHA** _____
(O FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE)

PAIN & WELLNESS INSTITUTE, P.A.

Registro de Paciente Nuevo, Consentimiento, Privacidad y Acuerdo Financiero

Consentimiento para Recibir Atención, Cesión de Beneficios, Divulgación de Información y Acuerdo Financiero

Consentimiento para recibir atención: Me presento a Pain and Wellness Institute, P.A. para recibir atención médica. Por la presente doy mi consentimiento voluntario y autorizo dicha atención, incluidos procedimientos diagnósticos y tratamiento quirúrgico y médico por parte de los agentes y empleados autorizados de esta práctica y por su personal médico, según su criterio profesional, cuando sea necesario y beneficioso. Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía con respecto al efecto de dichos exámenes o tratamientos sobre mi condición.

Cesión de beneficios: Por la presente cedo el pago directamente a Pain and Wellness Institute, P.A. Como cortesía, Pain and Wellness Institute, P.A. verifica los beneficios del seguro. Sin embargo, entiendo que esto no garantiza el pago por parte de mi compañía de seguro. Entiendo que soy financieramente responsable ante Pain and Wellness Institute, P.A. por los cargos no cubiertos por esta cesión o por cualquier cargo que la compañía de seguro se niegue a pagar.

Divulgación de información: Por la presente autorizo a Pain and Wellness Institute, P.A. o a cualquier médico que me haya atendido a proporcionar a mi compañía o compañías de seguro, Organización de Proveedores Preferidos (PPO), Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO), compañía de compensación laboral, proveedores que me refieren o me tratan, y otros pagadores o entidades involucradas en el pago, revisión de utilización, revisión de calidad, coordinación de atención o procesamiento de reclamaciones, la información médica y los registros necesarios para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, según lo permita la ley.

Acuerdo financiero: Acepto, ya sea que firme por mí mismo o por cualquier dependiente, pagar a Pain and Wellness Institute, P.A. sus cargos habituales por los servicios prestados dentro de un período de sesenta (60) días. Entiendo que asumo la responsabilidad de pagar la factura en su totalidad. Si por cualquier motivo la factura no se paga dentro de sesenta (60) días y se envía a una agencia de cobro, acepto pagar los honorarios de abogado y los gastos de cobranza.

Una copia de este permiso se considerará tan efectiva y válida como el original.

Política de inasistencia: Requerimos al menos 24 horas de aviso para cancelar o reprogramar una cita. No proporcionar aviso previo resultará en un cargo por cancelación de hasta $100. Este cargo no está cubierto por el seguro y debe pagarse en su totalidad antes de su próxima cita.

Facturación de laboratorios de terceros: Como parte de su tratamiento y monitoreo de sustancias controladas, se le requerirá proporcionar muestras de orina, sangre o fluido oral. Estas muestras se envían frecuentemente a laboratorios externos de terceros para pruebas avanzadas de confirmación. El laboratorio de pruebas le facturará directamente por estos servicios, y usted acepta que es financieramente responsable por cualquier saldo, deducible o copago que su compañía de seguro se niegue a pagar.

Completar formularios: Formularios, documentación de discapacidad, cartas para abogados, informes narrativos y solicitudes de registros médicos pueden requerir aviso previo, revisión del proveedor, una cita y/o cargos administrativos cuando la ley lo permita.

Mi firma abajo constituye mi reconocimiento de que (1) he leído y aceptado lo anterior, y (2) las operaciones o procedimientos especiales me han sido explicados adecuadamente por mis médicos o cirujanos tratantes y que tengo toda la información que deseo.

Estatuto de Fraude de Florida: La Sección 817.234 de los Estatutos de Florida establece que cualquier persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

Por lo tanto, doy autorización a: cualquier hospital, farmacia, médico, proveedor de atención médica de cualquier naturaleza y agencias de cumplimiento de la ley, según lo permita la ley y según sea necesario para tratamiento, pago, operaciones de atención médica, cumplimiento o investigación de posible uso indebido/desvío de sustancias controladas.

Consentimiento de comunicación: Teléfono, correo de voz, correo electrónico, mensajes de texto, AI y portal del paciente

Autorizo a Pain & Wellness Institute, P.A. y a su personal, proveedores, representantes de facturación y proveedores de servicios autorizados a comunicarse conmigo utilizando la información de contacto que proporcione. Las comunicaciones pueden incluir recordatorios de citas, programación, referidos, coordinación de pruebas o estudios de imágenes, recordatorios de recetas/renovaciones, asuntos de facturación/cuenta, formularios, educación del paciente y coordinación de atención. Entiendo que los recordatorios de citas forman parte del tratamiento y pueden enviarse sin una autorización HIPAA separada, pero este consentimiento documenta mis preferencias y autorización para el uso de comunicaciones electrónicas. Acepto recibir mensajes de texto/SMS y correos electrónicos al número de teléfono y dirección de correo electrónico que he proporcionado.

Reconocimiento de riesgo de texto/correo electrónico: Entiendo que los mensajes de texto estándar y el correo electrónico pueden no

Iniciales: _____

estar cifrados y pueden ser vistos por alguien con acceso a mi teléfono, cuenta de correo electrónico, cuenta del proveedor de telefonía o dispositivo. Pain & Wellness Institute intentará limitar la información sensible en mensajes de texto/correos electrónicos de rutina y puede dirigirme al portal del paciente para información médica detallada. Puedo optar por no recibir mensajes de texto no urgentes notificando a la oficina por escrito o respondiendo STOP cuando sea compatible. Optar por no recibirlos puede afectar la rapidez de los recordatorios o la comunicación de rutina, pero no afectará mi derecho a recibir tratamiento. La práctica no usará mensajes de texto/correos electrónicos estándar para emergencias. Los pacientes deben llamar al 911 o acudir a la sala de emergencias en caso de emergencia. Pueden aplicarse cargos por mensajes y datos.

Consentimiento de telemedicina: Doy mi consentimiento voluntario para servicios de telesalud cuando sean necesarios. Entiendo que estas visitas tienen limitaciones inherentes en comparación con los exámenes físicos y que puedo optar por una cita en persona en cualquier momento. La telemedicina puede no ser apropiada para toda condición. El proveedor puede requerir una visita en persona, examen físico, estudios de imágenes, pruebas o referido. La prescripción de sustancias controladas por telemedicina está sujeta a la ley federal y estatal y puede no estar disponible en todas las circunstancias. Acepto proporcionar mi ubicación física al momento de la visita y entiendo que la atención de emergencia no puede brindarse mediante telemedicina de rutina.

Consentimiento para inteligencia artificial ambiental (AI) y documentación por audio: Para garantizar una documentación médica altamente precisa y eficiente, Pain & Wellness Institute, P.A. utiliza software de documentación por inteligencia artificial ambiental (AI) y/o personal remoto durante las visitas de pacientes. Al firmar este documento, usted consiente explícitamente al procesamiento de audio seguro y privado de sus encuentros clínicos. Estas grabaciones no se conservan a largo plazo y se utilizan estrictamente con el propósito de generar su registro médico de conformidad con HIPAA y la ley de Florida. Negarse no afectará el acceso a la atención.

Soy responsable de notificar de inmediato a la oficina si cambia mi número de teléfono, dirección de correo electrónico, dirección postal, seguro, farmacia o contacto autorizado.

Derechos y responsabilidades del paciente

Derechos del paciente

- Ser tratado con dignidad, respeto y compasión.
- Participar en las decisiones sobre su atención y recibir información sobre su diagnóstico, tratamiento propuesto, riesgos, beneficios y alternativas razonables.
- Hacer preguntas y rechazar tratamiento, sujeto a las consecuencias médicas de rechazar dicho tratamiento.
- Solicitar acceso a sus registros médicos y solicitar la corrección de información que usted considere inexacta o incompleta.
- Recibir las protecciones de privacidad descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Recibir información sobre alternativas no opioides cuando se esté considerando o prescribiendo un medicamento opioide, según corresponda bajo la ley de Florida.

Responsabilidades del paciente

- Proporcionar información completa y precisa sobre su salud, medicamentos, farmacia, seguro, reclamación y datos de contacto.
- Seguir el plan de tratamiento, asistir a las citas y notificar a la oficina lo antes posible si debe cancelar o reprogramar.
- Traer identificación con foto, tarjetas de seguro, frascos de medicamentos cuando se soliciten, y estudios de imágenes o informes relevantes.
- Usar los medicamentos solo según lo recetado e informar de inmediato efectos secundarios, hospitalizaciones, nuevas recetas o cambios significativos en su condición.
- Tratar respetuosamente al personal, proveedores y otros pacientes. Conducta amenazante, abusiva, discriminatoria o disruptiva puede resultar en el despido de la práctica de conformidad con la ley aplicable y las obligaciones de continuidad de atención.

Aviso de Prácticas de Privacidad - Resumen y Reconocimiento

Este resumen describe cómo puede usarse y divulgarse la información médica sobre usted y cómo puede acceder a esta información. Una copia completa del Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible a solicitud, en la oficina y en el sitio web de la práctica si está publicado. El Aviso puede revisarse periódicamente, y usted puede solicitar una copia actualizada en cualquier momento.

Sus derechos

- Obtener una copia en papel o electrónica de su registro médico según lo permita la ley.
- Solicitar que corrijamos su registro médico.
- Solicitar comunicaciones confidenciales o pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica.
- Solicitar que limitemos lo que usamos o compartimos, aunque es posible que no estemos obligados a aceptar.

Iniciales: _____

- Obtener una lista de ciertas divulgaciones de su información de salud.
- Obtener una copia de este Aviso.
- Elegir a alguien para actuar en su nombre si esa persona tiene autoridad legal.
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

Sus opciones

- Puede indicarnos sus preferencias sobre compartir información con familiares, amigos, cuidadores u otras personas involucradas en su atención.
- Generalmente necesitamos su permiso por escrito para usos o divulgaciones con fines de mercadeo, venta de su información o la mayoría de las divulgaciones de notas de psicoterapia.
- Puede revocar una autorización escrita según lo permita la ley, excepto en la medida en que ya hayamos actuado basándonos en ella.
- Entiendo que no estoy obligado a firmar este reconocimiento como condición para recibir tratamiento, pero la práctica puede documentar su esfuerzo de buena fe para obtener el reconocimiento.

Nuestros usos y divulgaciones

- Tratamiento: Podemos usar y compartir información con médicos, hospitales, farmacias, laboratorios, centros de imágenes, terapeutas y otras personas involucradas en su atención.
- Pago: Podemos usar y compartir información para facturar y obtener pago de planes de salud, compañías de compensación laboral, compañías de auto/PIP, abogados u otros pagadores responsables.
- Operaciones de atención médica: Podemos usar y compartir información para administrar la práctica, mejorar la atención, realizar revisión de calidad, credencialización, cumplimiento, auditorías y operaciones comerciales.
- Según lo requiera o permita la ley: Podemos compartir información para salud pública, seguridad, cumplimiento de la ley, supervisión de salud, compensación laboral, asuntos de médico forense/director funerario, donación de órganos/tejidos, demandas, órdenes judiciales, citaciones y otros fines legalmente requeridos.
- Registros de trastorno por consumo de sustancias: Si la práctica crea o recibe registros protegidos por reglas federales especiales de confidencialidad sobre trastornos por consumo de sustancias, dichos registros recibirán cualquier protección adicional requerida por la ley.
- Intercambio electrónico: Podemos intercambiar información electrónicamente a través de nuestro EHR, farmacias, laboratorios, proveedores de imágenes, redes de información de salud y otros sistemas autorizados usados para tratamiento, pago y operaciones.
- No se permite grabar audio o video de visitas, personal, proveedores u otros pacientes sin el consentimiento previo de todas las partes, excepto según lo permita la ley.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de la información médica protegida.
- Notificaremos a las personas afectadas según lo requiera la ley si una violación compromete la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y prácticas de privacidad descritos en el Aviso vigente.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja de privacidad.

Oficial de Privacidad / Contacto HIPAA: Pain & Wellness Institute, P.A., 4509 N. Armenia Ave., Tampa, FL 33603, Teléfono: (813) 873-7777. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Reconocimiento: Reconozco que he recibido o se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Pain & Wellness Institute, P.A. y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Consentimiento Informado y Acuerdo de Tratamiento para Sustancias Controladas y Opioides

Este acuerdo se aplica si Pain & Wellness Institute, P.A. receta medicamentos opioides, benzodiacepinas, estimulantes, relajantes musculares, sedantes-hipnóticos o cualquier otra sustancia controlada. Las sustancias controladas pueden ser útiles para pacientes seleccionados, pero conllevan riesgos significativos. El objetivo del tratamiento es una mejoría significativa del dolor, la función y la calidad de vida, no la eliminación completa del dolor.

Consentimiento informado: Riesgos, beneficios y alternativas

- Los beneficios potenciales pueden incluir reducción del dolor y mejoría de la función cuando el medicamento sea clínicamente apropiado y se use según lo recetado.

Iniciales: _____

- Los riesgos incluyen somnolencia, mareos, alteración del juicio, tiempo de reacción más lento, estreñimiento, náuseas, picazón, cambios hormonales incluyendo testosterona baja, disfunción sexual, cambios de ánimo, depresión, caídas, accidentes automovilísticos, defectos de nacimiento o síndrome de abstinencia neonatal si se usa durante el embarazo, interacciones medicamentosas, dependencia física, tolerancia, abstinencia, adicción, sobredosis, depresión respiratoria y muerte.
- El riesgo aumenta cuando los opioides se combinan con alcohol, benzodiacepinas, medicamentos para dormir, relajantes musculares, sedantes, sustancias ilícitas u otros medicamentos que afecten la respiración o el estado de alerta.
- No conduciré, operaré maquinaria pesada, trabajaré en alturas, tomaré decisiones importantes sensibles a la seguridad ni cuidaré a personas vulnerables si me siento afectado o hasta saber cómo me afecta el medicamento.
- Entiendo que la dependencia física puede ocurrir incluso cuando el medicamento se toma según lo recetado, y que suspenderlo abruptamente puede causar abstinencia. Puede ocurrir tolerancia y aumentar la dosis puede no mejorar el dolor ni la función.
- Entiendo que puede ocurrir adicción o trastorno por uso de opioides y que puede requerir reducción gradual, referido, tratamiento de adicción o tratamiento con medicamentos para trastorno por uso de opioides cuando esté clínicamente indicado.
- Entiendo que mi proveedor puede recetar o recomendar naloxona/medicamento antagonista opioide de rescate cuando sea clínicamente apropiado, y debo informar a los miembros de mi hogar dónde se guarda y cómo usarlo.
- Se me ha informado que pueden estar disponibles alternativas no opioides, incluidas medicamentos no opioides, inyecciones/procedimientos, terapia física, ejercicio en casa, reducción de peso, enfoques de salud conductual, soportes ortopédicos, terapias complementarias y otras opciones no farmacológicas. Entiendo que la información educativa requerida por Florida sobre alternativas no opioides se me ha ofrecido y está disponible a través del Departamento de Salud de Florida, así como en el sitio web de Pain & Wellness Institute.
- Para pacientes con dolor crónico no maligno que reciben sustancias controladas, el paciente debe ser evaluado en intervalos regulares según lo requiera la ley de Florida y el plan de tratamiento, generalmente sin exceder tres meses, y con mayor frecuencia cuando esté clínicamente indicado.
- La continuación de la terapia con sustancias controladas depende del beneficio documentado, mejoría funcional, riesgo aceptable, cumplimiento del acuerdo, revisión del PDMP y ausencia de evidencia de uso indebido, desvío o uso inseguro.
- Entiendo que combinar opioides con benzodiacepinas, alcohol, medicamentos para dormir, relajantes musculares, sedantes o drogas ilícitas puede causar depresión respiratoria, sobredosis, coma o muerte.
- Firmar este acuerdo no garantiza que se receten o continúen sustancias controladas.
- La medicación se continuará solo cuando los beneficios, incluida la mejoría funcional, superen los riesgos.
- Los resultados inesperados de pruebas pueden requerir pruebas confirmatorias y revisión clínica antes de tomar decisiones finales de prescripción, excepto cuando preocupaciones inmediatas de seguridad requieran acción.
- Si las sustancias controladas se reducen o se suspenden, la práctica puede ofrecer reducción gradual, alternativas no opioides, referidos o instrucciones de emergencia según sea clínicamente apropiado. Suspender sustancias controladas no necesariamente significa suspender toda la atención.

Responsabilidades del paciente

- Tomaré el medicamento exactamente según lo recetado y no cambiaré la dosis, frecuencia, vía o horario sin autorización de Pain & Wellness Institute.
- No obtendré sustancias controladas de otro prescriptor a menos que Pain & Wellness Institute lo autorice o a menos que el tratamiento ocurra en una emergencia, hospital, cirugía, procedimiento dental u otra situación clínicamente necesaria. Notificaré a Pain & Wellness Institute lo antes posible sobre cualquier sustancia controlada recetada en otro lugar.
- Usaré una sola farmacia para sustancias controladas a menos que la oficina apruebe y documente un cambio.
- Informaré a todos los proveedores tratantes y farmacias que estoy recibiendo sustancias controladas de Pain & Wellness Institute.
- No compartiré, venderé, intercambiaré, regalaré, tomaré prestados ni desviaré medicamentos. Entiendo que esto es inseguro e ilegal.
- No usaré drogas ilegales ni sustancias controladas no recetadas. Entiendo que la marihuana/cannabis, incluso si es legal bajo ciertas circunstancias, debe divulgarse y puede afectar mi plan de tratamiento y las decisiones de prescripción.
- Guardaré los medicamentos de manera segura, preferiblemente bajo llave, lejos de niños, visitantes, mascotas y otras personas. Desecharé los medicamentos no utilizados mediante un programa de devolución de farmacia u otro método seguro de eliminación.
- Me someteré a pruebas de orina, fluido oral, sangre, suero u otras pruebas de drogas cuando se soliciten. Entiendo que los resultados pueden afectar las decisiones de prescripción.
- Me someteré a conteos aleatorios de pastillas o revisión de frascos de medicamentos dentro del plazo solicitado, que puede ser dentro de 24 horas o el siguiente día hábil.
- Autorizo a Pain & Wellness Institute a revisar datos de E-FORCSE/PDMP y a comunicarse con farmacias, otros prescriptores, pagadores, ajustadores y entidades apropiadas según lo permita la ley para coordinar la atención, verificar recetas y abordar asuntos de seguridad, cumplimiento, desvío o pago.

Iniciales: _____

- Asistiré a las citas programadas. Citas perdidas, cancelaciones tardías, reprogramaciones repetidas o incumplimiento del plan de tratamiento pueden resultar en reducción gradual del medicamento, no renovación o despido de la práctica.
- Entiendo que las recetas tienen límites específicos de cantidad/frecuencia y renovaciones. Las renovaciones tempranas no están garantizadas y generalmente no se proporcionarán.
- Entiendo que la violación de este acuerdo, uso inseguro de medicamentos, pruebas de drogas inconsistentes, resultados preocupantes del PDMP, desvío, conducta amenazante, recetas falsificadas/alteradas o incumplimiento de consejos médicos pueden resultar en reducción gradual, suspensión de sustancias controladas, referido para evaluación o tratamiento y/o despido de la práctica de conformidad con la ley aplicable y las obligaciones de continuidad de atención.
- El despido se manejará de conformidad con la ley aplicable y las obligaciones de continuidad de atención.

Responsabilidades del proveedor

- El proveedor evaluará si la terapia con sustancias controladas sigue estando médicamente indicada y revisará beneficios, riesgos, función, efectos secundarios y seguridad en intervalos regulares.
- El proveedor puede ajustar, reducir gradualmente, suspender o rechazar sustancias controladas si los riesgos superan los beneficios, no se cumplen los objetivos del tratamiento o surgen preocupaciones de seguridad/cumplimiento.
- El proveedor puede recomendar medicamentos no opioides, procedimientos intervencionistas, terapia, estudios de imágenes, consulta especializada, atención de salud conductual u otras alternativas cuando sea clínicamente apropiado.

Reconocimiento: He leído este acuerdo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y acepto cumplirlo. Entiendo que las sustancias controladas para dolor crónico no maligno generalmente deben ser recetadas por un solo registrante tratante a menos que se autorice y documente lo contrario.

Medicamentos opioides/radiación: Embarazo, seguridad y poblaciones especiales

- Embarazo/lactancia: Informaré inmediatamente a Pain & Wellness Institute si estoy embarazada, puedo quedar embarazada, planeo un embarazo o estoy amamantando. El uso de opioides y sustancias controladas, así como la radiación de procedimientos, puede afectar a un feto o recién nacido y requerir coordinación con atención obstétrica. Entiendo que, al no divulgar un posible embarazo, asumo los riesgos para el niño no nacido y no responsabilizaré a Pain & Wellness Institute, P.A. ni a sus proveedores.
- La apnea del sueño, enfermedad pulmonar, enfermedad renal/hepática, edad avanzada, riesgo de caídas y combinar medicamentos que causan sedación pueden aumentar el riesgo de efectos secundarios graves, sobredosis y muerte.
- El alcohol y las sustancias recreativas pueden interactuar peligrosamente con sustancias controladas y no deben usarse en combinación con medicamentos opioides o sedantes.
- La naloxona puede revertir temporalmente una sobredosis de opioides y puede ser recetada o recomendada. Llame al 911 después de usar naloxona porque los síntomas pueden regresar.

Aviso de Estimación de Buena Fe para Pacientes sin Seguro o de Pago Particular

Usted tiene derecho a recibir una Estimación de Buena Fe que explique cuánto costará su atención médica si no tiene ciertos tipos de cobertura de salud o si elige no usar cierta cobertura de seguro.

- Este aviso se aplica a pacientes sin seguro y a pacientes que eligen no usar seguro para un artículo o servicio.
- Usted tiene derecho a recibir una Estimación de Buena Fe del costo total esperado de artículos o servicios de atención médica no urgentes cuando la solicite o al programar esos servicios, incluidos costos relacionados que sean razonablemente esperados y conocidos por la práctica.
- Si programa con al menos 3 días hábiles de anticipación, debe recibir una Estimación de Buena Fe por escrito dentro del plazo requerido por la ley. Si solicita una antes de programar, debe proporcionarse dentro del plazo requerido por la ley.
- Si recibe una factura que es al menos $400 más alta que su Estimación de Buena Fe para un proveedor o centro, puede tener derecho a disputar la factura.
- Guarde una copia o foto de su Estimación de Buena Fe. Para más información, visite www.cms.gov/nosurprises/consumers o llame al 1-800-985-3059.

Política de renovación de recetas

- Las solicitudes de recetas y renovaciones se procesan solo durante el horario regular de oficina. No se procesan renovaciones fuera de horario, los fines de semana ni en días festivos.
- Solicite renovaciones no urgentes al menos tres (3) días hábiles antes de quedarse sin medicamento. Es posible que las solicitudes de renovación el mismo día no se completen.

Iniciales: _____

- Las recetas de sustancias controladas generalmente requieren una visita al consultorio o evaluación del proveedor y no se renovarán temprano. Los pacientes que reciben sustancias controladas deben ser atendidos en intervalos clínicamente apropiados y al menos con la frecuencia requerida por la ley de Florida y el plan de tratamiento del proveedor.
- La ley de Florida generalmente requiere que las recetas se generen y transmitan electrónicamente a menos que aplique una excepción legal. Las recetas en papel pueden estar limitadas por la ley, requisitos de farmacia o política de la oficina.
- Cambios de medicamentos, aumentos de dosis, recetas de reemplazo y asuntos relacionados con sustancias controladas requieren revisión del proveedor y pueden requerir una cita.
- Sustancias controladas perdidas, robadas, destruidas, derramadas, confiscadas o extraviadas generalmente no serán reemplazadas. Un reporte policial no garantiza reemplazo.
- Los pacientes son responsables de usar una sola farmacia para sustancias controladas a menos que la oficina autorice y documente un cambio.
- La oficina puede revisar el Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados de Florida (E-FORCSE), solicitar pruebas de drogas en orina/fluido oral/sangre, solicitar revisión de frascos de medicamentos o conteos de pastillas, y comunicarse con farmacias y otros proveedores tratantes según sea clínicamente apropiado y legalmente permitido.
- Las autorizaciones previas, comunicaciones con farmacias y apelaciones de medicamentos ante el seguro se realizan como cortesía y no garantizan aprobación ni pago. El tiempo de procesamiento depende de la aseguradora/farmacia.
- La prescripción electrónica puede no estar disponible en ciertas circunstancias, incluida falla tecnológica, limitaciones de farmacia, excepciones legales u otras excepciones permitidas por la ley.
- No suspenda opioides, benzodiacepinas, relajantes musculares, medicamentos anticonvulsivos u otros medicamentos abruptamente sin consejo médico, a menos que se le indique debido a una reacción grave o emergencia.

Reconocimiento final del paciente

Al firmar abajo, reconozco que he completado este paquete de manera veraz y según mi leal saber y entender. He leído cada sección, incluido el acuerdo de arbitraje por negligencia médica, consentimiento para recibir atención, acuerdo financiero, consentimiento informado y contrato de opioides, divulgación de registros médicos, riesgos de embarazo, aviso de prácticas de privacidad y consentimiento de comunicación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y acepto las políticas y acuerdos que se aplican a mi atención en Pain & Wellness Institute, P.A.

Nombre impreso del paciente o representante: _____

Firma del paciente o representante: _____

Fecha: _____