



## Registración del Paciente

# de cuenta: \_\_\_\_\_

# de telefono de \_\_\_\_\_

casa: \_\_\_\_\_

# de celular: \_\_\_\_\_

Correo \_\_\_\_\_

electronico\*: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre 2o nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de la Enfermedad / Lesión: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social (SS #): \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_  
Médico que lo refirió: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  No aplica  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Nombre del Esposo/a: \_\_\_\_\_ Empleador del Esposo/a: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Relación más cercana que no vive con usted: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**COBERTURA DE SEGURO MÉDICO** -Debe ser completado por todos los pacientes (En el caso de que la compensación de trabajadores, esta información sólo se utilizará si se niega su compensación)

Nombre de la Empresa de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # del grupo: \_\_\_\_\_ # de identificación: \_\_\_\_\_  
Suscriptor es:  Uno mismo  Esposo/a  Padre  Otro Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_  
# de Seguro Social del suscriptor (si no es uno mismo): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_  
¿Tiene seguro médico secundario?  Sí  No Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ # de identificación: \_\_\_\_\_

**RESPONSABILIDAD** -Por favor llene esta sección si su enfermedad / lesión es el resultado de un **accidente** (accidente de carro o de otra manera - pero NO relacionado al trabajo). Por favor, proporciónenos con los beneficios de med-pay / PIP de su póliza.

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Fecha del accidente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de Póliza: \_\_\_\_\_ # del reclamo : \_\_\_\_\_  
Ajustador de Reclamos: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Lugar del Accidente (Estado): \_\_\_\_\_

**COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES** - Por favor llene esta sección si su enfermedad / lesión se **relaciona al trabajo**.

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Fecha del accidente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Ajustador de reclamos: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # del Reclamo : \_\_\_\_\_  
Enfermera de rehabilitación (si aplica): \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Empleador en el momento del accidente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado : \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Persona de Contacto: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Cuando presentó por primera vez el accidente? \_\_\_\_\_

**ABOGADO** - Por favor llene si un abogado le representa con respecto a esta enfermedad / lesión.

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN Y CESIÓN DEL PACIENTE

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente autorizo a Physical Medicine Associates, Ltd., que opera como Nacional Spine & Pain Centers (en adelante, NSPC), para aplicar para beneficios en mi nombre por los servicios prestados. Solicito que el pago se hace directamente al NSPC. Certifico que la información proporcionada en relación con la cobertura del seguro es verdadera y preciso.

Además, autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otra información necesaria para este o cualquier otro reclamo correspondiente, a las compañías de seguros. Permiso usar una copia de esta autorización en lugar del original. Esta permanecerá en efecto hasta que sea revocada por mí, por escrito. Entiendo que soy responsable por todos los cargos que sean o no pagados por dicho seguro. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad de todos los cobros incurridos si sea necesario colección de este saldo incluyendo los cobros judiciales y honorarios de abogados. Entiendo que NSPC me puede referir a un centro en el que tiene un interés financiero. Yo no tengo obligación para usar esa instalación y puedo hacer mi cita en otro de mi elección.

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

\*Proveer su correo electrónico autoriza a NSPC mandarle mensajes electrónicos. Se puede cancelar estos mensajes en cualquier momento.



**CUESTIONARIO PARA PACIENTES NUEVOS**

*\*\*Office use only*

Provider \_\_\_\_\_ Appt time \_\_\_\_\_

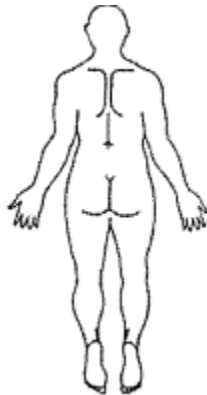
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Médico que lo refirió: \_\_\_\_\_  
 Esta visita está relacionado con:  Compensación de trabajadores  Accidente de carro  
 Queja principal (motivo de la consulta) \_\_\_\_\_ De qué lado?  derecha  izquierda

En el dibujo marca los lugares donde se siente dolor.

Farmacia Actual  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_



D I



I D

El inicio de su dolor fue  de repente después de una lesión  de repente sin lesión  poco a poco después de una lesión  poco a poco sin una lesión  después de un accidente relacionado al trabajo  después de un accidente de carro

El dolor ha seguido por \_\_\_\_\_  días  semanas  meses  años

El dolor ocurre:  intermitente/entrecortado  constante  ocasional/de vez en cuando  rara vez

Describe su dolor:  pulsativo  sordo, fijo  doloroso  dolor punzante  punzante como cuchillo  quemante

Su dolor es:  leve  moderado  fuerte  insoportable

Nivel del dolor hoy: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0=no hay dolor 10=dolor insoportable)

En las últimas dos semanas, por favor identifique su nivel de dolor:

Nivel de dolor fuerte: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nivel promedio del dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ha experimentado:  entumecimiento  debilidad  hormigueo  cosquilleo  quemazón  hinchazón

Cuáles actividades empeoran sus síntomas:

- |                                   |  |  |   |
|-----------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> sentarse | <input type="checkbox"/> levantamiento         | <input type="checkbox"/> doblar a la derecha   | <input type="checkbox"/> frío/humedad     |
| <input type="checkbox"/> pararse  | <input type="checkbox"/> doblar hacia adelante | <input type="checkbox"/> doblar a la izquierda | <input type="checkbox"/> toser/estornudar |
| <input type="checkbox"/> caminar  | <input type="checkbox"/> doblar hacia atrás    | <input type="checkbox"/> manejar carro         |   |

Cuáles actividades alivian sus síntomas:

- |                                   |   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> nada     | <input type="checkbox"/> descanso                                 | <input type="checkbox"/> calor                  | <input type="checkbox"/> masaje                     |
| <input type="checkbox"/> sentarse | <input type="checkbox"/> no hacer actividades agotadoras          | <input type="checkbox"/> ponerse hielo          | <input type="checkbox"/> manipulación quiropráctica |
| <input type="checkbox"/> pararse  | <input type="checkbox"/> acostarse con almohada entre las piernas | <input type="checkbox"/> estirarse              | <input type="checkbox"/> acupuntura                 |
| <input type="checkbox"/> caminar  |   | <input type="checkbox"/> medicina para el dolor | <input type="checkbox"/> natación                   |



## CUESTIONARIO PARA PACIENTES NUEVOS

### Medicinas probadas:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AINEs orales (Ibuprofen/Motrin de dosis para receta médica) | <input type="checkbox"/> Analgésicos de receta médica (Vicodin/Dilaudid)                    |
| <input type="checkbox"/> Medicinas de venta libre (Tylenol/Aspirina)                 | <input type="checkbox"/> Medicina neural de receta médica (Lyrica/Cymbalta)                 |
| <input type="checkbox"/> Relajantes musculares (Flexeril/Skelaxin)                   | <input type="checkbox"/> Medicina tópica de receta médica (Voltaren gel/parche de Lidoderm) |

### Otras medidas probadas:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> fisioterapia              | <input type="checkbox"/> inyecciones de cortisona | <input type="checkbox"/> dispositivos ortopédicos |
| <input type="checkbox"/> tratamiento quiropráctico | <input type="checkbox"/> intervención quirúrgico  | <input type="checkbox"/> masajes                  |
|  | <input type="checkbox"/> modificar actividades    | <input type="checkbox"/> acupuntura               |

**TODOS SUS MEDICAMENTOS ACTUALES, INCLUYENDO LOS DE VENTA LIBRE:** (por favor enumerar):

---

**ALERGIAS** (incluyendo alergias, efectos secundarios a las medicinas o mariscos): \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA:** Por favor marque cualquiera de las siguientes condiciones que tiene o haya tenido en el pasado:

- dolor de cabeza  derrame/ataque cerebral  TMJ (trastorno de la articulación temporomandibular)  trastorno de tiroides  cáncer  enfermedad de los pulmones/asma  coágulos de la sangre
- presión alta  enfermedad arterial periférica  infarto  enfermedad de las arterias coronarias  diabetes
- enfermedades del sistema digestivo  úlcera gástrica  enfermedad renal  hepatitis A  hepatitis B  hepatitis C
- fractura  artritis  trastornos neurológicos  nervio pinzado  ataques epilépticos  VIH/SIDA

Por favor enumera cualquier otra condición médica que tiene o haya tenido: \_\_\_\_\_

Por favor indique cualquier accidente o lesión previa del trabajo que haya tenido: \_\_\_\_\_

**HISTORIA QUIRÚRGICA:** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**  No hay  Desconocido Por favor enumera todas las condiciones médicas que son comunes en su familia:

Padre  Madre  Hermano  Hermana  Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Padre  Madre  Hermano  Hermana  Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Padre  Madre  Hermano  Hermana  Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Padre  Madre  Hermano  Hermana  Otro: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL:**

Trabajo: \_\_\_\_\_  Tiempo completo  Medio tiempo  Jubilado  No trabaja

Estado civil:  S  C  V  D  P (separado) Consumo de tabaco:  Sí  No Ex fumador  Sí  No

Consumo de alcohol:  Sí  No Tiene problemas con el consumo de droga o alcohol o la dependencia?  Sí  No

**REVISIÓN DE SISTEMAS - PROBLEMAS QUE ESTÁ EXPERIMENTANDO AHORA:**

- Fiebre  Ojos secos  Boca seca  Hinchazón en las piernas  Falta de respiración
- Estreñimiento  Incontinencia  Deficiencia del equilibrio  Piel seca  Hinchazón de las articulaciones
- Trastornos de dormir  Depresión  Ansiedad  Pérdida de peso  Sangrado fácil  Sarpullido

La información arriba es verdadera a mi mejor conocimiento:

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

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



- |   |                                       |  |  |
|---|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alexandria     | <input type="checkbox"/> Glen Allen   | <input type="checkbox"/> Manassas        | <input type="checkbox"/> North Arlington |
| <input type="checkbox"/> Arlington      | <input type="checkbox"/> Harrisonburg | <input type="checkbox"/> Martinsburg     | <input type="checkbox"/> Reston          |
| <input type="checkbox"/> Centreville    | <input type="checkbox"/> Haymarket    | <input type="checkbox"/> McLean          | <input type="checkbox"/> Roanoke         |
| <input type="checkbox"/> Fairfax        | <input type="checkbox"/> Lansdowne    | <input type="checkbox"/> Mt. Vernon      | <input type="checkbox"/> Washington DC   |
| <input type="checkbox"/> Fredericksburg | <input type="checkbox"/> Lynchburg    | <input type="checkbox"/> National Harbor | <input type="checkbox"/> Winchester      |
| <input type="checkbox"/> Front Royal    |                                       |  | <input type="checkbox"/> Woodbridge      |

Bienvenido y gracias por elegir **National Spine and Pain Centers**.

Nuestra misión es ofrecerle la mejor calidad de atención de una manera cómoda, eficaz, y seguro. Enumerado abajo están unas normas para su revisión. Mientras reciba servicios de nuestra organización, por favor contacte con cualquier miembro de nuestro equipo con preguntas o si necesita alguna información.

Deseándole buen salud,  
Los Médicos y Personal de National Spine and Pain Centers

### Normas

**Referidos del Médico de Atención Primaria:** Por favor obtenga todas las órdenes necesarias (si lo requiere su seguro) de su médico de atención primaria antes de su visita. Desafortunadamente, los pacientes que no tengan las órdenes apropiadas no pueden ser atendidos para su cita.

**Co-Pago:** Los copagos y deducibles tiene que ser cancelado cuando llega el paciente. Aceptamos cheque, tarjetas de débito, Visa, y MasterCard.

**Servicios no cubiertos:** (proloterapia, acupuntura, suministros y equipos médicos) tienen que ser cancelados al tiempo del servicio.

**Tardanza:** Por favor llame si está atrasado. Pacientes que llegan más que 15 minutos tarde pueden tener que reprogramar su cita. Claro que nosotros, también, igual intentamos respetar su tiempo - si estamos atrasados, su cita será completado.

**Cancelaciones:** Pedimos que los pacientes que no pueden asistir a su cita contactar nuestra oficina por lo menos 24 horas laborales antes de la cita, como por lo general hay otros pacientes que pueden recibir el beneficio de este tiempo para un tratamiento. Los pacientes que no se contactan con la oficina dentro de las 24 horas laborales para cancelar su cita, serán cobrados \$75 para la cita perdida.

**Repetición de fallar citas:** No podemos programar citas para los pacientes que han faltado o cancelado 3 citas sin un aviso apropiado, especialmente si creemos que estas citas perdidas están afectando nuestra intervención/plan de tratamiento.

**Renovación de Recetas para Medicinas:** Para asegurar que sus necesidades para medicina sean atendidas de manera oportuna, pedimos que nos notifica al menos 3 días antes de que se acabe su medicina. Hay un costo de \$15 para la renovación de receta antes de su cita programada.

**Acuerdo de Pago Fácil:** National Spine and Pain Centers mantendrá su firma e información de tarjeta de crédito/débito en su registro para pago automático de su saldo pendiente.

---

Firma del Paciente o Representante Responsable

Fecha

---



- |   |                                       |  |  |
|---|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alexandria     | <input type="checkbox"/> Glen Allen   | <input type="checkbox"/> Manassas        | <input type="checkbox"/> North Arlington |
| <input type="checkbox"/> Arlington      | <input type="checkbox"/> Harrisonburg | <input type="checkbox"/> Martinsburg     | <input type="checkbox"/> Reston          |
| <input type="checkbox"/> Centreville    | <input type="checkbox"/> Haymarket    | <input type="checkbox"/> McLean          | <input type="checkbox"/> Roanoke         |
| <input type="checkbox"/> Fairfax        | <input type="checkbox"/> Lansdowne    | <input type="checkbox"/> Mt. Vernon      | <input type="checkbox"/> Washington DC   |
| <input type="checkbox"/> Fredericksburg | <input type="checkbox"/> Lynchburg    | <input type="checkbox"/> National Harbor | <input type="checkbox"/> Winchester      |
| <input type="checkbox"/> Front Royal    |                                       |  | <input type="checkbox"/> Woodbridge      |

### **PÓLIZA DE RECLAMOS, PAGOS, Y REVISIONES**

Gracia por elegir a National Spine & Pain Centers como su proveedor de atención médico. Estamos comprometidos en brindarle la mejor atención médica posible al menor costo posible. Por favor entienda que el pago de su cuenta es considerada como parte de su tratamiento. Lo siguiente es una declaración de nuestra póliza de reclamos, pago y revisiones que requerimos que lea y firme usted antes de recibir algún tratamiento.

**Pago completo para los servicios profesionales se espera al tiempo del servicio. Aceptamos cheques, Visa, MasterCard o Discover.**

Nuestro consultorio participa con la mayoría de las compañías de seguros. Como cortesía, contactaremos su compañía para confirmar cobertura y calcular presupuesto para los servicios prestados.

Estoy de acuerdo en proveer información con respecto al seguro médico, compensación de trabajadores, automóvil, y otros beneficios de salud de que el paciente tiene derecho. El paciente asigna pago(s), si hay, de la(s) compañía(s) de seguro/seguro médico a National Spine & Pain Centers para los servicios prestados. El pago directo asignado y autorizado incluye cualquier beneficio de seguro médico, incluyendo algún beneficio de gasto médico mayor de otra manera pagada al paciente bajo los términos de la póliza, pero no excede el saldo debido para los servicios prestados.

Entiendo que si mi compañía de seguro o organización de mantenimiento de salud no considera los servicios prestado como cubiertos o no haya autorizado los servicios, seré yo completamente responsable para los servicios prestados. También entiendo y reconozco que en caso de servicios fuera del plan/red de proveedores, puede haber beneficios reducidos y me puede exigir pagar un copago o coseguro más alto u

otros gastos. En el caso de que el seguro no reembolse estos servicios, reconozco que seré responsable por el saldo que se niega pagar la compañía para estos servicios \_\_\_\_\_ (iniciales).

Requerimos que usted pague al tiempo del servicio. El pago puntual nos permite controlar costos y mantener los costos bajos para usted. Los pacientes con un copago fijo (i.e. \$10, \$12, o \$15 por visita) se requiere pagar al tiempo del servicio. Los pacientes cuyos coseguros se basa en un porcentaje del costo, se requiere pagar el presupuesto de su cuenta al tiempo de servicio. Este pago se aplicará a su responsabilidad de pago final. Si tiene un deducible que no se ha cumplido, su compañía de seguro se aplicará los servicios a este deducible. Requerimos que usted pague su deducible al tiempo del servicio.

### **AVISO PARA LOS BENEFICIARIOS DE TRICAR**

Si usted es un beneficiario de TRICARE, los 2 párrafos anteriores no se aplican a usted. Cuando visite a uno de nuestros médicos, por favor identifíquese como beneficiario de TRICARE. Si los servicios que se prestarán, no se incluyen en sus beneficios de TRICARE, sus opciones de pago para estos servicios serán tratados con usted en el momento de su visita. Si los servicios que se prestarán están cubiertos como beneficios de TRICARE, su único pago será el deducible, copago, y/o costos compartidos.

Si usted tiene cobertura de seguro, estamos encantados de ayudarle en recibir los beneficios máximos disponibles y en presentar los documentos de su reclamo(s) por usted. Si su compañía de seguro no procesar su reclamo dentro de 45 días a partir de la fecha del servicio, el saldo se convierte en su responsabilidad. Si hay un problema con el seguro, pedimos que nos ayude usted en contactar su compañía de seguro.

Por favor tenga en cuenta que pocas compañías de seguros intentan cubrir todos los gastos médicos. Algunas compañías pagan un asignación para cada procedimiento/servicio mientras otros solo pagan un porcentaje del costo. Nuestro consultorio está comprometida en proporcionarle el mejor tratamiento, y cobramos lo que es usual y habitual para esta área. Usted es responsable para el costo a pesar de la determinación arbitraria de la compañía de la asignación para lo que es usual y habitual, cuales no tienen relación con el estándar y costo actual de atención médico en esta área.

**Como es requerido por su compañía de seguros, usted es responsable para obtener cualquier referido necesario si su póliza de seguro lo obliga tales órdenes. Tendrá que presentar las órdenes del referido al tiempo de su cita. Según los requisitos de los seguros, usted también es responsable para obtener las autorizaciones apropiadas para su tratamiento médico.**

En el caso de que usted tiene su cita, (por su reconocimiento) sin el referido/la autorización apropiado según su compañía de seguro, usted será responsable para el pago completo del costo de su visita al tiempo de los servicios. Presentaremos los documentos para un reclamo a su compañía de seguro y le reembolsaremos a usted si nos emiten pago. Pedimos que usted participe en cualquier disputa con su compañía de seguro acerca de sus pautas y regulaciones.

Autorizo la divulgación de información, incluyendo información financiero e información protegida de salud y expedientes médicos para servicios prestados con respeto a mi lesión o cualquier otro servicio, que puede incluir documentación relacionado al tratamiento para abuso de sustancias, a mi(s) compañía(s) de seguro, plan de administración de seguro de salud u otro pago o, incluyendo empleadores pasados o presentes, entidades privadas de revisiones o entidades trabajando en su nombre, examinadores de expedientes

autorizados, agentes de facturación, agentes de colecciones, nuestros abogados o compañías de seguro, la administración de Seguro Social, La Administración de Financiamiento para Cuidado de la Salud, Organización de Revisión por Pares trabajando al nombre del gobierno federal, y/o cualquier otro agencia federal o del estado con el propósito de cobrar lo que ha sido facturado y/o facilitar revisión de uso y/o cumplir con otras obligaciones del ley estatal o federal.

Hay un cobro de \$15 para renovación de una receta antes de su cita programada, y un cobro de \$75 cuando no llega a su cita o cuando cancela con menos de 24 horas laborales de anticipación.

El cargo para devolución de cheques es \$35. El saldo pendiente después de 30 días acumula un cobro de intereses al 1.5% mensual. Saldo referido a una agencia de colección está expuesto a cargos adicionales. Además, los pacientes que tienen saldos referidos a colecciones tienen que pagar el saldo restante y pagar cada visita antes de recibir servicios/tratamientos adicionales.

Nuestro personal está dispuesto para responder a sus preguntas acerca de cómo su reclamo ha sido presentado y cualquier información adicional que la compañía puede necesitar para procesar su reclamo. Sin embargo, cuestiones de cobertura son mejor dirigido a su empleador o administrador del plan para su grupo. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro. National Spine and Pain Centers no es parte del contrato y no puede actuar como intermediario entre la compañía del seguro y su empleador.

En mi capacidad como paciente, representante legal o representante para el pago del paciente, estoy de acuerdo en pagar todo el saldo por lo que puedo ser legalmente responsable, incluyendo, pero no limitada a los deducibles, copagos del seguro médico, y servicios no cubiertos. En el evento que mi cuenta tenga que involucrar abogado o agencia de colección para obtener pago, estoy de acuerdo en pagar honorarios razonables de abogados y otros gastos de colecciones.

**Divulgación de Relaciones Financieras:** Physical Medicine Associates, LTD, que hace negocios como Capital Spine & Pain Centers y/o sus médicos asociados (unidamente "National Spine") tienen intereses financieras y/o relaciones financieras con las siguientes entidades:

-Meditech, LLC- Alquila oficinas de National Spine, vende soportes ortopédicos a National Spine y provee servicios para ajuste de los soportes ortopédicos para National Spine.

-Center for Pain Management, LLC - National Spine and Pain Centers Holdings, LLC es una compañía padre de National Spine y el Center for Pain Management, LLC. The Center for Pain Management, LLC opera un laboratorio clínico en Columbia, MD, que mantiene los siguientes credenciales y acreditaciones:

-Certificado de Conformidad con una especialidad en toxicología de Centers for Medicare and Medicaid Services

-Acreditación de Laboratorio de COLA

Todos los pacientes tienen el derecho de escoger dónde y de quien reciben sus servicios de atención médica. Si usted prefiere usar otro proveedor de servicios médicos para el laboratorio, equipos médicos duraderos, u otra cosa, por favor avise a nuestro personal. Podemos recomendar otros proveedores de atención médica y/o trabajar con sus proveedores preferidos de atención médico.



Nuestro consultorio cree que una buena relación entre proveedor y paciente se base en la comunicación eficaz. Si tiene preguntas, por favor llame al 703-914-8000.

Al firmar abajo, certifico que he leído y entiendo la póliza de reclamos, pagos, y revisiones, he tenido la oportunidad de preguntar y recibir respuestas y aceptar las condiciones y términos arriba. Además, certifico que soy el paciente o guardián, representante legal, padre u otro miembro de la familia del paciente.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (Por favor escribe)

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

Fecha

Witnessed by NSPC Representative \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



- |   |                                       |  |  |
|---|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alexandria     | <input type="checkbox"/> Glen Allen   | <input type="checkbox"/> Manassas        | <input type="checkbox"/> North Arlington |
| <input type="checkbox"/> Arlington      | <input type="checkbox"/> Harrisonburg | <input type="checkbox"/> Martinsburg     | <input type="checkbox"/> Reston          |
| <input type="checkbox"/> Centreville    | <input type="checkbox"/> Haymarket    | <input type="checkbox"/> McLean          | <input type="checkbox"/> Roanoke         |
| <input type="checkbox"/> Fairfax        | <input type="checkbox"/> Lansdowne    | <input type="checkbox"/> Mt. Vernon      | <input type="checkbox"/> Washington DC   |
| <input type="checkbox"/> Fredericksburg | <input type="checkbox"/> Lynchburg    | <input type="checkbox"/> National Harbor | <input type="checkbox"/> Winchester      |
| <input type="checkbox"/> Front Royal    |                                       |  | <input type="checkbox"/> Woodbridge      |

## USTED Y EL VIH

Todos estamos interesados en minimizar el riesgo de exposición al VIH.

Estamos conscientes de eso en National Spine & Pain Centers. Tenemos protocolos que cumplen con las regulaciones del gobierno para la seguridad (monitoreado por la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional). Queremos que usted sepa que usamos jeringuillas desechables, y que usted en ningún momento está expuesta a la sangre o fluidos corporales de algún otro paciente.

Estamos obligados proveer un lugar de trabajo seguro. Eso asegura un ambiente seguro de tratamiento para usted. Puede haber una ocasión cuando por un accidente, estamos en contacto con su sangre u otros fluidos corporales. Si ocurre un accidente de este tipo con usted en nuestras oficinas en Virginia o DC, podemos hacerle la prueba del VIH y podemos divulgar los resultados al personal que ha sido expuesto. Si un incidente así ocurre en nuestra oficina en Maryland, podemos pedir su permiso hacerse la prueba del VIH.

Otra vez, se toman estas precauciones con el interés de seguridad para usted y nuestro personal.

Por favor firme abajo que entiende esta información.

---

Firma del paciente

Fecha

## **Aviso de las Prácticas de Privacidad Conforme a 45 C.F.R § 164.520**

Esta declaración describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica personal, y cómo puede usted tener acceso a esta información. Léala con atención.

### **Nuestras Obligaciones**

Se requiere por la ley a mantener la privacidad de su Información de Salud Protegida (**PHI por sus siglas en inglés**). PHI consiste en información individual de salud que le puede identificar, y que podría incluir información demográfica que recopilamos de usted o creamos o recibimos de otro proveedor de servicios médicos, plan de salud, su empleador, o una cámara de compensaciones para atención médica, y que relaciona a: (1) su pasado, presente o futuro salud físico o mental o condición; (2) la prestación de atención médica a usted; o (3) los pagos pasados, presentes o futuros para la prestación de atención médica a usted.

Debemos proporcionarle una notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. Nos requieren cumplir los requisitos de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad en efecto actualmente. Sin embargo, tenemos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad con respecto a la PHI y hacer prácticas nuevas de privacidad que sean efectivos para toda la PHI.

El Aviso de Prácticas de Privacidad actualizada se encuentra en la sala de espera y mantenemos una copia del Aviso revisado en la recepción, y se lo proporciona una copia si lo pide, y si mantenemos una página web, pondremos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad en nuestra página web.

### **Ejemplos de los Usos y Divulgaciones de su PHI con Respecto al Tratamiento, Pago, y Operaciones**

Las normas de privacidad para HIPPA nos da el derecho de usar y divulgar su información de PHI sin su consentimiento para fines de (i) tratamiento, (ii) pago, y (iii) otras operaciones de atención médica. Aquí hay unos ejemplos en como usaremos su PHI con respecto a su tratamiento, pago y otras operaciones de atención médica.

Tratamiento. Con relación a su tratamiento, usaremos y divulgamos, por ejemplo, su PHI para proporcionar, coordinar, y manejar su tratamiento médico y los servicios relacionados al efecto. Divulgaremos su PHI a otros proveedores de atención médica que le están tratando.

Adicionalmente, podemos divulgar su PHI a otro proveedor quien ha sido solicitado ser involucrado en su tratamiento médico.

Pago. Usaremos su PHI para obtener el pago por nuestros servicios prestados, que incluye mandar reclamos a su seguro médico o a un programa federal, como Medicare, que paga su tratamiento y mandarle a usted una factura para cualquier saldo que no paga su seguro. También podemos contratar a asociados de negocio, como una empresa de facturación o agencia de colecciones para ayudarnos en facturar y cobrar.

La PHI incluye cosas como una descripción de su(s) condición(es), nuestro tratamiento, su diagnóstico, suministros y medicinas que usamos, etc.

**Operaciones de Atención Médica.** Usaremos su PHI para apoyar a nuestras actividades de negocio, como permitir nuestros auditores, contratistas, o abogados acceder a su PHI para auditar nuestros reclamos y determinar si le facturamos con exactitud para los servicios que le prestamos o para evaluar nuestro personal para ver si se le brindaron un cuidado apropiado, o para mandar su información a asociados externos de negocios para que puedan desempeñar algunas de nuestras operaciones de negocio.

### **Descripción de Otros Usos y Divulgaciones Requerido o Permitido de su PHI**

Recordatorios de Citas. Le llamaremos para recordarle de su cita. Podemos llamar a su casa, oficina, o cualquier otro número que tenemos en su expediente. Le dejaremos un mensaje si no está disponible, y usaremos el nombre de nuestro consultorio, la fecha y hora de la cita, y la dirección del lugar de la cita. También podemos mandarle una notificación por correo de su cita a cualquier dirección que tenemos en su expediente.

Como Sea Requerida por la Ley. Usaremos y divulgaremos su PHI cuando sea requerido por la ley federal, estatal, o local. Por ejemplo, podemos recibir una citación por lo cual estamos requeridos por la ley proporcionarles copias de su expediente médico.

Para Evitar Amenazas Severas a la Salud o Seguridad Pública. Usaremos y divulgaremos su PHI a las autoridades de salud pública que sean autorizados recopilar o recibir la información con el propósito de controlar alguna enfermedad, lesiones, o discapacidad. Si nos dirige esta autoridad de salud, divulgaremos su información de salud a una agencia de gobierno extranjero que colabora con la autoridad de salud pública.

Compensación de Trabajadores. Usamos y divulgamos su PHI para compensación de trabajadores o programas parecidos que proveen beneficios para lesiones y enfermedades relacionados con el trabajo.

Presos. Si usted está preso, usaremos y divulgaremos su PHI a una institución penal o agente de la ley solo si usted está preso en esta institución penal o bajo la custodia del agente de la ley. Esta información sería necesaria para que la institución penal le provea atención médica; para proteger la salud y la seguridad de los demás; o para la seguridad y protección de la institución penal.

Otros Servicios y/o Recaudación de Fondos. Podemos usar su PHI para contactarle con información sobre tratamientos alternativos u otros beneficios relacionados con la salud que, en nuestra opinión, pueden estar de interés para usted. Podemos usar su PHI para contactarle para recaudar fondos para nuestras operaciones; Sin embargo, usted tiene el derecho de escoger no recibir ninguna comunicación para recaudar

fondos. Para no recibir comunicaciones para recaudar fondos, mande una carta escrita a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección donde recibe su tratamiento.

### **Usos y Divulgaciones a los que Se Puede Oponer**

Otros Involucrados en su atención médico. Podemos proveer partes de su PHI a un miembro de la familia, otros parientes, amigos cercanos, o cualquier otra persona que usted identifique como involucrado en su atención médica o en el pago de servicios. Si usted viene al cuarto de tratamiento con alguien, le notificamos aquí, que esto nos señala que usted ha identificado esta persona como alguien involucrada en su cuidado médico o pago de servicios porque les ha invitado voluntariamente usted al cuarto. Si usted no se opone en discutir PHI en la presencia de esta persona, podemos hablar acerca de su PHI en la presencia de la otra persona porque usted no se opuso. En una emergencia o cuando usted no está capaz de ponerse de acuerdo u oponerse a la divulgación, hablamos acerca del PHI como determinamos que sea lo mejor para usted, pero le avisaremos después de la emergencia, y darle la oportunidad de oponerse a divulgaciones a su familia y amigos en el futuro.

### **Usos y Divulgaciones que Requieren su Autorización con Firma**

Hay ciertos usos y divulgaciones de su PHI que requieren su autorización escrita. Por ejemplo, la mayor uso y divulgación de notas de psicoterapias (cuando apropiado), uso y divulgación de PHI con el propósito de marketing, y divulgación que constituye en vender PHI requieren su autorización con firma. Cualquier uso o divulgación de su PHI que no sea escrita en este Aviso también requiere su autorización con firma.

### **Su Derecho de Revocar su Autorización**

Si usted firma una autorización que nos da permiso usar o divulgar su información PHI fuera de los usos y divulgaciones en este Aviso, usted puede revocar esta autorización. Avísenos por escrito con una carta dirigida al Oficial de Privacidad a la dirección donde recibe su tratamiento. Su revocación será efectivo en el momento que podemos anotararlo en su expediente, que típicamente se hace dentro de 5 días laborales después de recibir la carta. Su revocación no se afecta la dependencia de su autorización antes de la fecha de revocación.

### **Su Derecho de Restringir Ciertas Divulgaciones de PHI a su Compañía de Seguros.**

Usted tiene el derecho de requerirnos restringir la divulgación de su PHI a su plan de seguro con respecto a una cosa o servicio prestado por lo cual usted (o alguien a su nombre-menos su Compañía de Seguro) se paga por el servicio en su totalidad y de su bolsillo. Tiene que hacer tal pedido por escrito con una carta dirigida al Oficial de Privacidad a la dirección donde recibe su tratamiento. Si usted hace tal pedido, tenemos la obligación honrarlo.

### **Notificación en Caso de una Violación de PHI**

En un evento que haiga el uso o divulgación no autorizada o inapropiada de su PHI, usted tiene el derecho de recibir, y le notificaremos acerca de las circunstancias de la violación, que hemos hecho para investigarla y atenuarla, y nuestra opinión en cómo protegerse.

### **Derechos del Paciente con Relación al PHI**

En adición a los derechos anteriores, usted tiene el derecho a:

Solicitar una corrección. Usted tiene derecho de solicitar que corrijamos su información médico si usted considera que parte de ella es incompleta o incorrecta. Tiene que hacer esta solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad, avisando que información es incompleta o incorrecta y una explicación que apoya su solicitud. Podemos negar su solicitud si no está escrito o no incluye razonamiento que creemos que apoya la solicitud. También podemos negar su solicitud si la información no fue creado por nosotros o la persona que lo creyó ya no está disponible para hacer la corrección.

Solicitar Restricciones. Tiene el derecho a solicitar restricciones a la manera en que usaremos o divulgaremos su información médica para el tratamiento, pago u otras operaciones de atención médica. Por ejemplo, se puede solicitar no divulgar información acerca de un tratamiento previo a un miembro de su familia o amigo quien puede estar involucrado en su atención médica o pago de servicios. Su solicitud tiene que ser escrita al Oficial de Privacidad y recibido en la dirección donde usted recibe su tratamiento. No nos requiere estar de acuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud con la excepción de tratamiento de emergencia.

Inspeccionar y Copiar. Usted tiene derecho de inspeccionar y copiar la PHI suyo que mantenemos en su expediente por lo largo del tiempo que mantenemos esta información. Estos registros incluyen información médica y de facturación junto con otros registros que usamos para decidir acerca de usted. Cualquier registro de notas de psicoterapia, bajo la ley no son disponibles para copiar o su inspección. Podemos cobrarte los gastos que nos insuman para sacar copias, mandar por correo, u otros suministros usados en cumplir con su pedido. Si desea inspeccionar o copiar su información médica, tiene que solicitar por escrito a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección donde recibe su tratamiento. Tenemos 30 días para responder a su solicitud para información que mantenemos en nuestra oficina. Si su información está almacenado en otro lugar, tenemos 60 días para responder pero tenemos que informarle a usted de esta demora. HITECH facilita este derecho, como da al individuo el acceso directo de su expediente electrónico de salud si mantenemos su expediente de forma electrónica, y para dirigimos en mandar registros electrónicos directo a otros. Solo podemos cobrar mano de obra para transferencias de registros electrónicos.

Una Lista de Ciertas Divulgaciones. Tiene el derecho de solicitar una lista de divulgaciones de su información de salud que hayamos hecho que no han sido para el tratamiento, pago, u operaciones de atención de salud. Su solicitud tiene que ser por escrito y enunciar el lapso de tiempo para la información solicitado. No se puede solicitar información para fechas antes del 14 de abril, 2003, ni para un lapso de tiempo mayor a seis años (nuestra obligación legal para retener información). Su primer pedido para una lista de divulgaciones dentro de un periodo de 12 meses es sin cargo. Si solicita una lista adicional de 12 meses para la primera solicitud,

podemos cobrarle para la lista adicional. Le informaremos del costo y usted tendrá la oportunidad de retirar su solicitud antes de incurrir el gasto.

Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Tiene el derecho de solicitar como podemos comunicar con usted para mantener su privacidad. Por ejemplo, se puede solicitar que le llamamos solo al teléfono del trabajo, o por correo en una dirección especial o casilla. Su solicitud tiene que ser por escrito y enunciar como y donde le podemos contactar. Acomodamos a toda solicitud razonable; aunque, no vamos a acomodar una solicitud que percibimos ser un intento evadir el recibo de una factura para el pago de servicios.

Poner una Queja. Si usted cree que hemos violado sus derechos de privacidad para información médica, tiene el derecho de poner una queja con nosotros o directo con el Ministro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU: US Department of Health & Human Services, 200 Independence Ave, S.W. Washington, D.C. 20201, Teléfono (202) 619-0257, gratuito: (877) 696-6775. Para poner queja con nosotros, tiene que ser por escrito dentro de 180 días de la presunta violación. Provee el mayor detalle posible sobre la presunta violación y mándela a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección donde recibió su tratamiento.

Una Copia de Este Aviso. Tiene derecho de recibir este aviso al solicitarla. Se puede pedirla para conseguirla.

Persona para Contactar

Se puede comunicar con nuestro Oficial de Privacidad al siguiente número con preguntas:  
703-914-8000  
Ext 3320

Fecha de entrada en vigencia

La fecha de entrada en vigencia de este Aviso de Prácticas de Privacidad revisado es el 13 de Septiembre, 2013