

Premier Spine Care
Información de inscripción del paciente

NOMBRE LEGAL DEL PACIENTE: _____
INCLUYA LA INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

DIRECCIÓN: _____
N. ° DE SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
TELÉFONO DEL HOGAR: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____
NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ DIRECCIÓN: _____

Estado civil (encerrar una opción con un círculo) Casado/Soltero/Viudo/Divorciado/En pareja

Raza (encerrar una opción con un círculo): Indígena americana/Asiática/Afroamericana/Hawaiana nativa/Blanca/Otra/Se rehúsa a informarlo

Identidad étnica (encerrar una opción con un círculo): Hispana o latina/No hispana o latina/Se rehúsa a informarlo

Idioma primario: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
N. ° DE SEGURO SOCIAL: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL CONTACTO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____ TELÉFONO MÓVIL: _____
¿TIENE DIRECTIVAS ANTICIPADAS O UN TESTAMENTO EN VIDA? SÍ _____ NO _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

SEGURO PRIMARIO (SI CORRESPONDE):

PLAN DE SEGURO: _____ N. ° DE PÓLIZA: _____ N. ° DE GRUPO: _____
AFILIADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL AFILIADO: _____ RELACIÓN: _____
N. ° DE SEGURO SOCIAL DEL AFILIADO: _____ EMPLEADOR: _____

SEGURO SECUNDARIO (SI CORRESPONDE):

PLAN DE SEGURO: _____ N. ° DE PÓLIZA: _____ N. ° DE GRUPO: _____
AFILIADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL AFILIADO: _____ RELACIÓN: _____
N. ° DE SEGURO SOCIAL DEL AFILIADO: _____ EMPLEADOR: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE DERIVA:

NOMBRE: _____ DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE CABECERA

NOMBRE: _____ DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

Por la presente autorizo la divulgación de información médica a _____

Por la presente autorizo a Premier Spine Care a dejar información en el correo de voz de: (encerrar una opción con un círculo) TELÉFONO DEL HOGAR TELÉFONO DEL TRABAJO TELÉFONO MÓVIL

Por la presente autorizo la divulgación de mis registros médicos, si es necesario, a cualquier médico, centro u otro proveedor de servicios cuya participación en mi tratamiento haya sido solicitada por Premier Spine Care. Esta autorización es válida para todos los servicios hasta su revocación por mi parte o por parte de mi representante.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

SOLO PAGOS PARTICULARES/DEL SEGURO:

Por la presente autorizo que los beneficios del seguro sean otorgados directamente a Premier Spine Care, comprendo que soy el responsable financiero de todos los cargos independientemente de si están cubiertos o no por el seguro. En caso de un incumplimiento de pago, acepto pagar todos los costos de cobranza y los honorarios razonables del abogado. Además, autorizo a este proveedor de atención médica a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de beneficios; y acepto que una fotocopia de este acuerdo será tan válida como la original. Por la presente autorizo el pago de mis beneficios de Medigap a Premier Spine Care por todas las demandas presentadas en mi nombre.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____



Premier Spine Care

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre _____

Fecha _____

1. Indicar la fecha y precisamente cómo comenzó su dolor actual.

Fecha de la

lesión: _____

2. ¿Cuál es su ocupación actual? Describa sus responsabilidades laborales. ¿Cuánto hace que trabaja ahí?

Empleador: _____

Puesto de trabajo: _____

Responsabilidades habituales: _____

Tiempo que hace que trabaja con el empleador: _____

Estado de empleo actual:

- Trabajo normal
- Trabajo liviano
- Despedido
- Discapacitado
- Jubilado
- Nuevo puesto
- Fuera del trabajo durante los últimos ____ meses

3. Si su dolor aparece en diferentes lugares, enumérelos en orden de importancia. Coloque 1 en el lugar donde más dolor siente, 2 en la segunda área con más molestias. Continúe hasta que las opciones no correspondan a su caso.

- ___ Dolores de cabeza
- ___ Cuello
- ___ Hombros o brazos
- ___ Entre los omóplatos
- ___ Zona lumbar
- ___ Glúteos o piernas
- ___ Otro

4. Mi dolor comenzó

- ___ de repente
- ___ hace días o semanas
- ___ hace años
- ___ de forma constante
- ___ de forma ocasional, aproximadamente ____ horas por día
- ___ con poca frecuencia, aproximadamente ____ veces por semana
- ___ en raras ocasiones, aproximadamente ____ veces por mes

5. Por lo general, mi dolor es peor (elija solo una opción):

- ___ cuando me levanto de la cama
- ___ a medida que transcurre el día
- ___ a la noche en la cama
- ___ en diferentes momentos

6. El dolor aumenta cuando: (marque todas la opciones que correspondan; haga una estrella en la actividad que más le causa dolor)

- ___ gira/dobla en cuello
- ___ sube escaleras
- ___ trabaja en altura
- ___ dobla la espalda

- se levanta
- gira
- permanece parado por un tiempo
- permanece sentado por un tiempo
- tose
- estornuda
- se esfuerza para ir de cuerpo
- entra/sale de un auto o cuando se sienta/levanta de una silla
- está acostado en la cama

7. Si el dolor se produce cuando camina, ¿cuánto o por cuánto tiempo puede caminar hasta que el dolor lo detiene (minutos o distancia)?

8. La caminata produce (describa el lugar al lado de las opciones que elija):

- entumecimiento
- debilidad
- dolor de espalda
- dolor de piernas
- inestabilidad/inmovilidad en las piernas
- alivio del dolor

9. ¿Se ha hecho un mielograma, una tomografía axial computarizada o una resonancia magnética por este problema en los últimos años? (marque con un círculo todas las opciones que correspondan)

10. Mi dolor se reduce (marque todas las opciones que correspondan):

- cuando descanso
- con calor
- cuando me acuesto
- cuando me acuesto de costado

Mi dolor se reduce (continuación):

- con un soporte
- con medicamentos
- con elongación
- con nada
- otra: _____

11. Si tuvo dolores lumbares o de cuello antes, indíquelo. ¿En cuánto tiempo se redujeron los dolores?

12. Haga una lista de los médicos que han evaluado su condición. Incluya direcciones y números de teléfono.

13. ¿Hay algún abogado involucrado en este caso? De ser así, indique el nombre, la dirección y el número de teléfono.

14. Enumere todos los tratamientos que ha hecho para aliviar su dolor actual. Haga una estrella en aquellos que han sido efectivos.

- Ninguno
- Fisioterapia
- Quiropráctica
- Medicamentos
- Estimulación eléctrica/Neuroestimulación eléctrica transcutánea
- Inyecciones locales
- Inyecciones facetarias
- Inyecciones epidurales de esteroides

- Cirugía percutánea o laparoscópica
- Cirugía abierta
- Ejercicios
- Otro _____

15. ¿Qué exámenes se ha realizado antes de su visita?

- Ninguno
- Tomografía computarizada
- Estudios del sistema nervioso
- Capacidad funcional
- Radiografías
- Resonancia magnética
- Mielograma
- Discografía

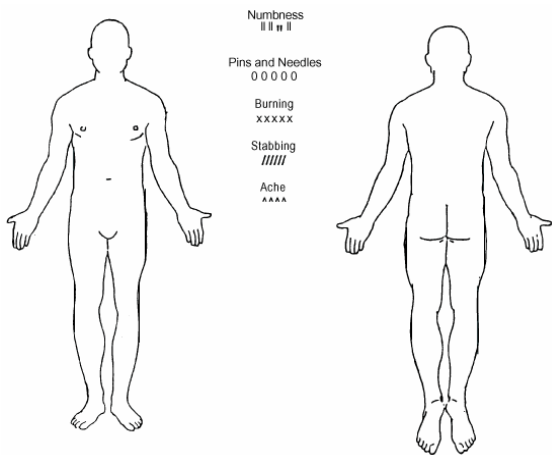
16. ¿Tiene planeado volver al trabajo? Sí/No

17. Otras articulaciones donde siento molestias incluyen:

- la cadera
- la rodilla
- el hombro
- el codo
- otra _____

18. ¿Siente que el dolor se debe a una herida o lesión que posiblemente recibió por parte de otra persona? Sí/No

19. Complete el siguiente dibujo en relación con sus dolores. Pinte las áreas de dolor y haga estrellas en las áreas de entumecimiento.



20. Comparado con el año pasado, usted ha:

- perdido _____ libras
- aumentado _____ libras
- mantenido su peso

21. Indique si ha notado algún cambio en las funciones de la vejiga o de los intestinos.

- Micción frecuente
- Accidentes relacionados con la orina
- Inicio o detención del flujo de orina
- Constipación
- Heces estrechas
- Heces con sangre
- Accidentes relacionados con las heces
- Función sexual

22. ¿Qué medicamentos está tomando actualmente? Incluya todos los medicamentos de venta sin receta que toma.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

23. Enumere todas las alergias a medicamentos y describa el tipo de reacción (erupción, falta de aire, náuseas, anafilaxia, etc.).

24. Haga una lista de TODAS las enfermedades actuales y anteriores, las cirugías y los estudios anormales.

Antecedentes sociales

25. Mi estado civil

- Soltero
 Casado
 Divorciado
 Viudo

26. Mi condición laboral

- Desempleado
 Empleado
 Jubilado
 Discapacitado

27. Tengo ___ hijos vivos

28. En mi hogar viven ___ personas

29. ¿Consume alcohol?

- Nunca Con poca frecuencia Semanalmente Diariamente

30. ¿Fuma?

- Sí No Ex fumador desde hace ___ años

31. Más alto nivel educativo alcanzado:

- Ciclo básico Escuela secundaria
 Universidad Educación técnica
 Máster Posgrado

32. Indique si tiene antecedentes de abuso de drogas o de alcohol.

Revisión de sistemas

Marque todas las opciones que correspondan:

- Anteojos para leer Cataratas
 Sinusitis Prótesis dentales
 Pérdida de audición Dolor de pecho
 Dificultad para tragar Inflamación de tobillo
 Falta de aire Mareos
 Acidez/Reflujo Heces oscuras

- Heces con sangre Constipación
- Cambio en el tamaño de las heces Dolor abdominal
- Micción frecuente Incapacidad de retener la orina
- Infección urinaria/Dolor urinario Demora en la micción
- Dolor/Crepitación articular Cirugía articular
- Verrugas anormales Erupciones frecuentes
- Pérdida de sensibilidad Síncopes
- Debilidad muscular Cambios en la visión
- Ansiedad Ataques de depresión
- Insomnio Pérdida de energía
- VIH/SIDA Antecedentes de drogas intravenosas
- Hepatitis Reacciones alérgicas

A mi leal saber y entender, las preguntas incluidas en este formularios han sido respondidas correctamente. Comprendo que las respuestas incorrectas pueden ser perjudiciales para mi salud. Es mi responsabilidad informar al consultorio del médico sobre cualquier cambio en mi estado de salud. Autorizo al personal de atención médica a prestar los servicios necesarios que pueda solicitar.

Firma del paciente

Fecha

Premier Spine Care

Dr. John M. Ciccarelli
Dr. Adrian P. Jackson

1. RECONOCIMIENTO DEL MÉDICO/PACIENTE
2. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS/QUIRÚRGICOS
3. DIVULGACIÓN DE TITULARIDAD DEL MÉDICO

1. Comprendo que no estoy obligado a ver al Dr. Ciccarelli, al Dr. Jackson o a sus asociados en calidad de paciente si no deseo hacerlo. Incluso si un tercero, por ejemplo una aseguradora, me aconsejara que debería verlos, no tengo la obligación de permanecer bajo sus cuidados al menos que yo lo elija. El Dr. Ciccarelli/Dr. Jackson no me querrán como paciente salvo que yo elija que él/ellos y su personal de consultorio se ocupen de mis cuidados. Esta relación continuará hasta que yo o el Dr. Ciccarelli/Dr. Jackson o sus asociados decidamos que ya no necesito regresar para evaluaciones de tratamiento. Mis registros se mantendrán confidenciales y los resultados de mis estudios (tanto registros como radiografías) no llevarán mi nombre específicamente.
2. Por la presente asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, incluidos los principales beneficios médicos a los que tengo derecho, seguro privado y cualquier otro plan de salud a Premier Spine Care.
3. Durante el transcurso de mi tratamiento en Premier Spine Care, es posible que sea derivado para recibir servicios o intervenciones quirúrgicas en el Heartland Spine & Specialty Hospital (HSSH). El HSSH es un hospital que pertenece a médicos, y del cual el Dr. Ciccarelli y el Dr. Jackson tienen participación accionaria y de titularidad.
4. Durante el transcurso de su tratamiento en Premier Spine Care, es posible que sea derivado para recibir servicios o intervenciones quirúrgicas en el Shawnee Mission Prairie Star Surgery Center, LLC. El Shawnee Mission Prairie Star Surgery Center es un centro quirúrgico conjunto que pertenece a médicos y hospitales, y del cual el Dr. Ciccarelli y el Dr. Jackson tienen participación accionaria y de titularidad.

Esta asignación seguirá en vigencia hasta que yo decida revocarla por escrito. Una fotocopia de esta asignación será considerada tan válida como la original. Comprendo que soy el responsable financiero de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Por la presente autorizo al citado cesionario para que emita toda la información necesaria para garantizar el pago. Comprendo que el Dr. Ciccarelli y el Dr. Jackson tienen participación accionaria y de titularidad en el HSSH y el Shawnee Mission Prairie Star Surgery Center, LLC.

Paciente _____

Fecha _____

PREMIER SPINE CARE

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR MI INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

Premier Spine Care, P.A. está obligado por ley a mantener la privacidad y la confidencialidad de su información de salud protegida, y a proporcionarles a nuestros pacientes un aviso de nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad, en relación con su información de salud protegida.

Divulgación de su información de salud

Tratamiento

Podemos compartir su información de atención médica con otros profesionales de la salud dentro de nuestra práctica a efectos de operaciones de tratamiento, pago o atención médica. (ejemplo)

“En ocasiones, puede que sea necesario consultar sobre su enfermedad con otros proveedores de atención médica asociados con Premier Spine Care, P.A.”.

“Nuestra política procura brindar un proveedor de atención médica auxiliar, autorizado por Premier Spine Care, P.A., para que ofrezca evaluaciones o tratamientos a nuestros pacientes, sin previo aviso, en caso de que su proveedor de atención médica esté de vacaciones, enfermo o en una emergencia”.

Pago

Podemos compartir su información de salud con su proveedor de seguro a efectos de operaciones de pago y atención médica. (ejemplo)

“Como cortesía para nuestros pacientes, enviaremos una factura detallada a su aseguradora a efectos del pago a Premier Spine Care, P.A. por los servicios de atención médica prestados. Si usted paga sus servicios de atención médica personalmente, como cortesía, le enviaremos una factura detallada a su aseguradora para que usted obtenga el reembolso correspondiente. La factura contiene información médica que incluye: diagnóstico, fecha de lesión o enfermedad y códigos que describen los servicios de atención médica recibidos”.

Compensación para trabajadores

Podemos compartir su información de salud, si es necesario, para cumplir con las leyes estatales de compensación para trabajadores.

Emergencias

Podemos compartir su información de salud para notificar o ayudar a notificar a un familiar, o a cualquier persona responsable de su atención, sobre su enfermedad, emergencia o muerte.

Salud pública

Según lo requiera la ley, podemos compartir su información de salud con autoridades de la salud pública a efectos relacionados con: prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades, informe de abuso o abandono de menores, informe de violencia familiar, informe a la Administración de Alimentos y Medicamentos sobre problemas con productos y reacciones a medicamentos, e informe sobre enfermedades o exposición a infecciones.

Procedimientos judiciales y administrativos

Podemos compartir su información de salud en el transcurso de cualquier procedimiento administrativo o judicial.

Cumplimiento de la ley

Podemos compartir su información de salud con un oficial del orden público a efectos tales como la identificación o localización de un sospechoso, fugitivo, testigo clave o una persona desaparecida, de conformidad con una orden judicial o citación, y para otros fines de orden público.

Fallecidos

Podemos compartir su información de salud con médicos forenses o examinadores médicos.

Donación de órganos

Podemos compartir su información de salud con organizaciones vinculadas a la obtención, la transferencia y el trasplante de órganos y tejidos.

Investigación

Podemos compartir su información de salud con investigadores a cargo de investigaciones que han sido aprobadas por un Comité de Revisión Institucional.

Seguridad pública

Es posible que sea necesario compartir su información de salud con personas apropiadas con el fin de prevenir o reducir una amenaza grave o inminente para la salud o la seguridad de una persona en particular o para el público en general.

Organismos gubernamentales especializados

Podemos compartir su información de salud a efectos de beneficios para militares, para la seguridad nacional, para prisioneros y para el gobierno.

Marketing

Es posible que lo contactemos para fines de marketing o de recaudación de fondos, según se describe a continuación: (ejemplo)

“Como cortesía para nuestros pacientes y de conformidad con nuestra política, llamaremos a su hogar la tarde antes de su cita programada para recordarle la hora de su cita. Si usted no se encuentra en el hogar, dejaremos un mensaje como recordatorio en su contestador o a la persona que atienda el teléfono. De ninguna manera se divulgará información de salud personal en este mensaje; solo se le indicará la fecha y la hora de su cita programada y se le solicitará que se comuniquen con nuestra oficina si necesita cancelarla o reprogramarla”.

“Nuestra práctica consiste en participar en eventos de caridad para generar conciencia, obtener donaciones de alimentos, regalos, dinero, etc. Durante este periodo, puede que reciba una carta, una tarjeta o una llamada nuestra para invitarlo a participar en la actividad caritativa. Le proporcionaremos información acerca del tipo de actividad, las fechas y los horarios, y solicitaremos su participación en dicho evento. Nuestra política no procura divulgar información de salud personal sobre su enfermedad a efectos de los eventos de recaudación de fondos patrocinados por Premier Spine Care, P.A.”.

Cambio de titularidad

En caso de que Premier Spine Care, P.A. se venda o se asocie con otra organización, su registro/información de salud se convertirá en la propiedad del nuevo dueño.

Derechos de su información de salud

- Usted tiene derecho a solicitar restricciones a ciertos usos y divulgaciones de su información de salud. Sin embargo, tenga en cuenta que Premier Spine Care, P.A. no está obligado a aceptar la restricción que usted solicita.
- Cuando lo solicite, usted tiene derecho a la recepción o la comunicación de su información de salud por medio de un método alternativo, o al envío a un destino alternativo que sea diferente al método de comunicación o de entrega usual.
- Usted tiene derecho a inspeccionar y a copiar su información de salud.

- Usted tiene derecho a solicitar que Premier Spine Care, P.A. modifique su información de salud protegida. Sin embargo, tenga en cuenta que Premier Spine Care, P.A. no está obligado a aceptar la modificación de su información de salud protegida. Si su solicitud para modificar su información de salud ha sido negada, se le brindará una explicación sobre las razones de nuestra negación e información sobre cómo puede disentir de la negación.
- Usted tiene derecho a recibir un registro de las divulgaciones de su información de salud protegida por parte de Premier Spine Care, P.A.
- Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento cuando la solicite.

Cambios en este Aviso de prácticas de privacidad

Premier Spine Care, P.A. se reserva el derecho a modificar este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro, y hará efectivas las nuevas disposiciones para toda la información que conserva. Hasta que se realice dicha modificación, Premier Spine Care, P.A., por ley, deberá cumplir con este Aviso.

Premier Spine Care, P.A. está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud, y a proporcionarle el aviso de sus responsabilidades legales y de sus prácticas de privacidad en relación con su información de salud. Si tiene preguntas acerca de alguna parte de este aviso, o si desea obtener más información sobre sus derechos de privacidad, contáctese con Kristin Barker al 913-322-2700. Si Kristin Barker no está disponible, puede programar una conferencia en persona o por teléfono dentro de los próximos 2 días laborables.

Quejas

Las quejas sobre sus derechos de privacidad o sobre cómo Premier Spine Care, P.A. ha manejado su información de salud se deberían comunicar a Kristin Barker por teléfono al 913-322-2700. Si Kristin Barker no está disponible, puede programar una conferencia en persona o por teléfono dentro de los próximos 2 días laborables.

Si no está satisfecho con la manera en la que esta oficina maneja su queja, puede enviar una queja formal a:

DHHS, Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Building
Washington, DC 20201

Este aviso entrará en vigencia a partir del ____/____/____

He leído el Aviso de privacidad y he comprendido mis derechos incluidos en él.

Por medio de mi firma, le otorgo a Premier Spine Care, P.A. mi autorización y mi consentimiento para que use y divulgue mi información de salud protegida a efectos de operaciones de tratamiento, pago y atención médica según lo descrito en el Aviso de privacidad.

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Fecha de firma del paciente
