

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Queja/s Principal/es: \_\_\_\_\_  
¿La visita de hoy está relacionada con un MVC (colisión de vehículos motorizados) o un reclamo de Compensación de Trabajo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS

Haga una lista de todos los medicamentos recetados, sin receta, vitaminas y productos a base de hierbas actuales. Por favor, INCLUYA incluso el uso ocasional de aspirina o medicamentos antiinflamatorios (por ejemplo: Motrin, Naproxeno).

Nombre del medicamento	Fuerza	Frecuencia tomada
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Toma aspirina/paracetamol? \_\_\_\_\_

### HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Verifique los que sean aplicables: (activo o inactivo)

#### -Gastro-

- Cálculos biliares
- pancreatitis
- enfermedad de úlcera péptica
- Hepatitis
- Síndrome del intestino irritable
- Reflujo, ERGE

#### -Cancer-

- Mama
- Piel
- Próstata
- Colon
- Pulmón
- Otro: \_\_\_\_\_

#### -Corazón/Pulmón-

- angina de pecho
- ataque cardíaco
- insuficiencia cardíaca
- Prolapso de la válvula mitral
- la enfermedad de las válvulas cardíacas
- Fibrilación
- Presión arterial alta
- Colesterol alto
- accidente cerebrovascular
- EPOC; Enfisema
- Asma
- apnea del sueño

#### -Neuro

- dolores de cabeza
- convulsiones
- neuropatía
- epilepsia

#### -Metab/Otros

- artritis reumatoide
- fibromialgia
- cálculos renales
- insuficiencia renal crónica
- Diabetes Mellitus
- osteoporosis/DJD
- glaucoma
- Depresión
- Trastorno bipolar

Otros antecedentes médicos no mencionados anteriormente: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún dispositivo implantable?  NO  SÍ, escriba: \_\_\_\_\_

*Por favor, proporcione a la recepción una copia de su tarjeta.*

**ALERGIAS**  NINGUNA

Otras alergias: INCLUYEN alergias a medicamentos, productos médicos, etc. Por favor, incluya la reacción al alérgeno. (ej: gabapentina: malestar estomacal, látex: urticaria)

Nombre del medicamento/producto

Descripción de la reacción

---



---



---



---



---



---

**HOSPITALIZACIÓN (paciente hospitalizado)**  NINGUNO  SÍ (enumere hospital, motivo y año a continuación)

Nombre del hospital

Razón

Año

---



---



---



---



---



---



---



---



---

**HISTORIAL QUIRÚRGICO (paciente hospitalizado o ambulatorio)**  NINGUNO  SÍ (enumere el tipo y la razón a continuación)

Nombre del hospital/clínica

Razón

Año

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR**

Madre	Edad	Historial Médico	Niño <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad	Historial Médico
Padre	Edad	Historial Médico	Niño <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad	Historial Médico
Hermano <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad	Historial Médico	Niño <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad	Historial Médico
Hermano <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad	Historial Médico	Niño <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad	Historial Médico

Otros antecedentes familiares no mencionados anteriormente:

## **HÁBITOS DE SALUD Y ESTADO DEL HOGAR**

### **CONSUMO DE ALCOHOL (En el último año)**

¿Tomó una bebida que contenía alcohol el año pasado?  NO (*Saltar al uso de tabaco / vapeo*)  SÍ

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia bebió alcohol en el último año?

Mensual o menos  2-4 veces al mes  2-3 veces a la semana  4 veces o más por semana

En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas alcohólicas hay en un día típico?

1 o 2  3 o 4  5 o 6  7 a 9  10 o más

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia tomó 6 o más bebidas en 1 ocasión?

Nunca  menos de  mensual  semanal  diario / casi diario

### **CONSUMO DE TABACO/VAPEO**

¿Eres consumidor de tabaco?  Nunca un consumidor de tabaco (*Saltar al uso de drogas*)  El consumo anterior de tabaco

¿Eres usuario de Vape?  Nunca un usuario de *vapeo* (*saltar al uso de drogas*)  uso anterior de vapedor

Si ex fumador / mastica / vapea, año iniciado: Año de dejar de fumar: \_\_\_\_\_ (*Saltar al uso de drogas*)

Si fuma/mastica/vapea actualmente, año que comenzó: ¿Usas:  todos los días  algunos días? \_\_\_\_\_

¿Qué tan pronto al despertar fumas tu primer cigarrillo?  dentro de 5 minutos  6-30 minutos  31-60 minutos  después de 60 minutos

Cigarrillos: /por día  Vape: /por día \_\_\_\_\_

¿Está interesado en dejar de fumar?  Listo para dejar de fumar  Pensar en ello  No está listo para dejar de fumar

### **CONSUMO DE DROGAS**

¿Actualmente usa drogas recreativas o callejeras?  NO (*Saltar al uso de cafeína*)  SÍ

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has consumido drogas callejeras con una aguja?  NO (*Saltar al uso de cafeína*)  SÍ

### **CONSUMO DE CAFEÍNA**

¿Bebes cafeína?  NO (*Saltar al estado de inicio*)  SÍ, escriba: \_\_\_\_\_

### **ESTADO DEL HOGAR**

¿Otros viven en casa contigo?  NO  SÍ

¿Vives en un centro de vida asistida?  NO  SÍ, enumere el nombre de la instalación a continuación

Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**REVISIÓN DE SISTEMAS** – *Por favor, rodee cualquier síntoma que haya tenido en los últimos 30 días*

-Constitucional

pérdida de apetito  
apetito excesivo  
fatiga  
dificultad para dormir  
falta de ejercicios  
sudores nocturnos

-Endocrino

sensación de calor o frío  
sed excesiva  
sudoración excesivas

-Alérgicos, Inmunológicos

estornudos frecuentes  
alergias estacionales  
aumento de las infecciones

-Sensación

Glaucoma  
visión borrosa  
visión doble  
dolor o picazón en los ojos  
ojos llorosos  
cataratas

-Oído, Nariz, Garganta-

pérdida de audición  
dolor de oídos  
zumbido en los oídos  
mareos  
problemas dentales  
dolor de lengua  
cambios en el gusto  
hinchazón de las encías  
congestiones nasales  
dolor de garganta  
amígdalas agrandadas  
voz ronca

-Deficiencia pulmonar

tos crónicas  
tos productiva  
bronquitis  
hemoptisi  
apnea del sueño  
dolor de ronquido  
somnia diurna  
de dormir no refrescado

-Cardiovascular

palpitaciones  
angina  
salubranza de pies o tobillos  
SOB con exertion  
sueños en múltiples almohadas para respirar  
Suello cardíaco que requiere antibiótico

-Gastrointestinal

lucida  
dificultad para tragar  
inflamación  
hinchazón  
eructo  
nausea  
Vómitos frecuentes  
Vómitos de sangre  
dolor abdominal  
estreñimiento  
diarrea  
heces negras  
dolor en el recto  
sangrado rectal  
incontinencia de heces

-Urogenital, Genitourinaria

frecuencia nocturna  
sangre en la orina  
urgencia  
dificultad para empezar a orinar  
dolor al orinar  
incontinencia urinaria  
HOMBRES  
testículos dolorosos  
flujo de orina débil  
problemas de próstata  
bultos/masas en los testículos  
descargar del pene  
WOMEN  
problemas menstruales  
sangrado intermenstrual  
flashes de calor  
respiratorio  
masa en la mama

-Dermatología, Tegumentaria

condición crónica de la piel  
santía reciente  
picancia excesiva  
acné  
urticaria corporal

-Neurológico

mareos  
entumecimiento  
vértigo  
tremor  
convulsiones  
Lesión cerebral traumática  
dolor de cabeza(s)  
migraña(s)  
interpreciamiento del habla  
sensación de hormigueo  
dolor irradiado  
dolor punzante  
dolor ardiente  
desequilibria  
dificultad para caminar

-Psiquiátrica

depresión  
dificultad para tomar decisiones  
falta de concentración  
pérdida de memoria  
llora a menudo  
preocupa excesivamente  
ataques de pánico  
queriendo ayuda psiquiátrica

-Hematológicos, Linfáticos

diagnóstico de anemia  
sangrando fácilmente  
moretones fácilmente  
aumento de los ganglios linfáticos

Musculoesquelética

dolor en las articulaciones por artritis  
dolor muscular  
dolor de espalda  
inflamación de articulaciones  
dolor de cuello

Centro de Cerebro y Columna Vertebral, PLC

*\*Por favor, complete en tinta negra / azul o mecanografiado \**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre MI

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN#: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Género:  M  F  T: Preferencia \_\_\_\_\_ Estado civil:  S  M  D  W \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Preferencia principal:  CASA  CELL  WK Texto ¿De acuerdo?  SÍ  NO

Permiso para dejar un mensaje detallado en el buzón de voz de casa / teléfono celular:  SÍ  NO

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Está bien mandarle correo electrónico?  SÍ  NO

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Raza:  caucásico  asiático  nativo americano  otro: \_\_\_\_\_

Idioma principal:  inglés  español  otro: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del Proveedor: \_\_\_\_\_

¿Su Doctor lo refirió a BSC?  SÍ  NO, enumere el proveedor de referencia a continuación

Proveedor de referencia: \_\_\_\_\_ Ref. Teléfono #: \_\_\_\_\_

POA/CUIDADOR/INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

¿Tienes un poder notarial o un cuidador?  NO  SÍ, por favor enumere a continuación

Nombre de POA/Cuidador: \_\_\_\_\_ POA/Teléfono del cuidador #: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de Emergencia. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de contacto de Emergencia: CASA: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Le de los derechos de HIPPA a su contacto de Emergencia  SÍ  NO

¿Le gustaría dar los Derechos de HIPPA a más personas?  NO  SÍ, por favor enumere a continuación

Nombre/Relación: Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre/Relación: Teléfono: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE FARMACIA

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Cruce de caminos: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO DEL HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

Un historial de medicamentos es una lista de medicamentos que Brain and Spine Center y otros proveedores han recetado a un paciente. La información se recopila de una variedad de fuentes, incluida la farmacia de un paciente, los planes de salud, otros proveedores de atención médica y la Junta de Farmacia del Estado de Arizona.

*Doy mi consentimiento para que Brain and Spine Center, PLC recupere y revise mi historial de medicamentos. Entiendo que esto se convertirá en parte de mi registro médico confidencial.*

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

***Autorizaciones previas de medicamentos: Centro de Cerebro y Columna Vertebral trabaja con CLOUD TOP HEALTH. Son una empresa que brinda apoyo de autorizaciones de medicamentos a las Oficinas de Proveedores. Si un medicamento fue recetado por uno de nuestros Proveedores y requiere una autorización previa antes de dispensarlo, será enviado a CLOUD TOP HEALTH. CLOUD TOP se pondrán en contacto con usted para informarle del estado de la solicitud y/o si tienen alguna pregunta. Una vez que se aprueba el medicamento, cloud top se comunicará con usted y con su farmacia de la aprobación.***

**SEGURO PRIMARIO \* DEBE SER COMPLETADO POR EL PACIENTE PARA FINES DE FACTURACIÓN DEL SEGURO**

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el titular de la póliza:  SELF  CÓNYUGE

Plan de seguro: \_\_\_\_\_ Numero de Id: \_\_\_\_\_

Dirección de reclamaciones: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

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

**SEGURO SECUNDARIO \* DEBE SER COMPLETADO POR EL PACIENTE PARA FINES DE FACTURACIÓN DEL SEGURO \***

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el titular de la póliza:  SELF  CÓNYUGE

Plan de seguro: \_\_\_\_\_ Numero de Id: \_\_\_\_\_

Dirección de reclamaciones: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

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

Entiendo que soy responsable de todos los cargos, independientemente de la cobertura del seguro. Acepto pagar mi cuenta con esta oficina de acuerdo con las tarifas regulares y los términos de pago de esta oficina. En el caso de que tenga derecho a un seguro de salud u otros beneficios relacionados con mi condición médica y estén disponibles para cubrir los costos del tratamiento proporcionado por esta oficina, por la presente asigno esos beneficios a esta oficina para que se apliquen a mi factura. La oficina puede divulgar el registro de mi tratamiento a mi compañía de seguros u otros terceros responsables del pago de mis cargos médicos.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **CENTRO DEL CEREBRO Y LA COLUMNA VERTEBRAL POLÍTICA FINANCIERA Y ACUERDO**

Gracias por elegirnos como su proveedor de neurología. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de calidad. Por favor, lea esta política de pago, pregúntenos cualquier pregunta que pueda tener e inicie sesión en el espacio provisto. Se le proporcionará una copia a pedido.

**SEGUROS** Brain and Spine Center tiene contratos con muchas compañías de seguros. Es responsabilidad del paciente verificar con su plan que Brain and Spine Center es un proveedor participante. También es responsabilidad del paciente averiguar qué opciones de cobertura y beneficios son con su plan de seguro. Si no está asegurado por un plan con el que estamos contratados, o no tiene seguro, ofrecemos una cantidad de autopago. Este pago se debe realizar en su totalidad en cada visita.

**COPAGOS, COSEGUROS Y DEDUCIBLES** Todos los copagos deben pagarse en el momento del servicio. Todos los saldos restantes deben pagarse al recibir el estado de cuenta / factura. Si un paciente está sujeto a un deducible y / o coseguro, hay una cantidad fija que se adeudará en el momento de la visita que se aplicará a cualquier saldo pendiente después de que se haya procesado el reclamo.

**REFERENCIAS, AUTORIZACIONES** Hay planes de seguros que requieren referencias y / o autorizaciones antes de que un paciente sea visto para una visita y / o procedimiento. Una cita programada puede ser cancelada y / o reprogramada hasta el momento en que las referencias y/o autorizaciones necesarias estén en su lugar. Nuestra oficina intentará obtener referencias y / o autorizaciones previas de su compañía de seguros. Esto no es una garantía de que su compañía de seguros pagará por la visita y / o el procedimiento. Comuníquese con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura.

**SERVICIOS NO CUBIERTOS** Tenga en cuenta que cualquier servicio (s) considerado como un beneficio no cubierto por su seguro será su responsabilidad financiera. Comuníquese con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura.

**PRUEBA DE SEGURO** Requerimos una copia de su tarjeta de seguro actual. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, puede ser responsable del saldo de un reclamo. Una cita programada puede ser cancelada y / o reprogramada hasta el momento en que se haya resuelto la información necesaria del seguro.

**PRESENTACIÓN DE RECLAMOS** Brain and Spine Center presentará formularios de reclamo de seguro junto con los registros médicos necesarios para obtener el pago de su compañía de seguros. El paciente es responsable de todos los cargos, independientemente de la cobertura del seguro. Presentaremos sus reclamos y lo ayudaremos de cualquier manera razonable que podamos para ayudarlo a pagar sus reclamos. Es posible que su compañía de seguros necesite que les proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud.

**CHEQUES DEVUELTOS** Se cobrará una tarifa de \$35.00 en caso de devolución de cheques. En el caso de que esto ocurra, ya no permitiremos controles personales.

**FALTA DE PAGO** Tenga en cuenta que si un saldo permanece sin pagar después de 90 días, podemos referir su cuenta a una agencia de cobro externa, y se aplicará una tarifa de procesamiento de \$ 35.00 a la cuenta. Una vez que una cuenta ha sido entregada a colecciones, los pacientes son dados de alta de la práctica y no pueden recibir tratamiento adicional de Brain and Spine Center.

**POLÍTICA DE CITAS PERDIDAS (NO SHOW) Y EL MISMO DÍA** Nuestra oficina tiene una política de cancelación de 24 horas para visitas al consultorio, de lo contrario habrá una tarifa de \$ 50.00 facturada directamente a usted. Nuestra oficina también tiene una política de cancelación de 48 horas para los procedimientos, de lo contrario habrá una tarifa de \$ 200.00 facturada directamente a usted. En el caso de que no se repitan los shows, o cancelaciones el mismo día (más de 3), los pacientes pueden ser dados de alta de la práctica y no pueden recibir tratamiento adicional del Brain and Spine Center. Por favor, ayúdenos a servirle mejor manteniendo sus citas programadas regularmente.

**FORMULARIOS** Hay una tarifa de \$ 50.00 para FMLA, discapacidad a corto plazo y todos los demás tipos de documentos que requieren que un proveedor complete. La tarifa se debe pagar en el momento de la visita. Brain and Spine Center no completa el papeleo de discapacidad a largo plazo.

ALGUNOS procedimientos pueden requerir que los pacientes lleven equipos de cerebro y columna vertebral a casa con ellos. Los pacientes son financieramente responsables de todos y cada uno de los daños al equipo en los que incurra durante cualquier estudio, o mientras el equipo está bajo el cuidado del paciente.

**He leído y entiendo la política de pago y acepto cumplir con sus directrices.**

Nombre del paciente (Imprimir) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha del día \_\_\_\_\_

**Certificación de recepción de las prácticas de intercambio de información de salud (HIE) de Arizona:**

Reconozco que recibí y leí el Aviso de Prácticas de Información de Salud. Entiendo que mi proveedor de atención médica participa en Health Current, el intercambio de información de salud (HIE) de Arizona. Entiendo que mi información de salud puede compartirse de forma segura a través del HIE, a menos que complete y devuelva un Formulario de exclusión voluntaria a mi proveedor de atención médica.

**Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad**

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Brain and Spine Center, PLC, que explica sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que puedo negarme a firmar este reconocimiento.

Nombre del paciente (Imprimir) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha del día \_\_\_\_\_

---

---

**SOLO PARA USO OFICIAL**

---

---

Yo, (Empleado de BSC), hice un esfuerzo de buena fe para \_\_\_\_\_  
obtener un acuse de recibo por escrito de la recepción (Nombre del paciente) de la \_\_\_\_\_

Aviso de Prácticas de Privacidad. Sin embargo, no pude obtener un reconocimiento por escrito porque:

- Individuo se negó a firmar este reconocimiento
- Barrera de comunicaciones prohibida la obtención de reconocimiento por escrito
- Una situación de emergencia impidió obtener un acuse de recibo por escrito
- Otros (especifíquese): \_\_\_\_\_

Firma del empleado de BSC \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_



---

## **DOCUMENTOS FMLA/DISCAPACIDAD/ETC.**

---

### **VIGENTE A PARTIR DEL 04/01/17**

HAY UNA TARIFA DE \$ 50.00 PARA FMLA / DISCAPACIDAD Y TODOS LOS DEMÁS TIPOS DE DOCUMENTOS QUE REQUIEREN QUE UN MÉDICO COMPLETE. LA TARIFA SE DEBE PAGAR EN EL MOMENTO DE LA CITA.

### **PASOS PARA COMPLETAR LOS DOCUMENTOS**

1. HABLE CON EL MÉDICO ACERCA DE COMPLETAR LOS DOCUMENTOS EN SU CITA. EL PROVEEDOR APROBARÁ UNA CITA PARA QUE USTED REGRESE Y COMPLETE LOS DOCUMENTOS.
2. HAGA UNA CITA PARA COMPLETAR LOS DOCUMENTOS.
3. TRAIGA DOCUMENTOS ORIGINALES, DÉJELOS A LA RECEPCIÓN PARA ESCANEAR EN SU HISTORIAL PARA QUE EL PROVEEDOR PUEDA REVISARLOS ANTES DE SU CITA O PÍDALE A SU EMPLEADOR O SEGURO QUE ENVÍE UN FAX A SUS DOCUMENTOS AL 480-353-2066.
4. EN EL MOMENTO DE SU CITA, EL MÉDICO LLENARÁ LOS DOCUMENTOS, LOS FIRMARÁ Y LOS ESCANEARÁ EN SU HISTORIAL Y EL ORIGINAL SE LE DEVOLVERÁ.
5. SU ASISTENTE MÉDICO ENVIARÁ POR FAX UNA COPIA AL CENTRO SOLICITANDO LOS DOCUMENTOS.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



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

### **Formulario de consentimiento del programa de correo electrónico y mensajes de texto**

Nos complace ofrecer a nuestros pacientes la opción de participar en nuestro sistema de comunicación en línea con los pacientes. Algunas de las características incluyen la capacidad de:

1. Solicitar y confirmar citas por correo electrónico / mensaje de texto
2. Enviar formularios y/o documentos
3. Recibir recordatorios de citas por mensaje de texto
4. Enviar encuestas de satisfacción del paciente
5. Envíe un mensaje de texto a sus proveedores directamente

Puede optar por interrumpir su participación en nuestro sistema de comunicación en línea en cualquier momento simplemente haciendo clic en el enlace "cancelar suscripción" que se encuentra en la parte inferior de cada correo electrónico, o respondiendo "STOP" a un mensaje de texto nuestro. Es posible que se apliquen tarifas estándar de mensajería de texto.

Proporcione a BSC la siguiente información de contacto:

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### **Condiciones de uso de Email y Texts**

Brain and Spine Center, no puede garantizar, pero utilizará medios razonables para mantener la seguridad y confidencialidad de la información de correo electrónico y texto enviada y recibida. Brain and Spine Center, no es responsable de la divulgación indebida de información confidencial que no sea causada por la mala conducta intencional de Brain and Spine Center. Los Clientes/Padres/Tutores Legales deben reconocer y consentir las siguientes condiciones:

- a) El correo electrónico y los mensajes de texto no son apropiados para situaciones urgentes o de emergencia. El Proveedor no puede garantizar que cualquier correo electrónico y / o texto en particular será leído y respondido dentro de un período de tiempo en particular.
- b) El correo electrónico y los textos deben ser concisos. El cliente / padre / tutor legal debe llamar y / o programar una cita para discutir situaciones complejas y / o sensibles.
- c) Por lo general, todos los correos electrónicos se archivarán en el registro médico del cliente. Los textos también se archivarán.
- d) El Proveedor no reenviará correos electrónicos y/o mensajes de texto identificables del cliente/padre/tutor legal sin el consentimiento por escrito del cliente/padre/tutor legal, excepto según lo autorice la ley.

- e) Los clientes / padres / tutores legales no deben usar correo electrónico o mensajes de texto para la comunicación de información médica confidencial.
- f) El Proveedor no es responsable de las violaciones de la confidencialidad causadas por el cliente o cualquier tercero.
- g) Es responsabilidad del cliente / padre / tutor legal hacer un seguimiento y / o programar una cita si se justifica.

BSC utiliza esta información estrictamente con el fin de comunicarse con usted de manera más eficiente. Nuestro objetivo es brindarle un excelente trato, así como un servicio y satisfacción generales. Podemos divulgar información de salud del paciente (PHI) a terceros que realizan servicios para esta práctica en la administración de sus beneficios de acuerdo con HIPAA. Estas partes están obligadas por ley a firmar un contrato que acuerde proteger la confidencialidad de su PHI. Su PHI puede ser revelada a un afiliado que realice servicios para esta práctica en la administración de sus beneficios. Nuestros afiliados no venden, comparten ni alquilan la información de identificación personal de nuestros usuarios a menos que lo exija la ley, no envían ningún correo electrónico u otras comunicaciones sin su permiso y no envían spam.

Por favor, firme a continuación para indicar que acepta permitirnos utilizar esta información en la prestación de sus servicios.

---

### Reconocimiento y acuerdo del cliente

Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación de correo electrónico y / o mensajes de texto entre Brain and Spine Center y yo, y acepto las condiciones e instrucciones descritas, así como cualquier otra instrucción que Brain and Spine Center pueda imponer para comunicarse conmigo por correo electrónico o mensaje de texto.

Paciente Name: \_\_\_\_\_

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

Parent/Tutor Legal Name: \_\_\_\_\_

Firma para padres/tutores legales: \_\_\_\_\_



## **CANCELACIÓN DEL PACIENTE Y ACUERDO DE NO PRESENTACIÓN**

Bienvenido al Centro del Cerebro y la Columna Vertebral (BSC). Nos alegra que haya concertado una cita para usted o un miembro de la familia.

Con el fin de proporcionarle una atención médica de alta calidad, es importante que mantenga su cita con el proveedor médico. Se ha reservado un tiempo valioso para usted o su familiar.

Una cita perdida o la cancelación tardía de una cita resulta en pérdida de tiempo que podría haber sido dado a otra persona que espera recibir atención. Todos los días recibimos muchas llamadas para citas de pacientes antiguos y nuevos. Al cancelar su cita lo antes posible, podemos ayudar a otros pacientes que están esperando ser atendidos.

Nuestra oficina intentará llamar / enviar mensajes de texto / correo electrónico con 10,7,4 días de anticipación y recordarle su cita; Sin embargo, es su Responsabilidad de mantener un registro de su cita y llegar a tiempo. Si necesita cancelar o re programe su cita por favor llame o envíe un mensaje de texto con 48 horas de anticipación.

Los pacientes que cancelen citas con menos de 24 horas de anticipación se considerarán No Show.

Cada visita de No Show se registrará en su gráfico.

Múltiples citas de No Show dentro de un plazo de seis meses terminarán su capacidad para hacer citas y / o recibir atención médica en BSC.

Pasar página para firmar el acuerdo





Nos damos cuenta de que puede ocurrir una emergencia y es posible que no pueda notificarnos. Discutiremos esa situación contigo cuando sucede.

Después de un (1) No Show: Recibirá una carta y una llamada telefónica informándole del No Show con un Copia de esta política/acuerdo. Podrá continuar recibiendo servicios médicos en BSC.

Después de dos (2) No Shows: Recibirá una carta de alta de la práctica. BSC proporcionará Tratamiento agudo para emergencias hasta 30 días después de la carta. No podemos garantizar que usted será visto.

- Los nuevos pacientes que no se presenten a su cita inicial no serán reprogramados, a menos que haya una razón válida

Gracias por trabajar con nosotros para garantizar que los servicios se brinden a todos nuestros pacientes de la mejor manera posible.

### **Reconocimiento de Acuerdo de Cancelación y No Show**

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

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad, Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_