

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_ Idioma principal: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ No. de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Sex:  Masculino  Femenino Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado civil:  S  C  V  D

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfonos: \_\_\_\_\_  
(Hogar) (Celular) (Otro)

Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Por favor, escriba lo más legible posible.

Dirección alternativa: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Empleador del paciente: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Pariente más cercano (que no vive en el hogar): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

La enfermedad o lesión está relacionada con:  Trabajo  Accidente automovilístico  Resbalón y caída  
 Otro \_\_\_\_\_ En caso afirmativo: Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO: debe tener una tarjeta del seguro

Cía. de seguro de automóviles: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_

No. de póliza: \_\_\_\_\_ No. de reclamo: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado (marque uno):  Seguro propio  Hijo  Cónyuge  Otro \_\_\_\_\_

Si no es el asegurado, nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Cía. de seguro médico: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_

No. de póliza: \_\_\_\_\_ No. de grupo: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado (marque uno):  Seguro propio  Hijo  Cónyuge  Otro \_\_\_\_\_

Si no es el asegurado, nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

HE PROPORCIONADO A LA OFICINA UNA COPIA DE MI INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO:  Sí  No

FIRMA  
OBLIGATORIA

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

Firma de recepción: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE (CONTINUACIÓN)**

Preferencias de comunicación Por favor, indique su permiso para lo siguiente:

¿Desea recibir mensajes de texto (SMS)?  Sí  No¿Desea recibir mensajes de correo de voz?  Sí  No¿Desea recibir comunicaciones por correo electrónico sobre citas y resultados de exámenes?  Sí  No**Salud general**

Altura \_\_\_\_\_ peso \_\_\_\_\_

Consumo de tabaco:  Nunca he fumado  Exfumador  Fumador actual ¿Cuánto por día? \_\_\_\_\_**Alergias**

Enumere sus alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

¿Sufre de alergias ambientales o alimentarias importantes?  Sí  No

Es alérgico o sensible a:

Cinta adhesiva  Sí  NoContraste por IV  Sí  NoLátex  Sí  NoYodo  Sí  NoMariscos  Sí  No**Medicamentos recetados**¿Toma actualmente medicamentos recetados, incluyendo inhaladores, anticoagulantes o anticonceptivos?  Sí  No

Enumere los medicamentos \_\_\_\_\_

**Vitaminas, suplementos y medicamentos de venta libre**¿Actualmente toma medicamentos de venta libre, vitaminas o suplementos herbales?  Sí  No  
(incluyendo ibuprofeno, aspirina, vitamina B, CoQ10, aceite de pescado, etc.)

Enumere los medicamentos \_\_\_\_\_

**Historial quirúrgico (enumere todas las cirugías y el año en que fueron realizadas)**

Cirugía \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Cirugía \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Cirugía \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Antecedentes de cáncer  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_Radiación  Sí  No Quimioterapia  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_¿Tiene problemas o antecedentes de abuso de sustancias?  Sí  No Alcohol  Drogas ilícitas  Medicamentos recetados \_\_\_\_\_¿Consumo alcohol?  Sí  No En caso afirmativo, indique la frecuencia:  Todos los días En ocasiones sociales  De vez en cuando  Raramente**HE REVISADO LA INFORMACIÓN EN LAS PÁGINAS 1 Y 2 Y LA INFORMACIÓN ES EXACTA Y COMPLETA.**FIRMA  
OBLIGATORIA

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Firma del paciente: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO

Accidentes/lesiones pasadas (señalar el año) \_\_\_\_\_

Por favor, verifique cualquier condición que haya padecido o padezca actualmente:

Condition	Actual	Pasada		Actual	Pasada
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en la espalda media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección de vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en la región lumbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de hombros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en los brazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rigidez en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mano/dedos entumecidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pies/dedos de los pies entumecidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diverticulitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en la mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia hiatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaquecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque al corazón/angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes zóster (culebrilla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema/EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aneurisma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de coagulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de las tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno inmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enfermedades no mencionadas:		

**Verificación de no embarazo.**

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de la última menstruación: \_\_\_\_\_

**Con mi firma a continuación, declaro que, según mi leal saber y entender, no estoy embarazada, ni se confirmó la sospecha de o el embarazo en este momento en particular.**

FIRMA  
OBLIGATORIA

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Firma del paciente: \_\_\_\_\_

## GARANTÍA DE PROTECCIÓN

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

Fecha de la visita inicial: \_\_\_\_\_

Yo, el Paciente antes mencionado, autorizo y ordeno a mi abogado actual y futuro a cumplir con este acuerdo de garantía de honorarios, el cual se realiza a favor del proveedor médico mencionado anteriormente y se denominará «Garantía de protección». Dicha Garantía servirá para colocar un gravamen preventivo continuo sobre cualquier ganancia que recupere en cualquier acción legal relacionado con el accidente ocurrido en la fecha mencionada anteriormente.

**Contraprestación.** En contraprestación al tratamiento médico brindado y la disposición del proveedor médico a esperar hasta la conclusión de mi caso legal y la finalización de las obligaciones de seguro aplicables para pagar dicho tratamiento médico, por medio del presente documento otorgo un derecho de retención directo sobre cualquiera y todos los fondos que pueda recuperar en cualquier acción legal relacionada con el accidente ocurrido en la fecha mencionada anteriormente.

**Protección de cargos pendientes.** En el caso de que cualquier persona, ya sea un abogado u otra entidad comercial, reciba una indemnización financiera en mi nombre en relación con cualquier acción legal relacionada con el accidente ocurrido en la fecha mencionada anteriormente, dirijo e instruyo a mi presente y a cualquier futuro abogado que me represente en conexión con dicha(s) acción(es) legal(es) a retener de dicha indemnización los fondos suficientes para pagar el saldo total pendiente de cualquier factura(s) adeudada al referido Proveedor Médico por el tratamiento proporcionado en relación el accidente ocurrido en la fecha mencionada anteriormente. Entiendo que, de conformidad con la «Política de responsabilidad financiera del proveedor médico», mi Proveedor Médico ha aceptado trabajar con mi abogado y, como parte de mi acuerdo o veredicto, puede, de conformidad con el Artículo §817.234 (7) de los Estatutos de Florida, aceptar una cantidad reducida o renunciar a mi saldo pendiente por completo. Por medio del presente documento, instruyo irrevocablemente a mi abogado actual y/o futuro para que no desembolse los fondos del acuerdo por ningún motivo, incluyendo, entre otros, sus honorarios, costos y otros gravámenes médicos, hasta que se haya contactado a mi proveedor médico y mis obligaciones de responsabilidad financiera estén resueltas.

**Responsabilidad del paciente.** Entiendo que es mi responsabilidad informar a cada abogado que me represente sobre la existencia de esta Garantía de Protección. Además, ordeno a mi abogado actual y a cualquier abogado futuro que informen al Proveedor Médico, tan pronto como sea posible, sobre cualquier fondo que se recupere en relación con mi caso. Entiendo que, en determinadas circunstancias, es posible que no obtenga ninguna indemnización financiera y, si ese es el caso, soy responsable del pago del saldo pendiente al Proveedor Médico y que deberé pagar los montos restantes.

**Pago.** Todos los pagos realizados de conformidad con este acuerdo se realizarán a:

iRISE Spine & Joint  
PO BOX 679206  
Dallas, TX 75267-9206

**Ejecución.** Asimismo, acepto ser totalmente responsable por los honorarios razonables de los abogados y los costos que se hayan acumulado debido al pago de mi cuenta. De igual forma, acepto que en caso de incumplimiento del acuerdo de pago, el saldo adeudado estará sujeto a un cargo por servicio del 1 % por mes.

**Se requiere aprobación.** Este acuerdo entra en vigencia con la firma del Paciente a continuación. Este acuerdo no necesita la aprobación de ningún abogado presente o futuro para el Paciente.

Las partes acuerdan que ninguna de ellas será considerada como la parte redactora de este contrato.

**Nombre en letra de imprenta del paciente:** \_\_\_\_\_

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

**Firma del abogado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**DEVOLUCIÓN POR FAX:** \_\_\_\_\_

FIRMA  
OBLIGATORIA



**OFFICE OF INSURANCE REGULATION**  
**Bureau of Property & Casualty Forms and Rates**

**Formulario estándar de divulgación y aceptación**  
**Protección contra lesiones personales - Tratamiento inicial o servicio proporcionado**

El asegurado abajo firmante (o tutor de dicha persona) afirma:

1. Los servicios o tratamientos indicados a continuación fueron **Realmente prestados**. Esto significa que dichos servicios **ya se han proporcionado**.

2. Tengo el derecho y el deber de confirmar que los servicios ya se han prestado.
3. Ninguna persona me solicitó buscar cualquier servicio del proveedor médico de los servicios descritos anteriormente.
4. El proveedor médico me ha explicado los servicios para los que se solicita el pago.
5. Si notifico a la aseguradora por escrito de un error de facturación, puedo tener derecho a una parte de cualquier reducción en las cantidades pagadas por mi aseguradora de vehículos. Si tengo derecho, mi parte sería por lo menos el 20 % del monto de la reducción, hasta \$500.
6. Persona asegurada (paciente que recibe tratamiento o servicios) o tutor de la persona asegurada:

Nombre (a máquina o en letra de molde)	Firma	Fecha

El abajo firmante licenciado profesional médico o director médico, si corresponde, afirma la declaración numerada 1 arriba y también:

- A. **No he solicitado** o causado que la persona asegurada, que estaba involucrada en un accidente automovilístico, fuera solicitada para hacer una reclamación por beneficios de Protección de Lesiones Personales.
- B. El tratamiento o los servicios prestados fueron explicados a la persona asegurada, o a su tutor, **suficientemente** para que esa persona firme este formulario con el consentimiento informado.
- C. La declaración o factura adjunta ha sido **completado correctamente** en todas las disposiciones materiales y toda la información pertinente se ha proporcionado en el mismo. Esto significa que cada solicitud de información ha sido respondida **sinceramente, con precisión**, y en una manera **completamente sustancial**.
- D. La codificación de los procedimientos en la declaración o proyecto de ley adjunto es adecuada. Esto significa que **ningún servicio ha sido codificado, desagregado**, o constituye un inválido **o una prueba diagnóstica no médicamente necesaria** según lo definido por la Sección 627.732 (14) y (15), Estatutos de Florida o Sección 627.736 (5) (b) 6, Estatutos de la Florida.

Tratamiento Profesional Médico Licenciado/Servicios o Director Médico, si corresponde (Firma de su **propia mano**):

Nombre (a máquina o en letra de molde)	Firma	Fecha

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a cualquier asegurador presenta una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado por la Sección 817.234 (1)(b), Estatutos de la Florida. Nota: la **original** de este formulario debe ser proporcionado al asegurador de conformidad con la Sección 627.736 (4) (b), Estatutos de Florida y no puede entregarse electrónicamente. El no proporcionar este formulario puede resultar en la falta de pago de la reclamación.

## ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

El paciente/asegurado que suscribe, \_\_\_\_\_ (nombre en letra de imprenta del paciente/asegurado o del padre/tutor si el paciente es menor de edad), a sabiendas, voluntaria e intencionalmente asigna los beneficios del seguro o la póliza de seguro de pagos médicos o la aseguradora responsable al proveedor médico descrito anteriormente para todos y cada uno de los servicios prestados al paciente/asegurado que suscribe. La intención de este proveedor médico es aceptar esta asignación de beneficios. El paciente/asegurado abajo firmante ordenan al asegurador que realice el pago al proveedor médico directamente (es decir, los pagos se enviarán por correo y serán pagos solo para el proveedor médico, y no para mí) por los servicios prestados. Además, el proveedor y el paciente ordenan al asegurador que no emita ningún cheque o giro en la liquidación parcial de un reclamo que contenga o esté acompañado de un lenguaje que exonere al asegurador o a su asegurado de la responsabilidad, a menos que haya habido un acuerdo escrito previo acordado por el proveedor médico y el asegurador en cuanto al monto pagadero conforme a la póliza o contrato de seguro. El proveedor se opone a las reducciones o pagos parciales realizados a discreción del asegurador. Cualquier pago parcial o reducido emitido por el asegurador y depositado por el proveedor se realizará bajo protesta y el depósito no se considerará una renuncia, un acta, satisfacción, alta, liquidación o acuerdo del proveedor para aceptar una cantidad reducida como pago completo. El asegurador se pone en conocimiento de que este proveedor se reserva el derecho de solicitar el monto total de las facturas presentadas. En el caso de que los beneficios médicos en cuestión se disputen por cualquier motivo, incluyendo, entre otros, razonabilidad y/o necesidad médica, el paciente/asegurado abajo firmante instruye al asegurador a reservar cualquier cantidad disputada y no pagar dicho monto disputado a nadie, incluyéndose, o a cualquier entidad hasta que se resuelva la disputa. Cualquier pago parcial, independientemente de la nomenclatura que lo acompañe, será considerado un pago parcial y el asegurador realizará un pago a su propio riesgo a menos que haya una declaración escrita previa acordada por este proveedor. Por medio del presente documento, instruyo al asegurador a notificar inmediatamente de cualquier disputa al proveedor antes referido.

El paciente/asegurado abajo firmante acepta pagar cualquier deducible o copagos por los servicios prestados después de que se agote la póliza de seguro. Entiendo que este acuerdo permanecerá en pleno vigor y efecto y NO será revocado, a menos que dicha revocación sea acordada tanto por el proveedor médico como por el paciente firmante o el abogado del paciente. Esta cesión se aplica tanto a gastos médicos pasados como futuros. Una fotocopia de la presente cesión será considerada tan válida como la original.

**Divulgación de información:** por medio del presente documento, autorizo a este proveedor médico o a su representante a proporcionar a mi compañía o compañías de seguros y a mi abogado, tal como se detalla en el formulario de información del paciente, toda la información que pueda estar contenida en mis registros médicos y a obtener cualquier información de cobertura de seguro en mi historial. También autorizo a este proveedor médico a obtener copias de mi historial médico, incluyendo pero no limitado a, documentos, informes, escaneos, notas, opiniones, radiografías y resonancias magnéticas de cualquier otro proveedor médico o compañía de seguros.

**Por favor, lea antes de firmar. Si no entiende completamente este documento, pídanos que se lo expliquemos. Si firma a continuación, asumiremos que entiende y está de acuerdo con los términos.**

**Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un delito de tercer grado. degree.**

FIRMA  
OBLIGATORIA

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

(Si el paciente es menor de edad, firma del padre/tutor)

## AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** voluntariamente doy mi consentimiento para la prestación de cuidados médicos, incluyendo el tratamiento y la ejecución de los procedimientos de diagnóstico cuando sea necesario. Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión del médico tratante y que es responsabilidad del personal llevar a cabo las instrucciones de dicho(s) médico(s).

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO:** esta autorización, o su fotocopia, le autorizará a proporcionar toda la información que pueda tener sobre mi afección mientras esté bajo observación o tratamiento, incluyendo los antecedentes obtenidos, radiografías y hallazgos físicos, y el diagnóstico y pronosis. Usted está autorizado a proporcionar esta información de acuerdo con la ley de seguro de automóviles «SIN CULPA» de Florida (Capítulo 71-252 F. S.)

**AUTORIZACIÓN PARA FOTOGRAFIAR O GRABAR VIDEOS:** esta autorización, o su fotocopia, permitirá que puedan tomarle fotografías para fines de tratamiento relacionados con su atención médica, actividades profesionales, reclamos de seguro y educación del paciente.

FIRMA  
OBLIGATORIA

Nombre en letra de imprenta del paciente: \_\_\_\_\_

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

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestro consultorio está comprometido a educar a nuestros pacientes sobre los problemas de salud que los afectan. Como resultado, le brindamos información general sobre la norma federal de privacidad, una regulación federal de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) junto con una breve descripción general de nuestro Aviso de Privacidad. Nuestro consultorio cumple con las regulaciones de HIPAA.

### ¿Qué es HIPAA y cómo le afecta la Norma de Privacidad?

Cuando se aprobó la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) en agosto de 1996, esto le dio al gobierno federal la capacidad de ordenar cómo los planes de atención médica, los proveedores y las cámaras de compensación almacenan y envían la información personal del paciente en relación con la atención médica. Esta norma fue creada para proteger sus derechos como paciente en nuestro consultorio y nosotros estamos obligados por ley a cumplir con ella. De acuerdo con la Norma de Privacidad, usted tiene garantizado el acceso a sus expedientes médicos, puede controlar cómo se usa y divulga su información de salud protegida y puede tomar medidas si su privacidad se ve comprometida al seguir la política del instituto. Nuestro consultorio está dedicado a mantener la privacidad de su información personal.

### ¿Qué es la información de salud individualmente identificable (IIHI, por sus siglas en inglés)?

Cualquier información de salud que nos proporcione, incluyendo su dirección postal. IIHI es cualquier información creada y retenida en nuestro consultorio o recibida por otro proveedor de atención médica relacionada con el tratamiento, pagos y/o cualquier cosa que lo identifique como individuo.

### ¿Qué es un «Aviso de prácticas de privacidad»?

Contamos con un «Aviso oficial de prácticas de privacidad» publicado en nuestra sala de espera que informa a nuestros pacientes sobre sus derechos en relación con la protección de su IIHI y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de su IIHI. Este aviso se aplica a todos los registros creados o retenidos por nosotros. Podemos actualizar nuestro «Aviso de prácticas de privacidad» en cualquier momento. Será publicado y proporcionaremos una copia en nuestra sala de espera. También puede tomar una copia del aviso actual en cualquier momento.

### Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en las que podemos usar y revelar su IIHI:

Tratamiento.	Recordatorios de citas.	Divulgación de información a familiares/amigos.
Pagos.	Opciones de tratamiento.	Divulgación exigida por ley.
Operaciones de cuidado de la salud.	Beneficios y servicios relacionados con la salud.	

### Las siguientes categorías describen situaciones únicas en las que podemos usar o divulgar su información de salud identificable:

Riesgos de salud pública.	Salud.	Actividades de supervisión.	
Demandas judiciales y procedimientos similares.	Aplicación de la ley.	Pacientes fallecidos.	Donación de órganos y tejidos.
Amenazas graves para la salud o la seguridad.	Investigación.	Servicios militares.	
Reclusos de Seguridad Nacional.	Compensación laboral.		

### ¿Cuáles son sus derechos con respecto a su información de salud individualmente identificable (IIHI, por sus siglas en inglés)?

Tiene derechos con respecto a la IIHI que mantenemos sobre usted. En nuestro «Aviso de privacidad», puede ver las políticas y los procedimientos que deberá seguir para las áreas que se enumeran a continuación:

1. comunicaciones confidenciales;
2. solicitud de restricciones;
3. inspección y copias;
4. enmiendas;
5. contabilidad de divulgaciones;
6. derecho a una copia impresa de este aviso;
7. derecho de denuncia; y
8. derecho a proporcionar una autorización para otros usos y divulgaciones.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, solicite a la recepcionista que hable con nuestro oficial de Privacidad.

**He leído el breve aviso proporcionado por IRISE Spine and Joint, LLC y he sido informado sobre cómo obtener más información sobre el «Aviso de privacidad».**

FIRMA  
OBLIGATORIA

Nombre en letra de imprenta del paciente: \_\_\_\_\_

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



## SOLICITUD DE BENEFICIOS «SIN CULPA» DE FLORIDA (1 de 2)

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nuestro titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha del accidente \_\_\_\_\_ No. de archivo \_\_\_\_\_

**PARA PERMITIRNOS DETERMINAR SI TIENE DERECHO A BENEFICIOS BAJO LA LEY DE PROTECCIÓN CONTRA LESIONES PERSONALES DE FLORIDA, POR FAVOR, COMPLETE ESTE FORMULARIO Y DEVUÉLVALO INMEDIATAMENTE.**

**CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE LESIONAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS, HAGA UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA, ES CULPABLE DE UNA FELONÍA DEL TERCER GRADO.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Hogar: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_

Dirección completa: \_\_\_\_\_

Dirección permanente, si es diferente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ No. de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo ha vivido en Florida? \_\_\_\_\_ Fecha y hora del accidente: \_\_\_\_\_

Lugar donde ocurrió el accidente (Calle, Ciudad, Estado) \_\_\_\_\_

Descripción breve del accidente y de los automóviles involucrados: \_\_\_\_\_

Describa su automóvil: \_\_\_\_\_ Automóvil de un familiar \_\_\_\_\_

Como resultado de este accidente, ¿sufrió una lesión?  Sí  No En caso afirmativo, complete el resto de este formulario. Si no es así, firme a continuación:

### Describa su lesión a continuación.

¿Fue tratado por un médico?  Sí  No Nombre y dirección del médico: \_\_\_\_\_

Si fue tratado en un hospital, fue:  Hospitalizado  Ambulatorio

Nombre y dirección del hospital \_\_\_\_\_

Monto de las facturas médicas hasta la fecha: \_\_\_\_\_ ¿Tendrá más gastos médicos?  Sí  No

Cuando ocurrió el accidente, ¿se encontraba desempeñando sus deberes laborales?  Sí  No

¿Perdió sueldos o salarios como resultado de su lesión?  Sí  No

En caso afirmativo, monto de las pérdidas hasta la fecha: \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su sueldo o salario semanal? \_\_\_\_\_

Si perdió su salario, fecha en que comenzó el trabajo por discapacidad: \_\_\_\_\_

Fecha de la reincorporación laboral: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido o es elegible para pagos bajo alguna compensación laboral o ley laboral?  Sí  No

En caso afirmativo, monto semanal \_\_\_\_\_ mensual \_\_\_\_\_



## CUESTIONARIO DE ADMISIÓN

### Detalles del incidente actual

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nos. de teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Nombre del abogado: \_\_\_\_\_

Usted era:  Conductor  Copiloto  Pasajero en el asiento trasero  Pasajero  Peatón  En el trabajo  Otro

¿Tiene un vehículo propio?  Sí  No En caso afirmativo, nombre del seguro automovilístico: \_\_\_\_\_

En caso contrario, ¿vive con un pariente consanguíneo que posee un vehículo?  Sí  No

En caso afirmativo, nombre del seguro automovilístico \_\_\_\_\_

En caso contrario, nombre del seguro de automóviles del vehículo en el que se encontraba al momento del accidente.

¿Es el seguro de automóviles una póliza de Florida?  Sí  No En caso contrario, ¿de qué estado? \_\_\_\_\_

No. de póliza \_\_\_\_\_ No. de reclamo \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado (marque uno):  Seguro propio  Cónyuge  Hijo  Otro \_\_\_\_\_

Si no es el asegurado, nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

Descripción del vehículo en el que se encontraba Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

¿Su vehículo se detuvo en el momento del accidente?  Sí  No

¿Su vehículo se estaba moviendo justo antes del momento del impacto?  Sí  No Velocidad estimada: \_\_\_\_\_ MPH

¿El vehículo en el que se encontraba golpeó un vehículo(s)/objeto/persona?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué parte del vehículo/objeto/persona golpeó? \_\_\_\_\_

¿Un vehículo u objeto golpeó primero su vehículo?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué parte de su vehículo fue golpeado? (Es decir, parte delantera, trasera o lateral) \_\_\_\_\_

Cinturón de seguridad:  En uso  Sin usar  No lo sé Bolsa de aire desplegada:  Sí  No  El automóvil no tiene bolsa de aire

Consciencia del choque:  Consciente  Sorprendido ¿Logró sujetarse?  Sí  No En caso afirmativo, con:  brazos  piernas  ambos

### Después del incidente

Inconsciente Sí  No  En caso afirmativo, inconsciente por \_\_\_\_\_ (unidad de tiempo)

Después del accidente, tuve dolor en las siguientes áreas:  Cabeza  Cuello  Media espalda  Parte baja de la espalda

Hombro der  Hombro izq.  Codo der  Codo izq.  Muñeca der.  Muñeca izq.  Dedos de la mano  Cadera der.

Cadera izq.  Rodilla der.  Rodilla izq.  Tobillo der.  Tobillo izq.  Pie derecho  Pie izq.

Los síntomas aparecieron por primera vez:  Inmediatamente \_\_\_\_\_ (min/h) después del accidente

Al día siguiente (min/h) después

¿Recibió atención paramédica?  Sí  No

¿Un agente de la ley investigó la escena del accidente?  Sí  No

Después del accidente, fui a:  Casa  Trabajo  Hospital  Médico de cabecera  Otro \_\_\_\_\_

Si fue al hospital o a un centro médico:

Nombre del hospital/centro médico \_\_\_\_\_

¿Cómo se trasladó hasta allá?  Ambulancia  Familiar \_\_\_\_\_  Amigo \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

¿Tuvo alguna fractura? Sí  No  En caso afirmativo, cuál(es): \_\_\_\_\_

¿Le hicieron algún escáner médico debido al accidente?  Sí  No

En caso afirmativo, cuáles:  Tomografía computarizada  Resonancia magnética  Rayos X

¿Qué partes del cuerpo? \_\_\_\_\_

Le recetaron:  Pastillas para el dolor  Relajantes Musculares  N Said's (antinflamatorios)  Otro \_\_\_\_\_

**La información proporcionada arriba es cierta y correcta hasta mi mejor saber y entender.**

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

## VERIFICACIÓN DE LA NO PROPIEDAD

Solo complete si NO es dueño de un vehículo.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Por favor, en letra de imprenta

*Confirmo lo siguiente:*

1. Que estuve involucrado en un accidente automovilístico el \_\_\_\_\_.
2. Que no poseía un vehículo motorizado operable en la fecha del accidente.
3. Que no vivía con ningún familiar que fuera propietario de un vehículo motorizado en la fecha del accidente.

FIRMA  
OBLIGATORIA

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR SU EXPEDIENTE MÉDICO

SOLO PARA USO DE OFICINA: DEJE EN BLANCO

Médico/Hospital: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Persona(s) de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

**TENGA EN CUENTA QUE PODEMOS ENVIAR SU EXPEDIENTE MÉDICO O PROPORCIONAR INFORMACIÓN POR CORREO DE VOZ, TEXTO, CORREO ELECTRÓNICO, FAX, TRANSPORTE Y USPS. AL FIRMAR ESTE COMUNICADO, USTED AUTORIZA QUE ENVIEMOS SU EXPEDIENTE MÉDICO E INFORMACIÓN.**

Por medio del presente documento, autorizo y solicito la divulgación de mi expediente médico relacionados con las fechas de los servicios de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

### Libere todos los expedientes a:

**iRISE Spine & Joint Institute**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Le agradecemos su cooperación de antemano.

FIRMA  
OBLIGATORIA

Firma del paciente

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente

Fecha de nacimiento

No. de Seguridad Social

Si el paciente es menor de edad, firma del padre o tutor legal

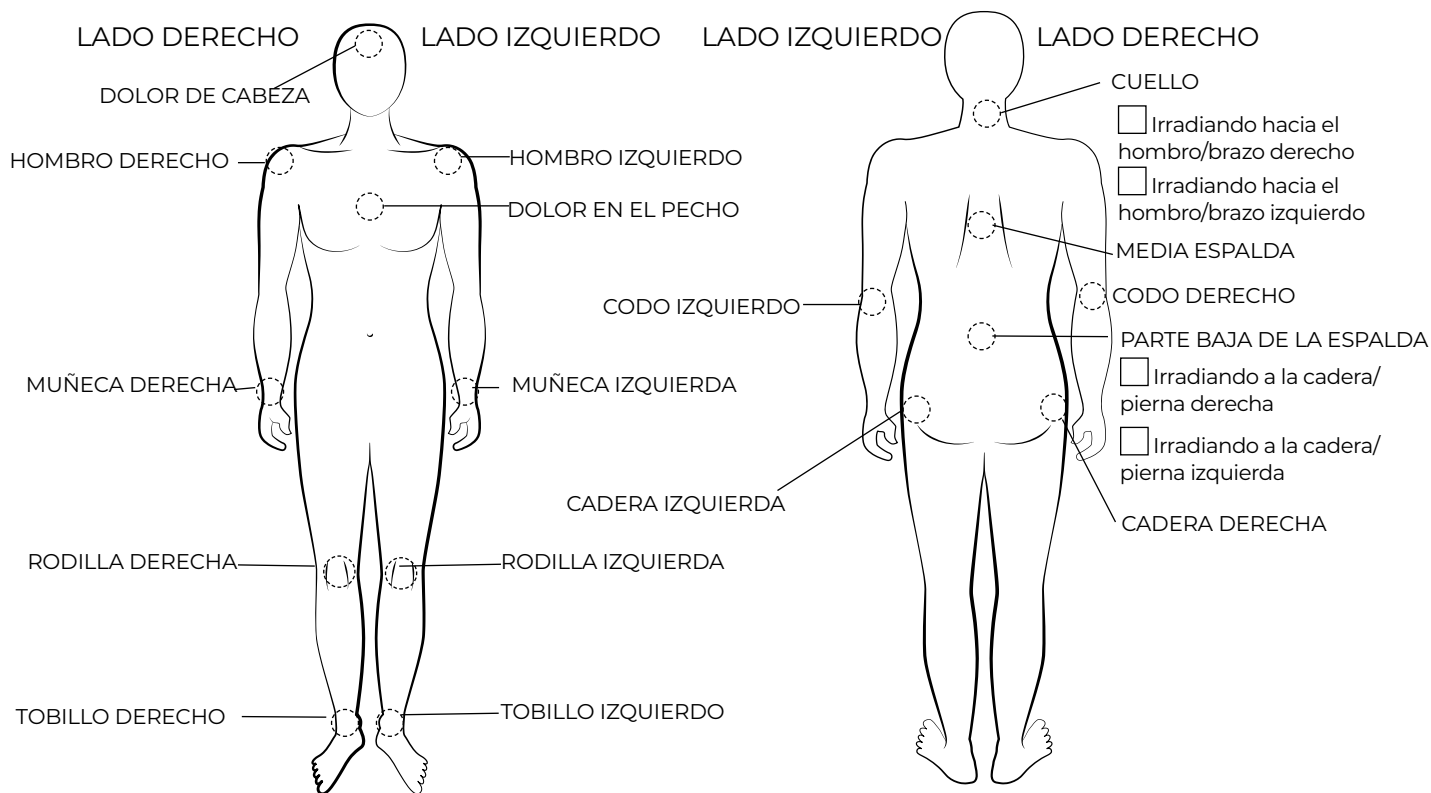
Relación

Testigo de la firma anterior

Nombre en letra de imprenta

## DIAGRAMA DE DOLOR

En el diagrama a continuación, **SEÑALE** las áreas donde siente dolor. Si el dolor irradia, **márquelo** en la casilla.



FIRMA OBLIGATORIA

Nombre en letra de imprenta del paciente

Firma del paciente

Fecha

### NOTAS DEL MÉDICO (solo para uso interno)

PHASE OF CARE 1 2 3 H+ Pregnant Minor Pacemaker Cancer PT

### NOTAS DEL MÉDICO | EJERCICIOS | HALLAZGOS POSITIVOS DEL IRM

### BODY PART(S) TO BE TREATED (Check all that apply)

CSP TSP LSP KNEE RT KNEE LT ELBOW RT ELBOW LT

WRIST RT WRIST LT HIP RT HIP LT ANKLE RT ANKLE LT

### TREATMENT

EMS U/S HOT/COLD MANUAL HYDRO BED MECHANICAL TRACTION

NEURO RE-ED PNF Ball w/bands Wobble Board

THERAPEUTIC EXERCISE Bike Treadmill Finger Ladder T-band Other \_\_\_\_\_

THERAPEUTIC ACTIVITY Stretching ROM \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE DE FLORIDA

Como paciente nuevo en nuestro centro de atención médica, nos gustaría aprovechar esta oportunidad para informarle sobre sus derechos y responsabilidades, lo que requiere que adoptemos y pongamos a disposición de todos los pacientes, por escrito, una declaración de los derechos y responsabilidades de los pacientes, incluyendo lo siguiente:

### RESUMEN DE DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE DE FLORIDA

La ley del estado de Florida requiere que su proveedor de atención médica o centro de atención médica reconozca sus derechos mientras recibe asistencia médica. Asimismo, requiere que usted respete el derecho del proveedor de atención médica o del centro de atención médica a esperar un determinado comportamiento por parte de sus pacientes. Puede solicitar una copia del texto completo de esta ley a su proveedor de atención médica o centro de atención médica. A continuación, se presenta un resumen de sus derechos y responsabilidades:

#### El paciente tiene derecho a ser tratado con cortesía y respeto, con aprecio por su dignidad individual y con la protección de su necesidad de privacidad.

- El paciente tiene derecho a una respuesta rápida y razonable a las preguntas y solicitudes.
- El paciente tiene derecho a saber quién brinda servicios médicos y quién es responsable de su atención.
- El paciente tiene derecho a saber qué servicios de apoyo al paciente están disponibles, incluso si hay un intérprete disponible en caso de que no hable inglés.
- El paciente tiene derecho a saber qué reglas y regulaciones se aplican a su conducta.
- El paciente tiene derecho a que se le proporcione la información del proveedor de atención médica sobre el diagnóstico, el curso de tratamiento planificado, las alternativas, los riesgos y el pronóstico.
- El paciente tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento, salvo que la ley disponga lo contrario.
- El paciente tiene derecho a recibir, previa solicitud, la información completa y el asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su atención.
- El paciente que sea elegible para Medicare tiene derecho a saber, previa solicitud y antes del tratamiento, si el proveedor de atención médica o el centro de atención médica acepta la tarifa asignada de Medicare.
- El paciente tiene derecho a recibir, previa solicitud, antes del tratamiento, una estimación razonable de los costos por atención médica.
- El paciente tiene derecho a recibir una copia de una factura detallada razonablemente clara y comprensible y, previa solicitud, que le expliquen los costos.
- El paciente tiene derecho a acceder de forma imparcial al tratamiento o alojamiento médico, independientemente de la raza, el origen nacional, la religión, la discapacidad física o la fuente de pago.
- El paciente tiene derecho a tratamiento por cualquier afección médica de emergencia que se deteriore por no proporcionar el tratamiento.
- El paciente tiene derecho a saber si el tratamiento médico es para fines de investigación experimental y dar su consentimiento o negativa a participar en dicha investigación.
- El paciente tiene derecho a expresar sus quejas con respecto a cualquier violación de sus derechos, según lo establecido en la ley de Florida, a través del procedimiento de quejas del proveedor de atención médica o del centro de atención médica que lo atendió, y a la agencia de licencias estatal correspondiente.
- El paciente es responsable de proporcionar al proveedor de atención médica, a su leal saber y entender, la información precisa y completa sobre las quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
- El paciente es responsable de reportar cambios inesperados en su condición al proveedor de atención médica.
- El paciente es responsable de informar al proveedor de atención médica si comprende el curso de acción contemplado y lo que se espera de él.
- El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el proveedor de atención médica.
- El paciente es responsable de cumplir con las citas y, cuando no pueda asistir por cualquier motivo, de notificárselo al proveedor de atención médica o al centro de atención médica.
- El paciente es responsable de sus acciones en caso de que rechace el tratamiento o no siga las instrucciones del proveedor de atención médica.
- El paciente es responsable de asegurar que las obligaciones financieras de su atención médica se cumplan lo más pronto posible.
- El paciente es responsable de seguir las reglas y regulaciones del centro de atención médica que afecten la atención y la conducta del paciente.

**Al firmar a continuación, reconozco que he recibido un Resumen de la Declaración de Derechos del Paciente de Florida.**

FIRMA  
OBLIGATORIA

Firma del paciente

Fecha

Firma (proveedor médico) del testigo

Nombre en letra de molde

## DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS

Como paciente nuevo, queremos asegurarnos de que tenga toda la información que necesita sobre los servicios que puede recibir en nuestras instalaciones. Cada uno de los compañeros de equipo, amables y conocedores de IRISE Spine and Joint, tiene como objetivo proporcionar a todos los pacientes servicios médicos superiores. Podemos lograr esto utilizando nuestro equipo de especialistas experimentados, junto con tratamientos progresivos y tecnología de punta para brindar la más alta calidad de atención a pacientes como usted.

Nos esforzamos por ofrecer servicios integrales de tratamiento ortopédico y del dolor, utilizando herramientas especializadas y nuestra experiencia para atender todas las áreas, desde lesiones relacionadas con traumas hasta fracturas de cadera y otras, ACL y otras lesiones de rodilla, artritis y otros dolores articulares. Ya sea que nos visite para procedimientos de tratamiento del dolor intervencionista, cirugía o rehabilitación, no nos conformaremos con nada menos que la excelencia.

La atención ortopédica que brindamos ayuda a nuestros pacientes a reducir su dolor, recuperar su movilidad y restaurar su calidad de vida. Cada uno de nuestros servicios ortopédicos se enfoca en usted, el paciente, y se construyen alrededor de sus necesidades específicas.

Luego de completar su documentación de paciente nuevo, su visita inicial consistirá en una evaluación realizada por uno de nuestros médicos capacitados en el diagnóstico, manejo y tratamiento de lesiones ortopédicas y relacionadas con lesiones. El médico le hará preguntas sobre su situación particular y obtendrá detalles sobre las quejas y lesiones específicas que tenga. A continuación, se realizará un examen físico y una variedad de pruebas para diagnosticar mejor sus lesiones. Se pueden ordenar radiografías de diagnóstico para descartar la posibilidad de fracturas de huesos, osteoporosis, cuerpos vertebrales desalineados y/u otras afecciones graves que no podamos ver a simple vista.

Al finalizar el examen inicial, su médico discutirá su diagnóstico con usted, le explicará sus lesiones y le sugerirá un plan de tratamiento.

**Es probable que un plan de atención de tratamiento típico incluya al menos algunos de los siguientes:**

### QUIROPRÁCTICO

- **Ajustes de la columna quiroprácticos:** utilizando varias técnicas en combinación con una o más de las modalidades de fisioterapia enumeradas a continuación, el objetivo es eliminar la irritación estructural o de la raíz nerviosa para aliviar el dolor de la columna vertebral o de las extremidades y restaurar o mejorar la alineación y la función de la columna vertebral y articulaciones relacionadas. Los ajustes también se pueden usar para tratar otras articulaciones, como la mandíbula, los hombros, los codos, las muñecas, las caderas y los tobillos. (USD 79.00 a USD 97.00)
- **Frío y calor:** Los quiroprácticos pueden alternar entre la terapia de calor y frío para ayudar a los pacientes a tratar el dolor de columna y articulaciones. La terapia con frío se usa típicamente durante el estado de tratamiento «agudo» para reducir la hinchazón y la inflamación. Sin embargo, la terapia con frío también se puede usar para adormecer cierta área durante un período de 10 a 15 minutos seguido de una almohadilla térmica, una envoltura térmica o una botella de agua caliente para restaurar el flujo de sangre al área y promover una curación más rápida. El calor se usa comúnmente para este propósito sin frío, pero en combinación con la estimulación muscular eléctrica. (USD 60.00)
- **Ultrasonido:** El ultrasonido involucra ondas sonoras que penetran en los tejidos musculares profundos para crear una terapia de calor profundo. Luego de aplicar un gel en el área afectada, se mueve una varita de ultrasonido calentada de manera continua sobre los tejidos blandos y las articulaciones para romper las adherencias musculares y los puntos desencadenantes, lo que reduce el dolor cervical y de espalda, la rigidez y los espasmos. Además, el ultrasonido aumenta el flujo sanguíneo a los tejidos más profundos, lo que acelera el proceso de curación. (USD 48.00)
- **Hidroterapia:** La hidroterapia utiliza una cama de hidromasaje seca que permite la variación de la temperatura y/o presión del agua para aliviar la tensión muscular al relajar los músculos afectados. (USD 48.00)
- **Electroestimulación muscular:** Durante esta terapia, se colocan electrodos en la piel que envían pulsos eléctricos ligeros a diferentes áreas del cuerpo que contraen involuntariamente los músculos para causar fatiga, lo que, combinado con el calor, reduce la inflamación y los espasmos musculares. (USD 48.00)
- **Tracción:** La tracción es una terapia destinada a alargar la columna vertebral en un esfuerzo por descomprimir los discos y reducir la presión sobre las raíces nerviosas. Este tratamiento es especialmente útil para pacientes que han sufrido lesiones en los discos cervicales, torácicos y lumbares. Existen muchas variedades diferentes de tracción, incluidos rodillos, camas de tracción y mesas. (USD 60.00)
- **La terapia manual:** aplica presión directa a áreas específicas de la columna en un esfuerzo por romper las adherencias o «puntos desencadenantes» para restaurar el rango de movimiento libre de dolor y aumentar la actividad funcional. También puede incluir Liberación miofascial y Tracción manual. (USD 79.00)
- **Los ejercicios terapéuticos:** se utilizan para desarrollar fuerza, resistencia y flexibilidad. Los ejemplos pueden incluir ejercicio aeróbico/cardiovascular, resistencia (bandas elásticas), balones de ejercicio, entrenamiento con pesas y estabilidad del núcleo. (USD 84.00)
- **Las actividades terapéuticas:** utilizan actividades dinámicas diseñadas para ayudar con las actividades de la vida diaria, como las técnicas de estiramiento, la postura correcta de elevación y flexión, empujar, levantar objetos y mantenimiento después de actividades como la de frío, etc. (USD 99.00)



## DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS (CONTINUACIÓN)

- **Parafina:** (USD 39.00)
- **La terapia de reeducación neuromuscular:** es una técnica similar al entrenamiento de equilibrio y también se puede utilizar para mejorar la fuerza, la coordinación, la postura, el sentido kinestésico y restaurar el tono y la elasticidad normales de los tejidos blandos. Los tratamientos pueden incluir ejercicios de equilibrio en una Thera-ball® con Thera-bands® o tablas de equilibrio mientras se realizan tareas multidireccionales en los planos frontal, sagital y transversal. Estas actividades desafían y fortalecen los músculos finos y gruesos para mejorar el control del núcleo, la conciencia kinestésica (posicional), el equilibrio y la estabilidad. (USD 84.00)

### SERVICIOS DE ORTOPEDIA

- **Historial y exámenes físicos:** el historial médico, que es una cuenta de todos los eventos y problemas médicos que una persona ha experimentado, es una herramienta importante en el manejo del paciente. Un examen físico es el proceso por el cual un profesional médico investiga el cuerpo de un paciente en busca de signos de enfermedad.
- **Procedimiento de dolor intervencionista:** como las inyecciones epidurales lumbares y cervicales administran medicamentos esteroides directamente a las raíces nerviosas espinales para reducir el dolor. Este tipo de dolor puede ser causado por una afección espinal, como una hernia de disco lumbar o cervical, que ejerce presión sobre las raíces nerviosas que salen de la columna vertebral. Hay muchos otros procedimientos que ofrecemos que se pueden recomendar en función de sus signos y síntomas particulares y su médico analizará el procedimiento específico junto con los riesgos y beneficios en detalle.
- **Consulta quirúrgica:** cuando su médico considere que es necesario que vea a un cirujano para evaluarlo y determinar si la cirugía es la mejor opción, se encontrará con uno de nuestros cirujanos que lo examinará, revisará los registros y le recomendará un tratamiento o estudios adicionales para el diagnóstico. Le explicarán exactamente cuál es el problema, cuáles son sus opciones para resolverlo y cuál será el tiempo de recuperación y el procedimiento para cada opción. Por otro lado, el riesgo y los beneficios se explicarán en detalle.
- **Recomendación para referencias:** nuestros médicos pueden escribir una referencia a otros especialistas o centros externos para realizar más pruebas o tratamientos, como fisioterapia, resonancia magnética, radiografías o estudios de conducción nerviosa.
- **Educación del paciente:** nuestro médico lo educará sobre una variedad de modificaciones en el estilo de vida, que incluyen ejercicio, dieta y programas nutricionales, autocuidado y estrategias de recuperación para controlar el dolor agudo y crónico.
- **Procedimientos quirúrgicos:** IRISE Spine and Joint tiene cirujanos certificados por la junta que se especializan en lesiones de columna, rodilla, hombro, cadera, mano, muñeca, pie y tobillo. Su cirujano le brindará una amplia educación que incluye todos los riesgos y beneficios de cualquier procedimiento quirúrgico que le recomienden. Algunas de las cirugías más comunes incluyen: laminectomía lumbar, discectomía cervical anterior y fusión, artroscopía de rodilla u hombro, reparaciones del manguito de los rotadores y tratamiento de fracturas en la muñeca, el pie y el tobillo.
- **Rango de costo de consulta inicial:** (USD 400 - USD 800, dependiendo del tiempo dedicado y los síntomas)
- **Rango de costo de consulta de seguimiento:** (USD 150 - USD 400, dependiendo del tiempo dedicado y el diagnóstico)
- **Rango de costo de las inyecciones epidurales de esteroides:** (USD 1,500 - USD 3,000, dependiendo de la parte del cuerpo/ niveles de columna tratados)
- **Las tarifas quirúrgicas:** se discutirán antes del procedimiento)

Si bien creemos que nuestros médicos poseen el conocimiento y la habilidad necesarios para diagnosticar y tratar con precisión una variedad de afecciones y dolencias, no podemos garantizar que nuestro tratamiento sea exitoso. Desafortunadamente, ningún proveedor médico puede hacer esa afirmación debido a la forma en que cada uno de nuestros cuerpos reacciona al tratamiento. Lo que podemos decir es que la gran mayoría de nuestros pacientes mejoran con tratamiento y terapia conservadores, y que las lesiones relacionadas con el automotor en la columna cervical, torácica y lumbar tradicionalmente han respondido favorablemente a estos métodos.

Al firmar a continuación, usted o su representante legal reconocen que esta descripción general y la divulgación del tratamiento que pueden recibir se han realizado y que también han recibido los costos estimados por nuestros servicios. Por favor, contáctenos para realizar cualquier pregunta relacionada con su caso específico.

**Al firmar a continuación, reconocerá que le hemos proporcionado una descripción general del tratamiento que puede esperar recibir en nuestras instalaciones.**

FIRMA  
OBLIGATORIA

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

## DIVULGACIÓN DE SOLICITACIÓN/FRAUDE DEL PACIENTE

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

No se tolerará el fraude de seguros en ninguna IRISE Spine and Joint Clinics. Es un delito en el Estado de Florida que cualquier persona ofrezca pagar, y que cualquier paciente reciba una comisión, bonificación, reembolso o soborno, directa o indirectamente, en efectivo o en especie para inducir a un paciente a ser referido o recibir tratamiento en un centro de atención médica.

Por otro lado, también se considera delito grave y un fraude de seguros para un paciente presentar cualquier declaración relacionada con el tratamiento que resulte en una reclamación de beneficios de seguro que contenga información o documentos falsos, incompletos y engañosos.

En consideración y como condición expresa para que le brindemos tratamiento, yo, el paciente que suscribe, bajo pena de perjurio, por la presente reconozco que lo siguiente es verdadero y correcto:

1. que estoy buscando tratamiento como resultado directo de las lesiones que he sufrido;
2. que no me han ofrecido ni prometido una comisión, bonificación, reembolso o soborno, efectivo o pago de ningún tipo, directa o indirectamente, de nadie como incentivo para buscar tratamiento en IRISE Spine and Joint Clinics. Además, no he recibido ninguna promesa en esta clínica de que los deducibles y copagos vigentes de los que pueda ser responsable financieramente se renuncien en el futuro como un incentivo para recibir tratamiento;
3. que todas las declaraciones relacionadas con mi participación en un accidente automovilístico, las lesiones que he sufrido y cualquier documentación de respaldo que haya proporcionado en relación con el tratamiento que estoy buscando son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.

FIRMA  
OBLIGATORIA

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

## POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

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

Como paciente nuevo de nuestras instalaciones, nos gustaría informarle sobre nuestra Política de responsabilidad financiera. La cantidad de beneficios dependerá de su póliza y las circunstancias de su caso. Además, las empresas de seguros pueden denegar reclamaciones en su totalidad o en parte, lo que hace que sea casi imposible determinar cuánto de su reclamación estará cubierto.

Los pacientes son responsables del pago de todos los gastos médicos cubiertos que el seguro correspondiente no pague. Su responsabilidad financiera, si la hubiera, no puede determinarse hasta que (a) haya completado el tratamiento y (b) se hayan determinado las obligaciones financieras de su empresa de seguros. En algunos casos, se necesitará un litigio para obtener el pago de la empresa de seguros, lo que puede tomar meses, incluso años, para resolverse. En consideración y como condición expresa de nuestro acuerdo de brindarle tratamiento y lo que esperamos obtener, si recibimos algún pago del seguro, nuestra oficina tiene la siguiente política:

1. Al comienzo del tratamiento, obtendremos una «Garantía de protección» en la cual usted acepta que su abogado especializado en daños corporales retenga de cualquier acuerdo futuro, veredicto o juicio los fondos suficientes para pagar cualquier responsabilidad financiera del paciente que pueda tener
2. Nuestra oficina presentará reclamaciones por el pago de los gastos médicos que se le proporcionaron a su abogado.
3. Una vez que haya completado el tratamiento, nos comunicaremos con su abogado especializado en daños corporales para resolver cualquier obligación financiera sin pagar vigente.

Los proveedores de servicios médicos no pueden participar en una práctica comercial general de renunciar a los deducibles y copagos, de lo contrario, no tienen la intención de cobrar el monto total de sus cargos facturados. Esto no se aplica a los casos en que un proveedor médico acepta renunciar a los deducibles, copagos o reducir sus facturas como parte de un acuerdo o veredicto por daños corporales. Por esta razón, al final de su tratamiento y la determinación de cualquier obligación de responsabilidad financiera, como parte de su acuerdo o veredicto de lesiones corporales, discutiremos las circunstancias de su caso con su abogado especializado en daños corporales y tomaremos las medidas apropiadas según lo dictado por los hechos de su caso particular.

**Al firmar a continuación, reconozco que me han explicado y entiendo la Política de responsabilidad financiera del paciente anterior.**

FIRMA  
OBLIGATORIA

\_\_\_\_\_  
Patient's Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Witness Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha

## ELECCIÓN DE SEGURO PARA PACIENTES

Yo, \_\_\_\_\_ estoy buscando tratamiento médico por lesiones relacionadas con un accidente de lesiones personales por recomendación de mi médico tratante.

Reconozco lo siguiente al indicar mi selección:

\_\_\_\_\_ No tengo cobertura de seguro de salud.

\_\_\_\_\_ Poseo o tengo una cobertura limitada de seguro de salud.

\_\_\_\_\_ Elijo no usar mi seguro de salud.

**Entiendo completamente y reconozco que debido a la naturaleza riesgosa de los litigios por lesiones personales, el costo del tratamiento y la atención puede ser más alto que otras formas de tarifas de reembolso de atención médica.**

FIRMA  
OBLIGATORIA

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

## POLÍTICAS DE ANALGÉSICOS

Los proveedores de IRISE Spine and Joint entienden que muchas afecciones ortopédicas pueden causar dolor. Además, entendemos que muchas de las cirugías que practicamos que eliminan el dolor a largo plazo pueden causar más dolor a corto plazo. Por lo tanto, trabajaremos para disminuir de manera segura y responsable su dolor. A menudo, sugeriremos una combinación de agentes analgésicos como frío, calor, descanso, elevación y medicamentos antiinflamatorios.

El objetivo de los proveedores de IRISE Spine and Joint es mantener a los pacientes alejados de los medicamentos narcóticos/opioides. Sin embargo, si necesita cirugía, puede ser necesario recetar medicamentos narcóticos/opioides por un período corto de tiempo. Los proveedores de IRISE Spine and Joint retiran los medicamentos narcóticos/opioides de sus pacientes lo más rápido posible. Si elige someterse a un tratamiento quirúrgico por una afección ortopédica, debe entenderse que se le puede pedir que tolere un poco de dolor cuando suspendamos o disminuyamos el uso de analgésicos. Si siente que aún necesita medicamentos narcóticos/opioides después del período de tiempo postoperatorio de seis semanas, puede ser derivado a un especialista en dolor fuera de nuestra práctica.

### REPOSICIÓN DE MEDICAMENTOS

- La reposición no será abastecida antes de los tres días previos a que se acabe su receta.
- No seremos responsables de reemplazar los medicamentos perdidos o robados.
- Por otro lado, se le puede hacer una prueba de drogas al azar para garantizar el cumplimiento de la medicación prescrita.
- Las solicitudes de reposición deben realizarse durante el horario laboral normal, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
- No proporcionamos servicio el mismo día para reposición de narcóticos, por lo tanto, las solicitudes pueden demorar hasta tres días en completarse.
- Los proveedores de guardia no pueden comenzar ni reposicionar ningún analgésico.
- Los medicamentos narcóticos/opioides no se prescribirán después del horario laboral, entre semana o días festivos.
- De acuerdo con la ley del estado de Florida, solo podemos recetar un máximo de siete días de medicamentos narcóticos.

Debido a los riesgos conocidos del uso de narcóticos, hacemos todo lo posible por administrar este medicamento de manera responsable, ya que estos tipos de medicamentos tienen muchos efectos secundarios, incluida la dependencia física. Una persona puede desarrollar problemas de tolerancia y dependencia a los medicamentos narcóticos/opioides en tan solo dos semanas. Debido a esta tolerancia, evitamos recetar medicamentos narcóticos/opioides antes de la cirugía y minimizamos el tiempo en que los pacientes deben tomar este tipo de medicamentos, por lo que este funciona mejor para el paciente cuando lo necesita después de la cirugía por molestias postoperatorias.

**Al firmar, reconozco que he recibido una copia de la Política de analgésicos de IRISE Spine and Joint y acepto cumplir con las pautas de la política como una condición de la responsabilidad de mi paciente con IRISE Spine and Joint.**

FIRMA  
OBLIGATORIA

Nombre en letra de molde del paciente

Firma

Fecha