PATIENT NAME /NOMBRE DE PACIENTE: _____ **DATE OF BIRTH/**FECHA DE NACIMIENTO:_____

AGE/EDAD: _____ **WEIGHT/** PESO: _____ **HEIGHT/**ALTURA: _____

DATE OF VISIT/FECHA DE VISITA: _____ ****BLOODTHINNERS/**ANTICOAGULANTES**: (_____)

PATIENT SYMPTOMS/SINTOMAS DEL PACIENTE: _____

_____

DATE PROBLEM BEGAN/CUANDO COMENZO EL DOLOR _____

_____

REFERRING PHYSICIAN/MEDICO DE REFERENCIA _____

_____

FAMILY PHYSICIAN/MEDICO FAMILIAR _____

ALLERGIES/ALERGIAS _____

MEDICATION/ MEDICACION **STRENGHT/**FUERZA **FREQUENCY/**FRECUENCIA

❑ **SEE LIST /** VER LISTA

_____

_____

_____

_____

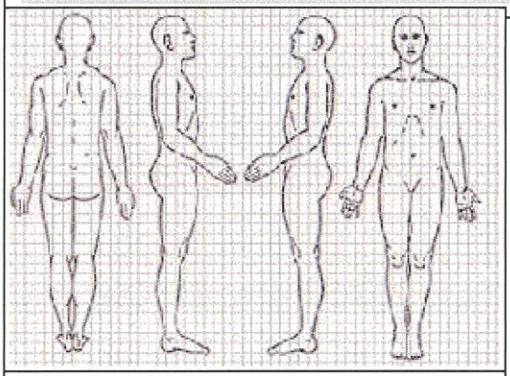
_____

_____

PAIN SCORE/Puntaje De Dolor:

(NO PAIN/No Dolor**) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (WORSTPAIN EVER/**Peor Dolor maginable**)**

MEDICAL HISTORY/Historial Medico



Marque en el diagram donde ocurre su dolor.

Hojo
- Catarata/Glaucoma ❑Si ❑No
- **PROBLEMAS VISUALES ❑Si ❑No**

Oreja, Nariz, Garganta
- Sinusitis ❑Si ❑No
- **PROBLEMAS DE AUDICION ❑Si ❑No**
- **DIFICULTAD PASANDO ❑Si ❑No**

Sistema Respiratorio
- Apnea ❑Si ❑No
- Asma/EPOC/Enfisema ❑Si ❑No
- **FALTA DE ALIENTO ❑Si ❑No**

Gastrointestinal
- Ulceras ❑Si ❑No
- Reflujo ❑Si ❑No
- **NAUSEA ❑Si ❑No**

Cardiovascular
- Marcapasos/Desfibrilador ❑Si ❑No
- Ataque Al Corazón ❑Si ❑No
- Latido De Corazón Irregular ❑Si ❑No
- Alta presión sanguínea ❑Si ❑No
- Murmullo ❑Si ❑No
- Coágulos De Sangre ❑Si ❑No
- **DOLOR DE PECHO ❑Si ❑No**

Intestino / Vejiga
- **DIARREA ❑Si ❑No**
- **ESTREÑIMIENTO ❑Si ❑No**
- **HECES INCONTINIENTE ❑Yes ❑No**
- **ORINA INCONTINIENTE ❑Si ❑No**
- Colitis ❑Si ❑No

Psicosocial
- **DEPRESION/ANSIEDAD ❑Si ❑No**
- Bajo Cuidado Psychiatrico ❑Si ❑No
- Bipolar ❑Si ❑No

Musculoesqueletico
- Fibromialgia ❑Si ❑No
- Artritis ❑Si ❑No

DOLOR EN ARTICULACIONES ❑Si ❑No

DEBILIDAD BRAZO/PIERNA ❑Si ❑No

Piel
- Eczema/psoriasis ❑Si ❑No
- **LLAGAS/HERIDADS ❑Si ❑No**

Diabetes ❑Si ❑No
- Uso de Insulina ❑Si ❑No

Sistema Neurológico
- Convulsiones ❑Si ❑No
- Derrame Cerebral ❑Si ❑No
- **DOLORES DE CABEZA ❑Si ❑No**

Enfermedad Variables
- Hepatitis/VIH ❑Si ❑No
- Hipo/Hipertiroidismo ❑Si ❑No
- SARM (MRSA) ❑Si ❑No
- Cáncer _____ ❑Si ❑No

Estado Civil: □ Cazado(a) □ Soltero(a) □ Viudo(a) □ Divorciado(a) □ Otro

Historial Familiar: _____

_____

Historial Social/Trabajo: □ Empleado(a) □ Desempleado(a) □ Jubilado(a) □ Discapacitado(a) □ Fuera Del Trabajo debido a una lesión

Consumo De Tabaco ❑Si ❑No
(Tipo/ PPD)_____

Consumo De Alcohol ❑Si ❑No
Tipo/Cantidad_____

Uso recreativo de Drogas ❑Si ❑No

Historia de Adicciones ❑Si ❑No
Tipo/s_____

Cirugía(s)/Procedimiento(s): ❑ Ver Lista

_____

_____

_____

_____

_____

POR FAVOR RESPONDA A CONTINUACION

Ha recibido terapia física o atención quiropráctica en el pasado? ❑Si ❑No _____

Indique las fechas aproximadas en que recibió la terapia?_____

Nombre del grupo de terapia física o quiropráctica.:_____

Cualquier terapia o procedimiento adicional probado?_____

B/P:_____ **Pulso:** _____ **Resp:** _____ **Temp:** _____**MD/NP**_____ **M.A/R.N**_____

OTHER CONTINTIONS NOT INCLUDED/CUALQUIER OTRA CONDICION NO INCLUIDA:

_____

_____

APAC
Centers for Pain Management™

CONTACT/Contacto De Emergencia: _____ **PHONE/**Teléfono: _____

ADDRESS/Dirección: _____ **RELATIONSHIP/**Relación: _____

CITY/Ciudad _____ **STATE/**Estado _____ **ZIPCODE/**Código Postal: _____

APAC GROUPE
CENTERS for PAIN MANAGEMENT

Nombre:_____ **Fecha de nacimiento:**_____ **Fecha:**_____

Colorea ROJO por dolor Colorea AZUL por adormecimiento

Indique en una escala de 0 a 10 su puntaje de dolor

Sin dolor en absolute 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peor dolor Imaginable

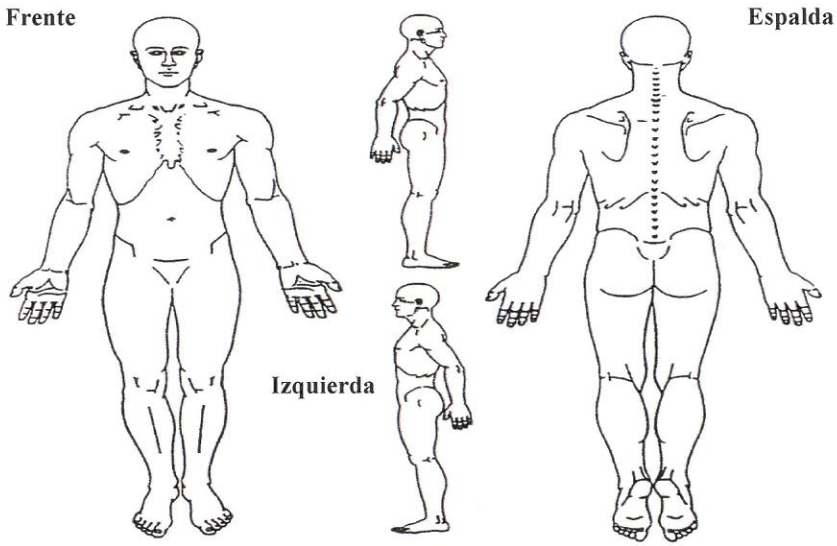
¿Ha aumentado o disminuido el dolor desde la última visita?

Aumento del dolor con:__ sentarse ___ de pie ___ doblando ___ acostado

disminución del dolor: __ sentarse ___ de pie ___ doblando ___ acostado

Covid Vaccination? _____ Date:_____

Derecha



----------Por favor, no escriba debajo de esta línea----------

Last office visit date _____

Last Procedure ___/___/___ _____ _____% pain relief

PACEMAKER /Marcapasos **DEFIBILATOR/** DESFIBRILADOR **SCS** ESTIMULADOR DE MEDULA ESPINAL **MACRA**

BP _____

BLOOD THINNER/ANTICOAGULANTE _____ **CARDIOLOGIST/**CARDIOLOGO (A) _____

P _____

UDS/MUESTRA DE ORINA **ORAL SWAB/**HISO ORAL **LAST 3 days DOSE/**ULTIMA DOSIS _____ _____ **UDS NEXT VISIT**

R _____

NIDDM/DIABETES NO-INSULINO DEPENDIENTE **IDDM/** DIABETES INSULINO-DEPENDIENTE **N/A**

Wt _____ **Kidney/Liver issues?** PROBLEMAS RENALES/DEL HIGADO _____ **Stomach/ulcer issues?** PROBLEMAS DEL ESTOMAGO/ULCERAS_____

ANTIBIOTICS /ANTIBITIOCOS: ____ **IV DYE ALLERGY /** ALERGIA INTRA VENEOSA A COLORANTES: _____ **SMOKER:**_____

Ht_____ **RECENT SURGERIES/**SIRUGIAS _____ **MEDICATION CHANGES/** CAMBIOS A MEDICAMENTOS **Most recent PT**

APAC
Centers *for* Pain Management™

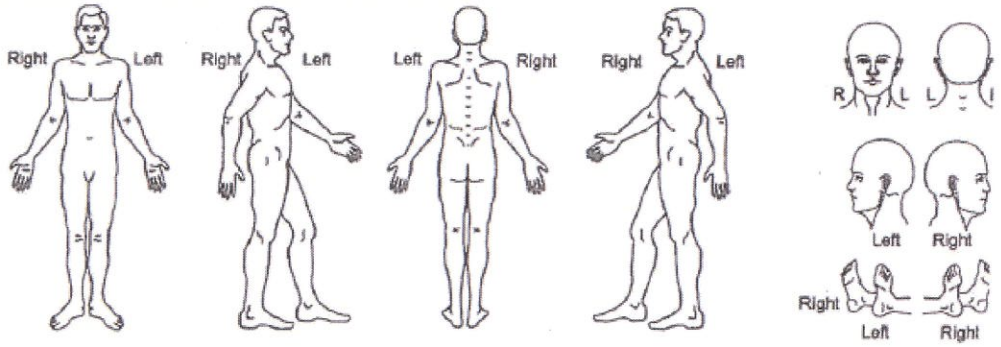
Initial Pain Assessment Tool

Patient Name: _____ **DOB**: _____

(Nombre Del Paciente) (Fecha De Nacimiento)

1. **Location:** Draw on the areas where you experience pain

   Ubicación: Dibuje en las áreas donde siente dolor .



2. **Intensity /** Intensidad**:**

Present Pain: Dolor Presente:	No Pain Sin Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Pain Peor Dolor
Worst Pain Gets: El Peor Dolor Es:	No Pain Sin Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Pain Peor Dolor
Best Pain Gets: El Mejor Dolor Es:	No Pain Sin Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Pain Peor Dolor
Acceptable Level: Dolor Aceptable:	No Pain Sin Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Pain Peor Dolor

3. **Quality: Use your own words (e.g., ache, burn, throb, sharp, dull):**
   Calidad: use sus propias palabras (p. Ej., Dolor, ardor, latido, agudo, sordo):
   _____

4. **Frequency: Use you own words (e.g., constant, intermittent, seldom):**
   Frecuencia: use sus propias palabras (p. Ej., Constante, intermitente, rara vez):
   _____

5. **What relieves the pain?**
   Qué alivia el dolor?
   _____
   _____

6. **What makes the pain worse?**
   Qué empeora el dolor?
   _____
   _____

7. **Does your pain affect any of the following?**
   Su dolor afecta alguno de los siguientes?

   ___ **Sleep** / Dormir ___ **Appetite** / Apetito ___ **Physical Activity** /Actividad física

   ___ **Relationship with Others** /Relación con otros ___**Concentration** /Concentración

   ___**Other** / Otro (a): _____

APAC
Centers for Pain Management™

Date / Fecha: _____

Name / Nombre: _____ **DOB /** Fecha De Nacimiento: _____

PHQ-4

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by the following problems?

Durante las ultimas 2 semanas, con que frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

Please circle the best response.

Por favor circule la mejor respuesta.

	Not at all Nada en Absoluto	**Several days** Varios Dias	**More than half the days** Mas de la mitad de los días	**Nearly every day** Casi todos los días
1. **Feeling nervous, anxious or on edge** Sentirse nervioso(a), ansioso(a), o al borde	0	1	2	3
2. **Not being able to stop or control worrying** No poder detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
3. **Little interest or pleasure in doing things** Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
4. **Feeling down, depressed or hopeless** Sentirse triste, deprimido(a), o sin esperanza	0	1	2	3

OPIOID RISK TOOL

HERRAMIENTA PARA EL RIESGO DEL USO DE OPIOIDES

Please mark the boxes that apply.

Por favor marque las casillas que correspondan.

1. **Family history of substance abuse: /** Antecedentes familiares de abuso de sustancias:
   - ❑ **Alcohol /** Alcohol
   - ❑ **Illegal Drugs /** Drogas Ilegales
   - ❑ **Prescription Drugs /** Medicamentos Recetados
2. **Personal history of substance abuse: /** Historial personal de abuso de sustancias:
   - ❑ **Alcohol /** Alcohol
   - ❑ **Illegal Drugs /** Drogas Ilegales
   - ❑ **Prescription Drugs /** Medicamentos Recetados
3. **Mark box if you are between the ages of 16 and 45:**
   Marque la casilla si tiene entre 16 y 35 anos:
   ❑
4. **History of preadolescent sexual abuse:**
   Antecedentes de abuso sexual preadolscente:
   ❑
5. **Mark box if you have history of depression:**
   Marque la casilla si tiene antecedentes de depresión:
   ❑
6. **Mark box if any of these four choices apply to you:**
   Marque la casilla si una de estas cuatro opciones se aplica a usted:
   - ❑ **Schizophrenia /** Esquizofrenia
   - ❑ **Bipolar Disorder /** Trastorno Bipolar
   - ❑ **Attention Déficit Disorder /**Desorden de déficit de atención
   - ❑ **Obsessive Compulsive Disorder /** Trastorno Obsesivo Compulsivo

APAC
Centers for Pain Management™

CENTROS APAC PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISARLO DETENIDAMENTE.

Este Aviso de prácticas de privacidad se le proporciona como requisito de una ley federal, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información médica protegida en algunos casos. "Información de salud protegida" significa cualquier información de salud oral y escrita sobre usted, incluidos los datos demográficos que se pueden utilizar para identificarlo. Ésta es información de salud que es creada o recibida por su proveedor de atención médica y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura.

I. Usos y divulgaciones de información médica protegida

El centro puede usar su información médica protegida con el propósito de brindar tratamiento, obtener el pago del tratamiento y realizar operaciones de atención médica. Su información médica protegida puede usarse o divulgarse solo para estos fines, a menos que la *instalación* haya obtenido su autorización o el uso o divulgación esté permitida por las regulaciones de privacidad de HIPAA o la ley estatal. Las divulgaciones de su información médica protegida para los fines descritos en este Aviso de privacidad pueden hacerse por escrito, oralmente, electrónicamente o por fax.

Tratamiento. Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para brindar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero para fines de tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a una farmacia para surtir una receta o a un laboratorio para solicitar un análisis de sangre. También podemos divulgar información médica protegida a médicos que lo estén tratando o consultando con el centro con respecto a su atención. En algunos casos, también podemos divulgar su información médica protegida a un proveedor de tratamiento externo para fines de las actividades de tratamiento del otro proveedor.

Pago. Excepto en los casos en los que elija y acepte pagar en efectivo, en su totalidad, "de su bolsillo" por los servicios, y solicite específicamente que no le facturemos a su plan de salud, dicha información médica protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago por los servicios que brindamos. Esto puede incluir ciertas comunicaciones a su compañía de seguro médico para obtener la aprobación del procedimiento que hemos programado. Por ejemplo, es posible que necesitemos divulgar información a su compañía de seguro médico para obtener una aprobación previa para el tratamiento. También podemos divulgar información médica protegida a su compañía de seguro médico para determinar si es elegible para recibir beneficios o si un servicio en particular está cubierto por su plan de salud. Para recibir el pago por los servicios que le brindamos, es posible que también necesitemos divulgar su información médica protegida a su compañía de seguro médico para demostrar la necesidad médica de los servicios o, según lo requiera su compañía de seguros, para la revisión de la utilización. También podemos divulgar información del paciente a otro proveedor involucrado en su atención para las actividades de pago del otro proveedor. Esto puede incluir la divulgación de información demográfica a los proveedores de atención de anestesia para el pago de sus servicios.

Operaciones. Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para nuestras propias operaciones de atención médica a fin de facilitar la función del consultorio médico y brindar atención de calidad a todos los pacientes. Las operaciones de atención médica incluyen actividades tales como: evaluación de la calidad y actividades de mejora, actividades de revisión de empleados, programas de capacitación, incluidos aquellos en los que los estudiantes, aprendices o profesionales de la atención médica aprenden bajo supervisión, acreditación, certificación, actividades de concesión de licencias o credenciales, revisión y auditoría, incluyendo revisiones de cumplimiento, revisiones médicas, servicios legales y mantenimiento de programas de cumplimiento, y gestión comercial y actividades administrativas generales.

En ciertas situaciones, también podemos divulgar información del paciente a otro proveedor o plan de salud para sus operaciones de atención médica.

Otros usos y divulgaciones. Como parte de las operaciones de tratamiento, pago y atención médica, también podemos usar o divulgar su información médica protegida para los siguientes propósitos: recordarle la fecha de su cita, informarle de posibles alternativas u opciones de tratamiento, informarle sobre su salud, beneficios o servicios relacionados que puedan ser de su interés, o para contactarlo para recaudar fondos para la instalación o una fundación institucional relacionada con la instalación. Cierta información, incluidos los datos demográficos, las fechas del servicio de atención médica, el departamento que brinda el servicio, el nombre del médico, el estado del plan de salud y los resultados, se puede usar para fines de recaudación de fondos sin su autorización explícita. Si no desea ser contactado con respecto a la recaudación de fondos, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad. Se respetarán todas las solicitudes de exclusión voluntaria de dicha comunicación.

II. Usos y divulgaciones más allá del tratamiento, pago y operaciones de atención médica permitidos sin autorización u oportunidad de objetar

Las reglas federales de privacidad nos permiten usar o divulgar su información médica protegida sin su permiso o autorización por varias razones, incluidas las siguientes:

Cuando sea requerido legalmente. Divulgaremos su información médica protegida cuando nos lo exija cualquier ley federal, estatal o local.

Cuando existen riesgos para la salud pública. Podemos divulgar su información médica protegida para las siguientes actividades y propósitos públicos:

- Para prevenir, controlar o informar sobre enfermedades, lesiones o discapacidades según lo permita la ley.
- Para informar eventos vitales como el nacimiento o la muerte según lo permita o requiera la ley.
- Realizar vigilancia, investigaciones e intervenciones de salud pública según lo permita o requiera la ley.
- Para recopilar o informar eventos adversos y defectos de productos, rastrear productos regulados por la FDA, permitir retiradas, reparaciones o reemplazos de productos a la FDA y realizar vigilancia posterior a la comercialización.
- Para notificar a una persona que ha estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad según lo autorizado por la ley.
- Informar a un empleador información sobre un individuo que es miembro de la fuerza laboral según lo permitido o requerido legalmente.

Para socios comerciales. Podemos divulgar su información médica protegida a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos brindan servicios si la información es necesaria para tales funciones o servicios. Por ejemplo, podemos utilizar otra empresa para realizar servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros socios comerciales están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar ninguna información que no sea la específica en nuestro contrato.

Para denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica. Podemos notificar a las autoridades gubernamentales si creemos que un paciente es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Haremos esta divulgación solo cuando la ley lo requiera o autorice específicamente o cuando el paciente esté de acuerdo con la divulgación.

Para realizar actividades de supervisión de la salud. Podemos divulgar su información médica protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades que incluyen auditorías; investigaciones, procedimientos o acciones civiles, administrativas o penales; inspecciones; licencias o acciones disciplinarias; u otras actividades necesarias para la supervisión adecuada según lo autorice la ley. No divulgaremos su información médica bajo esta autoridad si usted es objeto de una investigación y su información médica no está directamente relacionada con su recepción de atención médica o beneficios públicos.

En relación con procedimientos judiciales y administrativos. Podemos divulgar su información médica protegida en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden de una corte o tribunal administrativo según lo autorizado expresamente por dicha orden. En determinadas circunstancias, podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a una citación en la medida en que lo autorice la ley estatal si recibimos garantías satisfactorias de que se le ha notificado de la solicitud o de que se hizo un esfuerzo para obtener una orden de protección.

Para fines de aplicación de la ley. Podemos divulgar su información médica protegida a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley para fines de cumplimiento de la ley de la siguiente manera:

- Según lo requiera la ley para informar sobre ciertos tipos de heridas u otras lesiones físicas.
- De conformidad con una orden judicial, una orden judicial, una citación, una citación o un proceso similar.
- Con el propósito de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
- En determinadas circunstancias limitadas, cuando sea víctima de un delito.
- A un oficial de la ley si la instalación tiene la sospecha de que su condición de salud fue el resultado de una conducta criminal.
- En una emergencia para denunciar un delito.

Para médicos forenses, directores de funerarias y para la donación de órganos. Podemos divulgar información médica protegida a un médico forense o examinador médico con fines de identificación, para determinar la causa de la muerte o para que el médico forense o examinador médico realice otras tareas autorizadas por la ley. También podemos divulgar información médica protegida a un director de la funeraria, según lo autorice la ley, para permitir que el director de la funeraria lleve a cabo sus funciones. Podemos divulgar dicha información con una anticipación razonable de la muerte. La información médica protegida se puede usar y divulgar con fines de donación de órganos, ojos o tejidos de cadáveres.

Para fines de investigación. Podemos usar o divulgar su información médica protegida para investigación cuando el uso o divulgación para investigación haya sido aprobado por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y los protocolos de investigación para abordar la privacidad de su información médica protegida.

En caso de una amenaza grave para la salud o la seguridad. Podemos, de conformidad con la ley aplicable y los estándares éticos de conducta, usar o divulgar su información médica protegida si creemos, de buena fe, que dicho uso o divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad o a la salud y seguridad del público.

Para funciones gubernamentales específicas. En ciertas circunstancias, las regulaciones federales autorizan a la instalación a usar o divulgar su información médica protegida para facilitar funciones gubernamentales específicas relacionadas con actividades militares y de veteranos, actividades de inteligencia y seguridad nacional, servicios de protección para el presidente y otros, determinaciones de idoneidad médica, instituciones correccionales, y situaciones de custodia policial.

Para compensación laboral. La instalación puede divulgar su información médica para cumplir con las leyes de compensación laboral o programas similares.

III. Usos y divulgaciones permitidos sin autorización pero con oportunidad de objetar

A menos que se oponga, podemos divulgar su información médica protegida a un miembro de su familia o un amigo personal cercano si es directamente relevante para la participación de la persona en su tratamiento o el pago relacionado con su tratamiento. También podemos divulgar su información en relación con el intento de ubicar o notificar a miembros de la familia u otras personas involucradas en su cuidado con respecto a su ubicación, condición o muerte.

Puede oponerse a estas divulgaciones. Si no se opone a estas divulgaciones o podemos inferir de las circunstancias que no objeta o si determinamos, en el ejercicio de nuestro juicio profesional, que lo mejor para usted es que divulguemos información que sea directamente relevante. Debido a la participación de la persona en su atención, podemos divulgar su información médica protegida como se describe.

IV. Usos y divulgaciones que usted autoriza

Los siguientes usos y divulgaciones de su información médica protegida se realizarán solo con su autorización por escrito:

- Usos y divulgaciones de información médica protegida con fines de marketing; y
- Divulgaciones que constituyen una venta de su información médica protegida.

Aparte de lo indicado anteriormente, no divulgaremos su información médica a menos que tenga su autorización por escrito. Puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que hayamos tomado medidas basándonos en la autorización.

V. **Sus derechos.** Tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica:

El derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida. Puede inspeccionar y obtener una copia de su información médica protegida que está contenida en un conjunto de registros designado mientras mantengamos la información médica protegida. Un "conjunto de registros designado" contiene registros médicos y de facturación y cualquier otro registro que su médico y el centro utilicen para tomar decisiones sobre usted.

Sin embargo, según la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia; información recopilada con una anticipación razonable de, o para su uso en, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo; e información médica protegida que está sujeta a una ley que prohíbe el acceso a información médica protegida. Dependiendo de las circunstancias, es posible que tenga derecho a que se revise la decisión de denegar el acceso.

Podemos denegar su solicitud de inspeccionar o copiar su información médica protegida si, a nuestro juicio profesional, determinamos que el acceso solicitado puede poner en peligro su vida o seguridad o la de otra persona, o que es probable que cause un daño sustancial a otra persona a la que se hace referencia en la información. Tiene derecho a solicitar una revisión de esta decisión.

Para inspeccionar y copiar su información médica, debe enviar una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad cuya información de contacto se encuentra en la última página de este Aviso de Privacidad. Si solicita una copia de su información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copia, envío por correo u otros costos en los que incurramos para cumplir con su solicitud.

Comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad si tiene preguntas sobre el acceso a su registro médico.

El derecho a una copia electrónica de los registros electrónicos. Si su Información médica protegida se mantiene en formato electrónico (conocido como registro médico electrónico o registro médico electrónico), tiene derecho a solicitar que se le entregue una copia electrónica de su registro o que se transmita a otra persona o entidad. Haremos todo lo posible para proporcionar acceso a su Información de salud protegida en la forma o formato que solicite, si se puede producir fácilmente en dicha forma o formato. Si la Información de salud protegida no se puede producir fácilmente en la forma o formato que solicita, su registro se proporcionará en nuestro formato electrónico estándar o, si no desea este formulario o formato, una copia impresa legible. Es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo por el trabajo asociado con la transmisión del registro médico electrónico.

El derecho a solicitar una restricción sobre los usos y divulgaciones de su información médica protegida. Puede pedirnos que no usemos o divulguemos ciertas partes de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que no divulguemos su información médica a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o para fines de notificación, como se describe en este Aviso de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción.

La instalación no está obligada a aceptar una restricción que usted pueda solicitar a menos que solicite restringir el uso y la divulgación de su información médica protegida a un plan de salud con fines de pago u operaciones de atención médica, y dicha información que usted debe restringir pertenece únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el cual nos ha pagado "de su bolsillo" en su totalidad. Le notificaremos si denegamos su solicitud de restricción. Si el centro acepta la restricción solicitada, no podemos usar o divulgar su información médica protegida en violación de esa restricción, a menos que sea necesario para brindar tratamiento de emergencia. Bajo ciertas circunstancias, podemos rescindir nuestro acuerdo de restricción. Puede solicitar una restricción comunicándose con el Oficial de Privacidad.

El derecho a solicitar recibir nuestras comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de determinadas formas. Aceptaremos solicitudes razonables. Podemos condicionar esta adaptación solicitándole información sobre cómo se manejará el pago o la especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto. No le pediremos que proporcione una explicación de su solicitud. Las solicitudes deben hacerse por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.

El derecho a solicitar enmiendas a su información médica protegida. Puede solicitar una enmienda de su información médica protegida en un conjunto de registros designado durante el tiempo que mantengamos esta información. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud de enmienda. Si denegamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación. Las solicitudes de enmienda deben hacerse por escrito y deben dirigirse a nuestro Oficial de Privacidad. En esta solicitud por escrito, también debe proporcionar una razón para respaldar las modificaciones solicitadas.

El derecho a recibir una contabilidad. Tiene derecho a solicitar un informe de ciertas divulgaciones de su información médica protegida realizadas por el centro. Este derecho se aplica a las divulgaciones para fines distintos al tratamiento, pago u operaciones de atención médica como se describe en este Aviso de privacidad. Tampoco estamos obligados a dar cuenta de las divulgaciones que solicitó, las divulgaciones que aceptó al firmar un formulario de autorización, las divulgaciones para un directorio de instalaciones, a amigos o familiares involucrados en su atención, o ciertas otras divulgaciones que estamos autorizados a hacer sin su autorización. La solicitud de contabilidad debe hacerse por escrito a nuestro Oficial de Privacidad. La solicitud debe especificar el período de tiempo buscado para la contabilidad. No estamos obligados a proporcionar una contabilidad de las divulgaciones que tengan lugar antes del 14 de abril de 2003. No se pueden realizar solicitudes de contabilidad por períodos de tiempo superiores a seis años. Le proporcionaremos el primer informe que solicite durante cualquier período de 12 meses sin cargo. Las solicitudes de contabilidad posteriores pueden estar sujetas a una tarifa razonable basada en el costo.

El derecho a recibir notificación de una infracción. Tiene derecho a que se le notifique si se produce una infracción de su información médica protegida no segura.

El derecho a obtener una copia impresa de este aviso. Si lo solicita, le proporcionaremos una copia impresa por separado de este aviso, incluso si ya ha recibido una copia del aviso o ha aceptado aceptarlo electrónicamente. Puede obtener una copia de este aviso comunicándose con el Oficial de Privacidad nombrado en la última página de este documento.

VI. Nuestros deberes

La ley requiere que la instalación mantenga la privacidad de su información médica y le proporcione este Aviso de privacidad de nuestros deberes y prácticas de privacidad. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso que puede ser modificado de vez en cuando. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y hacer que las nuevas disposiciones del Aviso sean efectivas para toda la información médica protegida futura que mantenemos. Si la instalación cambia su Aviso, le proporcionaremos una copia del Aviso revisado mediante el envío de una copia del Aviso revisado por correo ordinario o mediante un contacto en persona.

VII. Quejas

Tiene derecho a presentar quejas al centro y al Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que se han violado sus derechos de privacidad. Puede quejarse ante la instalación comunicándose con el Oficial de Privacidad de la instalación verbalmente o por escrito, utilizando la información de contacto a continuación. Le recomendamos que exprese cualquier inquietud que pueda tener con respecto a la privacidad de su información. No se tomarán represalias contra usted de ninguna manera por presentar una queja.

VII. **Persona de contacto**
La persona de contacto del centro para todos los asuntos relacionados con la privacidad del paciente y sus derechos bajo los estándares federales de privacidad es el Oficial de Privacidad. La información sobre los asuntos cubiertos por este Aviso se puede solicitar comunicándose con el Oficial de Privacidad. Si cree que esta instalación ha violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nuestra oficial de privacidad, Emily Rahman, al (219) 227-3605 o por escrito a
APAC PARTNERS, Sede corporativa, 425 Joliet Street, Suite 400, Dyer, IN 46311, ATENCIÓN: Cathy Brady, Oficial de privacidad para obtener más información sobre el proceso de quejas.

IX. **Fecha efectiva.** Este Aviso entra en vigor el 14 de abril de 2003.

X. **Fecha de revisión.** Última revisión el 03 de febrero de 2016

APAC
Centers *for* Pain Management™

Reconocimiento de recibo del aviso de privacidad

Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad para la información de salud protegida para los centros APAC para el manejo del dolor. Doy mi consentimiento para el uso de mi información médica protegida de la manera que se describe en el Aviso de privacidad.

_____ _____

Nombre Impreso **Fecha**

_____

Firma del paciente / representante legal

Divulgación de información médica

Yo _____, doy autorización a los Centros para el Manejo del Dolor de APAC para discutir mi información médica protegida con las siguientes personas:

Nombre	**Relación**
_____	_____
_____	_____

☐ ***Marque la casilla si no desea que divulguemos información.***

_____ _____

Firma del paciente **Fecha**

CENTROS APAC PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR
POLÍTICA FINANCIERA

Para reducir la confusión y los malentendidos entre nuestros pacientes y la práctica, hemos adoptado las siguientes políticas financieras. Estamos dedicados a brindarle la mejor atención y servicio posibles y consideramos que su comprensión completa de sus responsabilidades financieras es un elemento esencial de su atención y tratamiento.

Tu seguro

- Hemos hecho arreglos previos con muchas aseguradoras y planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Esto significa que facturaremos aquellos planes para los cuales tenemos un acuerdo y solo le solicitaremos que pague el copago autorizado en el momento del servicio. La política de esta oficina es cobrar este copago cuando llegue a su cita. No renunciamos a los copagos. En ciertos casos, es posible que le solicitemos su coseguro en el momento de su cita.

- Si tiene cobertura de seguro con un plan para el que no tenemos un acuerdo previo, prepararemos y enviaremos el reclamo por usted según una base asignada. Usted será responsable de su porción y también de cualquier pago que su seguro le niegue.

- En caso de que su plan de salud determine que un servicio "no está cubierto", usted será responsable por el cargo completo. El pago vence al recibir un estado de cuenta de nuestra oficina.

- Le facturaremos a su plan de salud todos los servicios prestados en la oficina. Cualquier saldo adeudado es su responsabilidad y debe pagarse al recibir un estado de cuenta de nuestra oficina.

**** Usted es responsable de informar al consultorio si su visita inicial o cualquier visita posterior relacionadas con la responsabilidad, como una lesión por indemnización laboral o un accidente automovilístico, etc.**
No hacerlo podría resultar en la denegación de reclamos. En ese caso, usted será responsable de cualquier reclamo impago

Pacientes menores

- Para todos los servicios prestados a pacientes menores, buscaremos al adulto que acompañe al paciente y al padre o tutor con custodia para el pago.

- He leído y entiendo la política financiera de la práctica y acepto estar sujeto a sus términos. También entiendo y acepto que la práctica puede modificar dichos términos de vez en cuando.

- Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice a mí o en mi nombre al proveedor anterior por los servicios prestados por ese médico. Autorizo la divulgación a la compañía de seguros indicada de cualquier información médica sobre mí que sea necesaria para determinar estos pagos por servicios relacionados.

_____ _____
Nombre impreso del (la) paciente Fecha

_____ _____
Firma del (la) paciente o parte responsable si es menor de edad Fecha

Acuerdo de tratamiento de medicación APAC

Consentimiento informado:
Entiendo que pueden recetarme medicamentos controlados como solo una parte del tratamiento para mis afecciones médicas. También se están formulando recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de mi condición de dolor. Se seguirán recetando medicamentos y se seguirá ofreciendo atención siempre que se considere que los medicamentos son médicamente necesarios y yo cumpla con los términos de este acuerdo.

Objetivos de tratamiento:
Los medicamentos y otras opciones de tratamiento se ofrecen como parte de un plan general para minimizar los efectos del dolor. Por lo general, no es realista suponer que se puede eliminar todo el dolor. Por lo tanto, la optimización del tratamiento se juzgará por la mejora en la función en función de:

- Asistencia y participación en el trabajo o la escuela
- Participación en actividades domésticas, recreativas o sociales,
- Disminución de la utilización de recursos médicos, como visitas a la sala de emergencias u hospitalizaciones,
- Mejora del sueño y otras actividades de la vida diaria.

Posibles complicaciones del uso crónico de medicamentos:

- Entiendo que los posibles problemas y complicaciones asociados con el uso crónico de medicamentos incluyen:
- **Dependencia física:** mi cuerpo se volverá físicamente dependiente de la medicación con el tiempo, y necesitaré supervisión médica para que me desconecten de forma segura. Si me quedo sin mi medicamento demasiado pronto (tomando más de lo recetado) o si dejo de tomarlo repentinamente (pierdo mi medicamento), entonces puedo experimentar síntomas de abstinencia.
- **Dependencia psicológica:** se diferencia de la dependencia física en que el cese de la medicación no provoca síntomas de abstinencia física. La dependencia psicológica representa la necesidad de una medicación relacionada con el miedo al cese del disfrute de los efectos secundarios. Como tal, la dependencia psicológica es una forma leve de adicción.
- **Adicción:** Deseo constante de una droga, con exclusión del trabajo, la familia y las responsabilidades de la vida. Toda la energía y el tiempo se concentran en obtener el medicamento, independientemente de las consecuencias. En este caso, la medicación no tiene un propósito médico legítimo.

Complicaciones adicionales:

- **Síndrome de abstinencia neonatal:** la ingesta controlada de medicación durante el embarazo provoca un estado adictivo en el feto. El niño nacerá adicto y requerirá atención médica para desintoxicarse. Esta es una condición peligrosa y potencialmente letal. Si está embarazada o podría quedar embarazada durante el período de tiempo de su tratamiento, debe revisar el riesgo significativo con su médico que prescribe.
- **Tolerancia:** El cuerpo se adapta a la presencia de una droga que toma de forma crónica. El cuerpo se vuelve más eficiente en metabolizar la droga. Como resultado, la medicación se vuelve menos eficaz. Esta es una situación normal y se maneja manteniendo las dosis en un rango moderado, por lo que el medicamento mantiene la efectividad clínica a lo largo del tiempo. De lo contrario, la escalada a dosis progresivamente más altas simplemente acelera el inicio de la tolerancia y la consiguiente ineficacia del fármaco.
- **Hiperalgesia inducida por opioides:** los estudios han demostrado que el uso crónico de opiáceos puede aumentar la sensibilidad al dolor. El dolor puede aumentar desproporcionadamente a los

hallazgos físicos. Los medicamentos pueden volverse dramáticamente menos efectivos con el tiempo. Si su condición de dolor no mejora o requiere cantidades cada vez mayores de narcótico, entonces puede tener esta condición. Puede ser necesario eliminar todos los opiáceos para detener este empeoramiento.

- **Peligros de la polifarmacia:** se sabe que ciertas combinaciones de medicamentos son peligrosas. Estas combinaciones pueden tener consecuencias graves, incluida la muerte. Las benzodiazepinas (Xanax, Klonopin, Valium, Ativan) son particularmente conocidas por causar depresión respiratoria y muerte en combinación con analgésicos. El consumo de cualquiera de estos medicamentos con alcohol aumenta significativamente el riesgo de muerte.

Debe informar a su médico si está tomando otros analgésicos, anfetaminas (para la pérdida de peso, TDAH, narcolepsia), antidepresivos, medicamentos para la psiquiatría, sedantes o medicamentos para dormir, relajantes musculares o drogas ilegales (incluida la marihuana). Las interacciones medicamentosas son peligrosas y provocan muertes evitables. Debe informar todos los medicamentos a su médico, incluidas las sustancias legales e ilegales.

Condiciones de tratamiento:

_____ Entiendo que se recetan medicamentos y se ofrece tratamiento para mejorar mi nivel general de funcionamiento. Debido a que mis medicamentos tienen complicaciones potenciales, se deben seguir las pautas para mi propia protección, seguridad y salud.

_____ Entiendo que no se otorgan segundas oportunidades.

_____ Entiendo que los Centros para el Manejo del Dolor de APAC se reservan el derecho de cambiar a terapia sin narcóticos en cualquier momento si está médicamente indicado.

_____ Entiendo que APAC se reserva el derecho de insistir en un tratamiento hospitalario o ambulatorio para la dependencia de narcóticos.

_____ Entiendo que no existe ningún derecho implícito o expreso del paciente a la terapia con narcóticos en el consultorio de un médico u hospital.

_____ Seguiré las recomendaciones hechas para el diagnóstico y tratamiento de mi condición de dolor. Entiendo que la no adherencia a cualquiera de estas pautas resultará en la terminación de los medicamentos o la terminación de mi atención.

_____ Acepto seguir las pautas de atención que se describen a continuación con precisión.

Pautas de cuidado:

1. Estoy de acuerdo en que los Centros para el Manejo del Dolor de APAC serán el único proveedor de mi dolor y mis medicamentos. No se me permite obtener analgésicos de ninguna otra fuente, incluida la sala de emergencias, el médico, el dentista o la clínica sin antes intentar comunicarme con APAC.
2. Los medicamentos perdidos o robados no se volverán a surtir ni se reemplazarán. Esto incluye la pérdida de medicamentos por pedido por correo. El almacenamiento y la administración seguros de sus medicamentos es la responsabilidad que asume cuando se le confía un tratamiento que implica el uso de medicamentos controlados.
3. Mantendré todas las citas programadas con la clínica o daré la notificación adecuada si no puedo asistir. Las cancelaciones repetidas de citas serán motivo de terminación de la atención.
4. Seguiré adelante con las recomendaciones apropiadas para la evaluación de mi condición médica, incluidos estudios de laboratorio, EMG, imágenes y consultas especializadas.
5. Seguiré con las recomendaciones de tratamiento adecuadas según lo acordado con mi médico. El manejo óptimo del dolor implica opciones de tratamiento multidisciplinario. Las opciones rara vez se limitan a los medicamentos. Otras opciones de tratamiento pueden incluir fisioterapia, tratamiento intervencionista del dolor, medicamentos no opioides y consulta psicológica.
6. De vez en cuando, se requieren pruebas de laboratorio para detectar la presencia de drogas legales e ilegales. Acepto participar y cumplir con los resultados de laboratorio. Las pruebas de toxicología de drogas se pueden solicitar al azar o de forma programada.
7. Acepto participar en el recuento de píldoras, que se solicitará de vez en cuando. Las desviaciones de las cantidades anticipadas de píldoras se interpretarán como evidencia de mal uso o desvío y pueden ser motivo para la terminación de la atención.

8. Si me quedo sin medicamentos antes de tiempo, tendré que esperar hasta la próxima visita programada regularmente. No se otorgarán resurtidos anticipados. Las solicitudes repetidas de reabastecimiento temprano se interpretarán como signos de mal uso o desvío.
9. Los reabastecimientos de medicamentos no se realizarán fuera del horario de atención, de guardia, durante los fines de semana ni en días festivos.
10. Se utilizará una sola farmacia para todos los medicamentos recetados.
11. Se obtendrá una revisión de su registro de recetas de farmacia (INSPECT) de vez en cuando. La presencia de múltiples proveedores de sustancias controladas se tomará como una indicación de desvío de drogas. Si está presente, este hallazgo resultará en el alta de la práctica.
12. Las recetas falsificadas intentan vender o intercambiar medicamentos, o la evidencia de desvío de drogas ilegales constituirá una violación de este acuerdo y resultará en el alta de la práctica.
13. Si los medicamentos no dan como resultado una mejora clínica y funcional, o si dejan de ser eficaces, se suspenderán. Se considerará un plan de tratamiento modificado, la derivación a un especialista u otras opciones de tratamiento.
14. Estoy de acuerdo en abstenerme de consumir alcohol o drogas ilícitas mientras tomo medicamentos narcóticos. El descubrimiento de estos puede resultar en la interrupción inmediata de los narcóticos o en una reducción de la dosis según sea clínicamente apropiado.
15. Conducir u operar maquinaria pesada mientras toma narcóticos es extremadamente peligroso. Los pacientes no pueden operar maquinaria o equipo mientras toman narcóticos.

Firma del paciente: _____ **Fecha:**_____

El término "proveedor (es) de atención médica" en este documento significa APAC, los Centros para el Manejo del Dolor, sus agentes y empleados, miembros del personal médico, sus agentes y empleados, y otros profesionales de la salud que brindan atención a los pacientes.

1. Entiendo que, como parte de mi atención médica, esta organización genera y mantiene registros médicos que describen mi historial médico, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan de atención, incluido el tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:
2. Base para planificar mi tratamiento de atención
3. Información utilizada para presentar mi reclamo ante la compañía de seguros (procedimiento y diagnóstico)
4. Medios mediante los cuales un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados se prestaron realmente.
5. Una herramienta para las operaciones de atención médica de rutina, incluida la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de su personal y / u otros proveedores de atención médica.

Entiendo que se me ha proporcionado el Aviso de prácticas de privacidad que contiene información más completa de usos y divulgaciones. Entiendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmar el consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar su notificación y prácticas en cualquier momento, y una copia de la notificación revisada estará disponible a pedido en la recepción de cada oficina. Entiendo que tengo derecho a restringir cómo se puede usar o divulgar mi información médica para realizar pagos, tratamientos u operaciones de atención médica y que la organización no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas. Por la presente, otorgo a todos los proveedores de atención médica involucrados en mi atención que administren los exámenes, tratamientos, pruebas y procedimientos que se consideren necesarios en el curso de mi atención.

_____ Iniciales

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA PROTEGIDA POR TELÉFONO AL CORREO DE VOZ

Doy mi consentimiento y autorización para que el personal médico o de facturación de APAC deje información médica protegida sobre mí o sobre mí en mi contestador automático o correo de voz a través del teléfono al número que he indicado a continuación. También autorizo a mi médico o miembro o su personal a hablar con las siguientes personas sobre mi estado de salud y mi atención. _____ Iniciales

Número de teléfono: _____ Individuo (s) designado (s): _____

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

La información sobre mí necesaria para fundamentar mis reclamos de seguro puede ser reincorporada por el proveedor de atención médica involucrado en mi atención. _____ Iniciales

RESPONSABILIDAD FINANCIERA / ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Para aquellos proveedores de atención médica que aceptan la asignación, por la presente autorizo a cualquier compañía de seguros con la que tenga una póliza a pagar directamente a ese proveedor cualquier beneficio de cualquier póliza de seguro a aquellos proveedores de atención médica que me hayan prestado servicios y que acepten tal asignación. Acepto pagar todos los cargos que no sean pagados en su totalidad por el seguro asignado. Si dichos montos adeudados a los proveedores de atención médica no se pagan después de un aviso razonable, esa cuenta se considerará morosa y se agregará un cargo por servicio al monto adeudado. Incluso en el caso de que no cumpla con el pago de mi cuenta, acepto ser responsable de los honorarios de cobro y estoy interesado en pagar los montos en mora, incluidos los costos judiciales y los honorarios razonables de abogados. Si la deuda se asigna a un tercero para su cobro, acepto ser responsable de las tarifas de cobro y los intereses adeudados sobre los montos de incumplimiento. Acepto los términos de la política de tarifas de cancelación de APAC, Centers for Pain Management.

_____ Iniciales

AUTORIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO DE POR VIDA DE MEDICARE

Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga a mí o en mi nombre a APAC, Centers for Pain Management por cualquier servicio que me brinde el médico / proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.

Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si se indica otro seguro médico en el artículo 9 del formulario de reclamación CMS-1500 o en otra parte de la reclamación aprobada o presentada electrónicamente. Mi firma autoriza la divulgación de información a la aseguradora o agencia que se muestra. En los casos asignados por Medicare, el médico o proveedor acuerda aceptar la determinación del cargo de la aseguradora de Medicare como el cargo total y el paciente es responsable únicamente por el deducible, el coseguro y el servicio no cubierto. El coseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo de la compañía de Medicare.

_____ _____

Firma Fecha

_____ _____

Testigo Fecha

APAC
Centers for Pain Management™

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Con el fin de continuar con mi atención de Manejo del dolor, yo, el abajo firmante, por la presente autorizo y consiento la divulgación de mis registros médicos a:

APAC Centers for Pain Management

11456 S. Broadway Crown Point, IN 46307 Tel: (219) 488-0154 Fax: (219) 756-8344	10215 W. Roosevelt Rd Suite 100 Westchester, IL 60154 Tel: (708) 483-7007 Fax: (708) 562-0129
2210 Dean St. Suite K St. Charles, IL 60175 Tel: (630) 584-4728 Fax: (708) 584-7199	5215 N. California Suite F715 Chicago, IL 60625 Tel: (773) 728-4296 Fax: (773) 728-0562
10448 S. Pulaski Rd Suite 4 Oak Lawn, IL 60453 Tel: (708) 483-7007 Fax: (708) 562-0129	425 Joliet Street Suite 400 Dyer, IN 46311 Tel: (219) 488-0154 Fax: (219) 756-8344

Patient Name: _____ **DOB:** _____
(Nombre del paciente) (Fecha de Nacimiento)

Patient Address: _____
(Dirección del Paciente)

Release this Information From (Name & address of Person or Institution):
Divulgar esta información de (nombre y dirección de la persona o institución):

_____

_____

Release the Following Health Information:
Divulgar la siguiente información de salud (nombre y dirección de la persona o institución):

☐ Entire medical record dated from _____ to _____
(Historial medico completo con fecha de) (a)

☐ The Following specific portions of the medical records:
(Las siguientes partes especificas de los registros médicos)

_____

Yo, el abajo firmante, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Por escrito, pero la solicitud seguirá siendo válida hasta que sea revocada o al vencimiento de sesenta (60) días, lo que ocurra primero, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas al respecto. Entiendo que estoy dando permiso para divulgar información médica, que puede incluir tratamiento para información física y / o relacionada con el VIH, SIDA o SIDA. Soy consciente de que la información recibida puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no está protegida por ninguna ley federal o estatal. Entiendo que autorizar esta divulgación es voluntario y tengo derecho a negarme a firmar esta autorización.

_____ _____
Signature of Patient or Personal Representative Date
(Firma del (la) Paciente o Representante Personal) (Fecha)

_____

Printed Name of Personal Representative / (Nombre Impreso del representante personal)

Witness / (Testigo): _____