



A P M I

Advanced Pain Medicine Institute

Reza Ghorbani, MD, ABIPP, FIPP
President and Medical Director

¡Bienvenidos y gracias por elegir APMI!

Nuestra misión es ofrecerle la más alta calidad en una manera eficiente, confortable y segura.

Este paquete incluye formularios médicos y de su seguro de salud, como también información y guías de su revisión. Amablemente llene los formularios adecuadamente y con información precisa y lea la información que esta adjunto.

En el transcurso del tiempo usted recibirá nuestros servicios, favor de sentirse cómodo a la hora de contactar cualquier miembro de nuestra oficina para cualquier pregunta.

Advanced Pain Medicine Institute

Usted también puede visitar nuestro sitio en internet:

www.APMIpractice.com

¡Gracias!

7501 Greenway Center Drive | Suite 660 | Greenbelt, MD 20770
5530 Wisconsin Avenue | Suite 1550 | Chevy Chase, MD 20815
Tel : 301-220-1333 | Fax : 301-220-1533

INFORMACION DEL PACIENTE

**FAVOR DE PROVEER SU SEGURO MEDICO Y UNA IDENTIFICACION
CON FOTO VALIDA**

Apellido: _____

Doctor primario: _____

Primer Nombre: _____

Fecha de nacimiento ___/___/___

Dirección: _____

Estado marital S C D

Ciudad _____ Estado _____

Seguro Social ___/___/___

Código Postal _____

Contacto de emergencia: _____

Tel. Primario: (____) _____

Nombre: _____

Tel Secundario: (____) _____

Tel #: _____

Tel del trabajo: (____) _____

Relación con el paciente: _____

Correo electrónico: _____

Empleador: _____

Estado: TC MT

Su número de teléfono primario y su correo electrónico recibirán confirmaciones y notificaciones.

**Si su visita está relacionada con un accidente de auto, favor de solicitar el PAQUETE DE ACCIDENTE
DE AUTO**

Si su cita está relacionada con una lesión en el trabajo:

Nombre de la compañía a la cual se le enviaran las cuentas médicas:

Número del reclamo: _____



Fecha del accidente: ____/____/____

Nombre del ajustador: _____

Número de teléfono: (____) _____

Seguro primario: _____ Titular de la póliza: _____

Número de la póliza: _____

Seguro secundario _____ Titular de la póliza: _____

Número de la poliza: _____

Por la presente autorizo _____ compañía de seguro a pagar por ACH, Mailor directamente a Advanced Pain Medicine Institute, LLC. Los gastos médicos, quirúrgicos y beneficios admisibles y pagables bajo mi presente poliza de seguro. Como pago hacia el total de los cargos por los servicios profesionales rendidos. Este pago no excederá mi endeudamiento a este cesionario, ni montos excedidos a lo acordado con la poliza.

En mi poliza actual prohíbe el pago directo al médico. Por la presente autorizo hacer un pago pagable hacia mi y enviar por correo a APMI, LLC. Este es un asignamiento directo de mis derechos y beneficios bajo esta política.

Política de financiamiento

Gracias por elegir APMI como su proveedor de cuidado de salud. Estamos comprometidos a proveerle los mejores cuidados médicos al menor costo posible. Favor de entender que el pago de sus cuentas médicas está considerado como parte de su tratamiento. Los pacientes que son responsables por su propia cobertura esperamos el pago completo por los servicios ofrecidos. Aceptamos dinero efectivo y tarjetas de crédito. Bajo ciertas circunstancias podríamos disponer de un plan de pago, pero nuestra oficina participa con la mayoría de seguros médicos. Como cortesía, contactaremos su proveedor de servicios de salud para confirmar la cobertura y el estimamos el pago por los servicios rendidos.

Nosotros requerimos un pago a la hora en la cual los servicios son rendidos, por la cual nosotros no tengamos que enviarle ninguna cuenta. Su pago inmediato por sus servicios, nos accede a mantener el control de los costos, la cual últimamente mantiene nuestras tarifas a un precio mínimo. Pacientes con pagos ya asignados por visita, deberían pagarse al inicio de la visita. Este pago aplicara a su responsabilidad por parte de su poliza.

Usted es responsable de obtener un **referido de parte de su doctor primario, si es requerido por su compañía de seguro.**

Favor de estar consciente que al hacer una consulta inicial con uno de nuestros proveedores de salud, está aceptando acatar las cuentas de su poliza por nuestros servicios.

Para mejor servicio a nuestros pacientes, requerimos que nos notifique **24 horas en Adelante si tiene alguna cancelación o desea cambiar su cita para alguna otra fecha** Si no asiste a su cita o hace algún cambio a la misma o a algún procedimiento quirúrgico con menos de 24 horas de anticipación, le cobraremos **\$35.00 por la cita médica y \$200.00 por las citas de procedimientos quirúrgicos.** El pago será cobrado en su próxima visita. Su compañía de seguro no cubre por estos gastos.

Cheques rebotados serán añadidos a su cuenta.

Nuestro equipo de trabajo está capacitado para responder cualquier pregunta que tenga acerca de la manera en como sus cuentas médicas han sido procesadas y enviadas a su compañía de seguro.

Deberíamos acordarle que su poliza de seguro es un contrato entre usted y su proveedor en caso de alguna disputa. APMI no es parte de su contrato por la cual no puede servir de mediador.

He leído y estoy de acuerdo con la poliza de financiamiento, sus términos y condiciones ya mencionados.

Fecha: ____/____/____ Firma: _____

POLITICAS DE LA OFICINA

Horas de trabajo / Citas

Paciente serán vistos SOLO POR CITA. Nuestra oficina generalmente está abierta de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., Lunes a Viernes.

Favor de ver la información de la localidad específica, para confirmar los días y las horas de trabajo.

Favor de llegar a tiempo a la hora de su cita. Tenemos un periodo de gracia de 15-minutos, si usted llega más de 15 minutos tardíos después de su hora programada, su cita será cambiada para otra fecha.

Registración

Para visitas iniciales con nuestra oficina, los pacientes deberían de llegar por lo menos 15 minutos con anticipación a su hora fijada. Después de haber llegado favor de registrarse con nuestra recepción.

Si usted es un paciente Nuevo, le requerimos que complete el paquete de paciente nuevo. Esto proveerá información valiosa a nuestros medicos, la cual estabilizara un historial médico y administrativo en su archivo. Si tiene alguna pregunta acerca de la información requerida, Favor de preguntar por asistencia para completar este formulario lo más pronto posible. Es su responsabilidad traer sus records medicos anteriores, resonancia magnética o Rayos X que haya tenido en el pasado en su visita inicial, así evitara visitas innecesarias y copagos adicionales.

Si usted es un paciente ya establecido, y la información de su seguro médico ha cambiado, por igual su dirección o su número de teléfono, favor dejarnos saber para poder actualizar su información adecuadamente.

Referimientos de su Doctor Primario

Favor de obtener todas las formas de referidos necesarias (si son requeridos por su seguro médico) de parte de su doctor primario anterior a su visita. Desafortunadamente, los pacientes no serán atendidos sin el referido apropiado.

Co-Pagos

Co-pago y deducibles, por igual balances acumulados, deben ser pagados a la hora de ser atendidos.

Uso de artefactos electrónicos

Para impedir el retraso y las interrupciones, por favor refrenarse de usar su teléfono celular o usar aparatos electrónicos en el área de tratamiento/consulta. Favor de apagar su Teléfono celular o póngalo en modo de silencio durante su consulta médica con el doctor. APMI reserva los derechos de posponer su cita por alguna distraccion o interrupciones ocurridas durante su visita.

He leído y entendido las politicas antes mencionadas.

Por la presente certifico que he recibido una copia de las politicas de la oficina.

Firma del paciente o Parte responsable: _____ Fecha: ____/____/____

Administración de medicamentos

Para asegurarnos de que sus necesidades de medicamentos sean cumplidas en el tiempo oportuno, requerimos que solicite una cita 2 semanas antes de la fecha en la que se terminarán sus medicamentos, para así programar una cita adecuada.

Todos los pacientes que reciben/recibirán narcóticos se les pedirá que firmen **Un acuerdo de administración de medicamentos**, la cual describirá las políticas relacionadas con la utilización del uso de medicamentos con recetas, y monitoreo. Habrá una copia disponible para el paciente y la otra se guardará en su archivo clínico.

Si usted está recibiendo medicamentos para el dolor de parte de otro proveedor de salud, antes de ser nuestro paciente, tenga entendido que **NO hay garantía que recibirá los mismos medicamentos de parte de nosotros.**

LOS ENFRENTAMIENTOS CON NADIE EN LA OFICINA SERAN TOLERADOS.

APMI se centra más en un enfoque interdisciplinario para el manejo del dolor con el fin de lograr mejores resultados terapéuticos; Administración de medicamentos NO es el principal enfoque de nuestra práctica. Si su propósito solo es venir por medicamentos, estaremos encantados de referirlo a otro médico la cual lo pueda ayudar con la prescripción de sus medicamentos.

Formularios/Records Medicos

Si usted tiene formularios que necesitan ser completados, usted será responsable de traerlos a la oficina lo más pronto posible para prevenir algún retraso a la hora completarlos y someterlos. La tarifa por estos formularios dependerá de la complejidad de los mismos y el tiempo requerido a la hora de completarlos.

\$50.00 to \$400.00 Favor de preguntar a la recepción un estimado.

Transportación, placas de parqueos, situación laboral, y FMLA formularios, el paciente deberá ser visto en una visita de seguimiento para la propia completación del mismo. La tarifa por los records medicos será \$0.76 por página y el cobro de la recuperación de \$22.88. La entrega a tiempo de los formularios ya completados dependerá del tipo del mismo y podría demorarse 2 o más semanas para ser completados.

Area de espera/ Etiquetas de la oficina

Como cortesía para otros pacientes y de acuerdo con las leyes de privacidad, **FAVOR REFERIRSE EN DISCUTIR SU CONDICION MEDICA Y SUS MEDICAMENTOS** mientras este en el área de espera.

NO COMIDA NI BEBIDAS serán permitidas en la oficina.

Refrene a traer cierta cantidad de personas con usted, ya que el área de espera es un espacio **limitado**. Solo pacientes serán admitidos en el cuarto de consulta, al menos que requiera de alguna ayuda física. Favor de refrenarse de traer Niños a la oficina. Si ha de traer algún niño a la oficina y su comportamiento no es debido e interrumpe nuestra practica laboral, AMPI reserve el derecho de posponer su cita para otra fecha.

Aviso de prácticas de privacidad:

Por la presente reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de APMI. Entiendo que tengo los derechos de oponerme a firmar este aviso si así lo prefiero.

Firma del paciente o Representante legal: _____ Fecha: ____/____/____

Intentamos obtener un reconocimiento por escrito del recibo de nuestro aviso de prácticas de privacidad en la siguiente fecha: ____/____/____ pero el reconocimiento no pudo ser obtenido por lo siguiente:

____ Paciente/representante se opuso a firmar

____ Una situación de emergencia nos previno de obtener un reconocimiento de este aviso en este instante.

(Explique) _____

AUTORIZACION PARA DISCUTIR INFORMACION CON UNA PERSONA DESIGNADA

La mayoría de veces es difícil tratar de comunicarnos con el paciente para discutir citas, medicamentos u otras informaciones permitentes al cuidado del paciente. En el evento con su autorización podremos discutir tal información con la persona designada Favor de completar la siguiente sección:

Por la presente autorizo a Advanced Pain Medicine Institute a discutir cualquier información requerida en el curso de mi examinación o tratamiento a la siguiente persona (s) designada.

Nombre del designado/a: _____

Número de teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

____ NINGUNO

Estoy de acuerdo con lo anterior

Paciente o guardian legal

Fecha

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

La meta de Advanced Pain Medicine Institute (APMI) es tratarlo usando terapias múltiples. Nuestras metas terapéuticas incluyen mejorar la calidad de vida sin exponerlo a periodos alargados que arriesguen su salud asociados con el uso de elevadas dosis de narcóticos crónicos. En APMI no prescribimos bajo ninguna circunstancia alta dosis de narcóticos. Nos esforzamos por aliviar su dolor usando los más últimos e innovadores procedimientos intervencionales

Si usted es un Nuevo paciente o paga al contado (sin seguro médico), favor de tener en cuenta que APMI es una práctica especializada, el propósito de su visita es para una consulta requerida por otro proveedor de salud.

Esto significa que no le garantizamos que recibirá alguna prescripción de narcóticos. Su pago cubrirá solo la consulta, Ninguna prescripción de narcóticos.

Favor de leer este documento (CONTRATO DEL DOLOR) cuidadosamente porque será parte de nuestro record médico.

ENTIENDO QUE TENGO LAS SIGUIENTES RESPONSABILIDADES:

Solo recibiré narcóticos y medicamentos para el dolor prescritos únicamente por los proveedores de salud de APMI. Solo usare una Farmacia para llenar las prescripciones.

Acepto mantener mis medicamentos en un lugar seguro, y si mis medicamentos se pierden o han sido robados, dañados o puestos en algún otro lugar, no tendré el reemplazo de ellos anterior a mi próxima visita.

Los Narcóticos son sustancias controladas por la agencia de lucha contra las drogas y entiendo que el compartir, vender y/o prestar medicamentos es una felonía y no será tolerado por APMI.

Entiendo que la dosis de cualquier medicamento para el dolor prescrita por un proveedor de salud de APMI, será juzgada a la discreción del proveedor NO del paciente. Si se acaban los medicamentos antes de lo debido es una directa violación a este acuerdo.

Acepto someterme a exámenes de orina o saliva, para chequeo de drogas, si alguno es requerido. También entiendo que este procedimiento podría ser espontáneo si es requerido. La falta de proveer una muestra de saliva/orina, resultará en la discontinuación de su tratamiento con narcóticos.

Entiendo que si mi examen de ORINA resulta positivo por el uso de sustancias ilícitas, tales como marihuana, cocaína o metanfetaminas, no seré elegible para tratamientos con narcóticos, independientemente de algún tratamiento en el pasado.

A. Entiendo que UN resultado anormal de mi urianalisis, podría requerir un examen en cada visita. **NO HABRA EXEPCIONES A ESTE TERMINO EN ESTE CONTRATO.**

B. Entiendo que 2 resultados positivos consecutivos de sustancias ilícitas podría ponerlo no elegible para futuros tratamientos con narcóticos.

Yo entiendo que si un medicamento recetado no está presente en los resultados de la muestra de orina/saliva solicitado, se le proporcionara con una oferta limitada de medicamentos a discreción del médico, y se le pedirá volver poco después del repetido estudio.

A. Entiendo que 2 consecutivos UA que resulten negativos por los medicamentos ya prescritos será motivo para la interrupción del tratamiento con narcóticos.

B. Entiendo que en cualquier momento el médico puede pedir los frascos de los medicamentos ya prescritos, para verificar el cumplimiento con el tratamiento.

En APMI los planes de tratamiento son determinados por los médicos con licencia y Asistentes al proveedor de salud. Las prescripciones son dispensadas en base al juicio y evaluación, independientemente de tratamientos previos de otros proveedores de salud. Firmar y estar de acuerdo con los términos de tal no le garantiza o da derecho al el tratamiento con narcóticos. Por la presente firmo este tratamiento voluntariamente y estoy de acuerdo a acoplarme a los términos de tal.

Firma del paciente

Fecha

Reza Ghorbani, MD

Doctor Primario

Número Telefónico

Farmacia

calle, ciudad, estado

Número Telefónico