

CUENTA: _____



MEDICAL CARE

"Medical Care with a Heart."

www.medicalcarepllc.com

TELÉFONO: (423)929-2584 • FAX: (423) 722-2060

POR FAVOR UTILICE TINTA NEGRA Y PRESIONE FIRMEMENTE

Gracias por tomarse el tiempo para completar la información a continuación. Es necesario que Medical Care, PLLC actualice el historial de cada paciente anualmente para satisfacer las necesidades médicas del paciente. Por favor asegúrese de que cada pregunta se responda correctamente. La información incorrecta o faltante puede resultar en problemas con la presentación del seguro y/o no comunicarse con el paciente con información importante.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Segundo: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Calle (incluir Apto/Lote#) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Sexo de nacimiento: Masculino ___ Femenina ___ Dirección postal (si es diferente): _____

Teléfono de casa:(____) _____ Diurno/Trabajo:(____) _____ Móvil:(____) _____

Número de Seguro Social del Paciente: _____ Estado civil: _____

Correo electrónico: _____ Rechazar ___ No tener ___

Contacto de emergencia: _____ Nombre/Relación: _____

Grupo Étnico - Hispano/Latino: Sí ___ No ___

Carrera: Blanco ___ Negro / afroamericano ___ Asian ___ Indio americano/de Alaska ___ Otro ___

Identidad de género: _____

Orientación sexual: _____

Lenguaje primario: INGLÉS ESPAÑOL CHINO COREANO OTRO

Método de comunicación preferido: Teléfono ___ Móvil ___ Texto ___ Correo electrónico ___ Carta ___

¿Es Medical Care su proveedor de atención primaria (PCP)? Sí ___ No ___ Si no, ¿quién es su PCP? _____

Información del pago: DINERO SEGURO PRIVADO SEGURO MÉDICO DEL ESTADO TENNCARE

PARTE RESPONSABLE (OBLIGATORIO SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS)

Nombre: _____ Segundo: _____ Apellido: _____

Calle (incluya Apto/Lote#): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Relación con el paciente: _____ Si es estudiante, nombre de la escuela: _____

INFORMACIÓN DE LA TARJETA DE SEGURO (SI EL NOMBRE DEL PACIENTE ES DIFERENTE AL DE LA TARJETA)

Nombre: _____ Segundo: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Relación con el paciente: _____



MEDICAL CARE

"Medical Care with a Heart."

Revised 12/23

Gray Office
132 Old Gray Station Road

Johnson City Office
401 East Main Street

Elizabethton Office
1500 West Elk Avenue

Hampton Office
437 Highway 321

www.medicalcarepllc.com

TELÉFONO: (423)929-2584 • **FAX** (423) 722-2060

POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD DE EXPEDIENTES MÉDICOS E INFORMACIÓN DEL PACIENTE

De conformidad con las regulaciones estatales y federales, Medical Care no divulgará los registros médicos de un individuo ni información sin la autorización escrita del paciente. El paciente puede restringir o revocar la autorización para divulgar información médica en cualquier momento. Le pedimos que nos indique qué información médica se puede compartir, con quién y por qué medio de comunicación.

¿Puede Medical Care comunicarse con usted por teléfono y, si no hay respuesta, dejarle un mensaje para citas, referencias, programación, recetas, laboratorios u otros resultados de pruebas, etc.?

SÍ NO

Método de comunicación preferido para recordatorios de servicios, como programación/referencias, recordatorios de estados de cuenta, recordatorios de citas y resultados de exámenes médicos:

Teléfono móvil Teléfono de casa Carta Correo electrónico

¿Podemos enviarte un mensaje de texto? SÍ NO Operador de telefonía celular: _____

Si Atención Médica no puede comunicarse con usted, ¿hay otra persona con quien podamos discutir su información médica? Por favor indique los números de teléfono de relación/contacto:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono# _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono# _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono# _____

Si el paciente es menor de edad, autorizo a las siguientes personas a traer a mi hijo o dependiente a Atención Médica para recibir tratamiento:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono# _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono# _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono# _____

TODOS LOS PACIENTES: PAGO EN EFECTIVO, TENNCARE, MEDICARE Y SEGURO PRIVADO

Doy mi consentimiento para el tratamiento y acepto ser financieramente responsable de cualquier servicio y pagar los cargos necesarios para cobrar, incluidos, entre otros, honorarios de cobro, honorarios de abogados y costos judiciales.

Firmado: _____ Nombre del paciente impreso: _____

Fecha: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Seguro

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar los reclamos. Autorizo el pago de beneficios médicos a Medical Care, PLLC o al proveedor designado por los servicios profesionales prestados. Acepto ser responsable de los cargos no pagados por mi seguro (co-pago, deducible, servicios no cubiertos, etc.). No podemos facturarle a su compañía de seguros a menos que nos proporcione su compañía de seguros correcta; No somos parte de ese contrato. Tenga en cuenta que algunos, y quizás todos, los servicios que se le brindan pueden no estar cubiertos y no considerarse razonables y necesarios según el programa Medicare y/o el seguro médico.

Papeleo (FMLA, discapacidad, etc.)

Todo el papeleo debe completarse en el momento de la ovisita; No se puede completar ningún trámite sin que el paciente esté presente.

ACCOUNT: _____



MEDICAL CARE

"Medical Care with a Heart."

www.medicalcarepllc.com

TÉLFONO: (423)929-2584 • **FAX** (423) 542-5109

DONE: _____

BY: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Seguridad Social:** _____

1. Autorizo el uso de la divulgación de la información de salud de la persona mencionada anteriormente como se describe a continuación:

2. La siguiente persona u organización está autorizada a divulgar/recibir la información de salud autorizada:

Nombre del grupo: _____ **Nombre del médico:** _____

DIRECCIÓN: _____

Número de teléfono: _____ **Número de fax:** _____

3. Medical Care, PLLC está autorizado a recibir/divulgar la información de salud autorizada:

- Medical Care, PLLC • 1500 West Elk Avenue • Elizabethton, TN 37643
- Fax: (423) 542-5109
- records@medicalcarepllc.com

4. El tipo y cantidad de información que se utilizará o divulgará es el siguiente: (incluya fechas cuando corresponda)

- Todos los registros DURANTE LOS ÚLTIMOS 18 MESES
- Lista de medicamentos
- Lista de alergias
- Cartilla de vacunación
- Historia física y antecedentes más recientes
- Resumen de alta más reciente
- Resultados de laboratorio de (fecha) ____ / ____ / ____ a (fecha) ____ / ____ / ____ o todos ____
- Informes de radiología de (fecha) ____ / ____ / ____ a (fecha) ____ / ____ / ____ o todos ____
- Otro _____

5. Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual enfermedad, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

6. Esta información puede ser divulgada y utilizada por la siguiente persona u organización con fines de tratamiento médico: **Medical Care, PLLC • 1500 West Elk Avenue • Elizabethton, TN 37643**

7. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento de gestión de información de salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza. **A menos que se revoque lo contrario, esta autorización vencerá en la siguiente fecha:** _____

Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en un año.

8. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esto autorización para ser utilizado o divulgado, según lo dispuesto en CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las leyes federales reglas confidencialmente. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con registros médicos.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Si está firmado por el representante legal, relación con el paciente

Firma del testigo



MEDICAL CARE

"Medical Care with a Heart."

Revised 12/23

Gray Office
132 Old Gray Station Road

Johnson City Office
401 East Main Street

Elizabethton Office
1500 West Elk Avenue

Hampton Office
437 Highway 321

www.medicalcarepllc.com

TELÉFONO: (423)929-2584 • FAX (423) 722-2060

INFORMACIÓN SOBRE OPIOIDES Y POLÍTICA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La atención médica es muy conservadora en el uso de cualquier medicamento controlado. El propósito de este formulario es educar e informar a todos nuestros pacientes sobre los riesgos/beneficios de los medicamentos controlados y nuestra política sobre su uso en esta práctica. Lea esto en su totalidad y, si desea llevarse una copia a casa, le proporcionaremos una.

Para los pacientes nuevos, es importante tener en cuenta que una prescripción previa de analgésicos opioides, benzodiazepinas o cualquier otro medicamento controlado no garantiza que nuestra práctica prescriba esos medicamentos. Un proveedor evaluará cada caso individualmente para decidir si estos medicamentos son necesarios. Esto a menudo requerirá registros de médicos anteriores. En la primera visita se debe esperar que no se prescriba medicación crónica controlada previamente. Haremos todo lo posible para tratar el dolor, particularmente el dolor crónico, con otras opciones.

Cada paciente debe proporcionar un historial personal completo de medicamentos. Esto incluye todos los medicamentos, pero especialmente el abuso de sustancias previo o la adicción a cualquier sustancia, incluida la marihuana, la cocaína, el alcohol, los opiáceos y las benzodiazepinas. La adicción previa a cualquier droga aumenta en gran medida el riesgo de uso de todos los medicamentos controlados.

Si se necesita un medicamento opioide, será sólo a modo de prueba. Su proveedor determinará la continuación y cualquier cambio en la dosis del medicamento opioide en función del alivio del dolor, la mejora funcional, los efectos secundarios y el cumplimiento de las instrucciones. El proveedor puede cambiar la dosis o suspender el tratamiento por cualquier motivo.

Los opioides no son la única opción para el tratamiento del dolor. Los tratamientos alternativos incluyen medicamentos antiinflamatorios no esteroides, esteroides, relajantes musculares, gabapentinoides, fisioterapia, masajes, tratamientos quiroprácticos, inyecciones locales, terapias tópicas y cirugías. En muchos casos, estas terapias serán las preferidas y elegidas debido a su menor riesgo y su eficacia comprobada. El riesgo y el beneficio de cada una de estas terapias se discutirán de forma individual. Es importante comprender que no se puede esperar que ningún medicamento elimine todo el dolor. La reducción del dolor es el objetivo de todos los tratamientos para el control del dolor. Los analgésicos opioides no corrigen problemas físicos ni lesiones y se utilizan únicamente para reducir el sufrimiento y mejorar la funcionalidad cuando es posible.

Tomar narcóticos/opioides mientras se toman benzodiazepinas puede presentar ciertos riesgos y efectos secundarios. Estos riesgos y efectos secundarios incluyen, entre otros, los siguientes:

- Reacción alérgica (consulte inmediatamente a su proveedor)
- Adicción: implica el uso compulsivo de una sustancia para fines no deseados. Se caracteriza por el comportamiento que incluye lo siguiente: control deficiente sobre el uso de drogas, uso compulsivo, uso continuo a pesar del daño o consecuencias y antojos
- Dependencia física de las propiedades del medicamento. Suspender abruptamente estos medicamentos causará una respuesta de retirada. Si se suspende el medicamento o se reduce rápidamente la dosis después de un uso prolongado, se produce secreción nasal, Bostezos, pupilas dilatadas, dolor abdominal, calambres, diarrea, irritabilidad, dolores corporales y síntomas similares a los de la gripe. resultado probable. Estos pueden ser muy dolorosos pero generalmente no ponen en peligro la vida. La dependencia física no es igual diccion. La probabilidad de seguir usando opioides a largo plazo aumenta más dramáticamente después del quinto y quinto año. 31 días de terapia; después de la segunda prescripción de opioides; o con suministros para 10 y 30 días. (CDC, 2017)
- Tolerancia: la exposición a la droga induce cambios que resultan en una disminución de los efectos de la droga con el tiempo
- Sobredosis (que puede provocar la muerte al disminuir la respiración)
- No proporcionar alivio del dolor
- Somnolencia, somnolencia, mareos, confusión, reflejos y reacciones más lentos
- Juicio deteriorado e incapacidad para operar máquinas o conducir vehículos de motor
- Náuseas, vómitos y/o estreñimiento
- Picor
- Cambios en la función sexual

PARA MUJERES EN EDAD fértil CON CAPACIDAD REPRODUCTIVA SOLAMENTE (SEGÚN LA LEY DE TENNESSEE, EDADES DE 15 A 44 AÑOS):

Riesgos asociados con el uso de opioides durante el embarazo

El uso de medicamentos narcóticos/opioides plantea riesgos especiales para las mujeres que están embarazadas o que pueden quedar embarazadas. Tomar analgésicos opioides u opioides ilícitos como la heroína durante el embarazo significa que el bebé puede depender físicamente de los opioides (lo que se denomina “síndrome de abstinencia neonatal”), lo cual es muy perjudicial para el bebé. El síndrome de abstinencia neonatal es una afección en la que un bebé recién nacido presenta síntomas de abstinencia después de haber estado expuesto a opioides mientras estaba en el útero. Pueden ocurrir defectos de nacimiento si toma un opioide durante el embarazo. Las consecuencias a largo plazo en el desarrollo de un niño expuesto a opioides no se comprenden completamente ni se pueden predecir, pero podrían ser perjudiciales para el niño.

Asesoramiento sobre control de la natalidad

Si se va a utilizar un medicamento opioide en mujeres en edad fértil, se necesitan métodos anticonceptivos (o anticonceptivos) para reducir las posibilidades de quedar embarazada mientras reciben tratamiento con un medicamento narcótico/opioide. El proveedor de atención médica y el prescriptor asesorarán a cada mujer sobre las formas apropiadas y efectivas de opciones anticonceptivas. Sin medidas anticonceptivas adecuadas, la terapia para el control del dolor con opioides probablemente no sea una opción.

Iniciales de reconocimiento del paciente: _____

ACUERDO DEL PACIENTE

- No consumiré ninguna sustancia ilícita, como cocaína, marihuana, anfetaminas o sistema nervioso central legal. depresivos como el alcohol mientras toma medicamentos controlados recetados. Hacerlo resultará en la interrupción del tratamiento y posiblemente en el alta de esta práctica.
- Si planeo quedar embarazada o creo que quedé embarazada mientras tomo medicamentos opioides, llamaré inmediatamente a mi obstetra y a esta oficina para informarles.
- Tomaré cualquier medicamento controlado únicamente según lo recetado y no cambiaré la cantidad ni la frecuencia de la dosis sin la autorización de mi proveedor (excepto en caso de una reacción alérgica). Los medicamentos prescritos (PRN), sólo deben tomarse según sea necesario. Además, entiendo que los cambios pueden provocar que se acaben los medicamentos antes de tiempo y que no se permitirán resurtidos anticipados. Esto puede provocar síntomas de abstinencia.
- Obtendré mis recetas de opioides únicamente de mi proveedor o, durante su ausencia, del proveedor que cubre. No se aceptarán las solicitudes de analgésicos del proveedor de guardia (noches y fines de semana). Los medicamentos controlados no se reabastecerán por teléfono. La obtención de medicamentos controlados por parte de otro proveedor puede resultar en la interrupción del tratamiento o el despido de esta práctica. El proveedor revisará periódicamente el sitio web de la Base de datos de monitoreo de sustancias controladas (CSMD).
- La farmacia que he seleccionado es:
- Me someteré a recuentos aleatorios de pastillas y análisis de drogas en orina y/o sangre según lo solicite mi proveedor para poder controlar mi tratamiento. Entiendo que la presencia de sustancias no autorizadas en mi orina o sangre puede provocar una derivación para una evaluación de adicción y podría resultar en la interrupción de más recetas de opioides. También entiendo que el incumplimiento de estas reglas puede dar lugar a que mi proveedor me despida de la atención después de un período de emergencia de 30 días únicamente.
- No compartiré, venderé ni permitiré que otros tengan acceso a este medicamento y lo guardaré en un lugar seguro. No se reemplazarán las recetas perdidas o robadas.
- Entiendo que puede ser necesaria una derivación a un especialista en el manejo del dolor. Si solicita una derivación para el tratamiento del dolor, haremos todo lo posible para proporcionar esa derivación; sin embargo, la derivación no siempre es posible si el médico especialista en el tratamiento del dolor la rechaza.
- Entiendo que el médico que prescribe puede suspender o cambiar los medicamentos en cualquier momento.
- Entiendo que aceptar esta política no garantiza el tratamiento continuo con medicamentos controlados.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído la información anterior o me la han leído y la entiendo toda. Todas mis preguntas sobre el tratamiento del dolor con opioides me han respondido satisfactoriamente.

Firma del paciente

Fecha

Nombre impreso de la persona que da su consentimiento