



## AUTORIZACIÓN GENERAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO

[El paciente/tutor o representante legal del paciente] permite que los médicos, otros proveedores de atención médica autorizados y el personal de la clínica o centro de cirugía ambulatoria afiliado a Central Florida Pain Management (e identificados anteriormente) realicen pruebas y otros servicios que consideren necesarios para mi atención. Entiendo que tengo derecho a tomar decisiones informadas sobre mi tratamiento de atención médica y a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento. Estos pueden incluir, entre otros; signos vitales, análisis de laboratorio, extracción de sangre para análisis de laboratorio, radiografías y otros servicios de diagnóstico por imágenes. Comprendo que, excepto en caso de emergencia, cualquier otro tratamiento o procedimiento se llevará a cabo solo después de que se me haya informado de los beneficios, los riesgos materiales y las posibles complicaciones asociadas, y después de haber dado mi autorización.

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

\_\_\_\_\_  
Firma

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Padre o tutor (si corresponde): firma

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Padre/madre o tutor: nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Representante legal del paciente (si corresponde): firma

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Representante legal del padre/madre: nombre en letra de imprenta

## **NORMATIVA FINANCIERA**

Esta normativa financiera es proporcionada a usted por **Central Florida Pain Management** en nombre de sus profesionales de atención médica afiliados y centros de cirugía ambulatoria. Tal como se usa en este formulario, "usted" se refiere al paciente cuyo nombre se encuentra impreso a continuación. "Nosotros", "nos" y "nuestro" se refiere a la clínica y al personal que le proporciona tratamiento y atención médica y, si corresponde, el centro quirúrgico ambulatorio y el personal donde se le realizan los procedimientos y otros servicios.

Estamos comprometidos a proporcionarle el mejor servicio y atención posibles, y creemos que el hecho de que usted comprenda nuestras normativas financieras es un elemento esencial de su atención y tratamiento. Le solicitamos que lea la siguiente normativa financiera y la firme. Si tiene alguna pregunta o inquietud, consulte a nuestro personal.

### **SEGURO**

Como parte responsable, debe proporcionarnos información actualizada sobre su seguro. Conservaremos una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro en el expediente. Infórmenos sobre cualquier cambio en la cobertura de su seguro de inmediato por teléfono o cuando llegue a su cita. Es posible que deba pagar el monto total si cambia de seguro y no nos lo notifica.

### **DERIVACIONES**

Si su plan de seguro exige derivaciones de su PCP a nuestro consultorio, USTED es responsable de obtenerlas. Si no obtiene una derivación obligatoria de su PCP, es posible que deba pagar el monto total de los servicios prestados. Consulte con su plan de salud o compañía de seguros si no sabe si es necesaria una derivación para recibir atención en nuestro consultorio.

### **Responsabilidades del paciente**

Los copagos deben pagarse al momento de recibir el servicio. Venga preparado para pagar el copago del especialista en cada visita; en caso contrario, es posible que debamos reprogramarla.

### **CESIÓN DE BENEFICIOS Y RESPONSABILIDAD DE PAGO**

Como cortesía, enviaremos sus facturas a su(s) compañía(s) de seguros para su procesamiento. Al firmar a continuación, le otorga a Central Florida Pain Management el derecho de divulgar sus registros médicos e información a sus proveedores de seguros disponibles u otros terceros pagadores para

recibir el pago por los servicios prestados por Central Florida Pain Management. Usted cede el pago que, de otro modo, le sería pagadero a usted por parte de Medicare, Medicaid, compañías de seguros, planes de beneficios de salud del empleado y otros terceros pagadores a Central Florida Pain Management y sus centros de atención médica, consultorios y profesionales afiliados que le proporcionan servicios, atención o tratamiento. Todo saldo adeudado después del procesamiento del seguro será su responsabilidad y se pagará una vez recibido. **Si no paga la totalidad del saldo en un plazo de 60 días, es posible que no se lo atienda en el consultorio hasta que lo cancele. El incumplimiento de pago resultará en la imposibilidad de programar citas futuras.**

### **MEDICARE**

Los pacientes de Medicare son responsables de su franquicia anual, coseguro y cualquier servicio no cubierto que usted acepte pagar (Aviso anticipado al beneficiario). Facturaremos a su seguro secundario, según corresponda, para que se procese de acuerdo con su plan. Cualquier saldo adeudado después del procesamiento del seguro será su responsabilidad y se pagará una vez recibido.

### **ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO**

Si sus cargos están relacionados con un accidente automovilístico y tiene cobertura de Med Pay o Protección contra lesiones personales (PIP, por sus siglas en inglés), le facturaremos a su compañía de seguros de automóviles. El saldo no cubierto por su aseguradora es su responsabilidad.

### **INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO**

Enviaremos todas las reclamaciones a su aseguradora de indemnización laboral solo si nos comunica que tiene una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo y que ha presentado o tiene la intención de presentar una reclamación de cobertura de seguro de indemnización laboral. Usted acepta que puede ser financieramente responsable por el tratamiento y los servicios prestados si no nos comunica que su visita está relacionada con una lesión o enfermedad en conexión con el trabajo, y que ha presentado o presentará una reclamación por la cobertura del seguro de indemnización laboral.

### **PACIENTES SIN SEGURO**

A los pacientes se les cobra un honorario por la tarifa del servicio. Los pagos se deben hacer al momento de recibir el servicio.

## TARIFAS POR CANCELACIÓN TARDÍA/NO PRESENTACIÓN

Exigimos que cancele sus citas con 24 horas de antelación. Si cancela su cita sin la suficiente antelación o si no se presenta a la cita, nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de \$75,00 por no haber acudido y \$200,00 por un procedimiento no realizado. La tarifa debe abonarse antes de reprogramar la cita a la que no acudió.

## CHEQUES DEVUELTOS

Cada cheque devuelto está sujeto a un cargo por servicio de \$25,00.

He leído, comprendo y acepto la normativa financiera mencionada.

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

\_\_\_\_\_  
Firma

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Padre o tutor (si corresponde): firma

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Padre/madre o tutor: nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Representante legal del paciente (si corresponde): firma

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Representante legal del padre/madre: nombre en letra de imprenta



## AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR DETERMINADOS MÉTODOS DE COMUNICACIÓN

Al firmar a continuación o proporcionar mi número de teléfono a CFPM [**tutor o representante legal** del paciente/paciente], autorizo y doy mi consentimiento expreso para recibir SMS/mensajes de texto y llamadas telefónicas de o en nombre de CFPM o en nombre de este organismo, sus centros, consultorios, profesionales afiliados, sus socios y afiliados, a cualquier número de teléfono que proporcione en este momento o más adelante. Esto incluye mensajes de texto y llamadas realizadas mediante tecnología de marcado automatizado y mensajes pregrabados, y abarca, entre otros: llamadas y textos que contengan publicidad o se relacionen con el cobro de deudas y aquellos relacionados con la atención médica. Entiendo que mi autorización no es una condición para comprar ni recibir ningún servicio, y que puedo revocarla en cualquier momento. Entiendo que si no deseo recibir llamadas o SMS/mensajes de texto, o que si, más tarde deseo retirar mi autorización, es mi responsabilidad enviar **un correo electrónico a Team@TreatingPain.com, llamar al (855)-836-7246 o responder "STOP" a un mensaje de texto**. Para cada número de teléfono proporcionado a continuación, declaro que estoy autorizado para dar esta autorización con respecto a ese número de teléfono y en nombre de todos los usuarios de este. Además, acepto notificar a CFPM de inmediato en caso de que cualquiera de los números de teléfono que se muestran a continuación cambie o ya no esté registrado a mi nombre. Por la presente, declaro haber leído y aceptar todos los términos de esta autorización.

Autorizo a recibir llamadas telefónicas, mensajes de voz y de texto en los siguientes números de teléfono: **[NO PROPORCIONE NINGÚN NÚMERO DE TELÉFONO SI NO DESEA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO O MENSAJES GRABADOS]**

N.º de teléfono fijo \_\_\_\_\_

N.º de teléfono celular \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

**Si se produjera algún cambio en esta información, usted entiende que debe notificarnos por escrito.**

## ACCESO A MI INFORMACIÓN

A continuación, enumere los nombres de las personas que puedan necesitar hablar con nosotros en relación con su información médica. **CFPM puede divulgar mi información médica a las siguientes personas:**

Nombre _____	Relación _____
Nombre _____	Relación _____
Nombre _____	Relación _____

**Si se produjera algún cambio en esta información, usted entiende que debe notificarnos por escrito.**

**ACUSE DE RECIBO SOBRE AUDIO/VIDEO**

Tenga en cuenta que, a fin de permitirnos garantizar mejor el cumplimiento de las leyes y regulaciones de privacidad y seguridad de la ley HIPPA, y en reconocimiento de las preocupaciones legítimas de privacidad de nuestros pacientes y personal, el uso de cualquier dispositivo de grabación de audio o video en este consultorio por parte de pacientes u otros visitantes (incluidos, entre otros, teléfonos celulares) está estrictamente prohibido.

Nos reservamos el derecho de dar de baja a cualquier paciente, según lo permita la ley estatal, si se determina que este (o cualquier persona que lo acompaña) infringe esta normativa. Agradecemos su comprensión y cooperación.

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

Fecha: \_\_\_\_\_

**Firma**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Padre o tutor (si corresponde): firma**

**Padre/madre o tutor: nombre en letra de imprenta**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Representante legal del paciente (si corresponde): firma**

**Representante legal del padre/madre: nombre en letra de imprenta**



## **Autorización de Acceso al Historial de Medicación**

Central Florida Pain Management utiliza tecnología segura para conectarse a los datos de su historial de medicamentos almacenados en las farmacias comunitarias y en las bases de datos de los administradores de beneficios farmacéuticos. Esto permite a nuestros proveedores de atención médica tomar decisiones informadas sobre su atención.

Al firmar a continuación, otorga permiso para que nuestros proveedores accedan electrónicamente a su historial de medicamentos. Usted comprende que esta información se utilizará únicamente para su tratamiento y atención.

Tenga en cuenta que tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Sin embargo, rechazar o revocar la autorización puede limitar nuestra capacidad de brindar atención integral.

---

Nombre del paciente

---

Firma del Paciente o Representante Legal del Paciente

---

Fecha



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

He recibido una copia de otro documento, titulado "Aviso de prácticas de privacidad", que describe las prácticas de privacidad de CFPM y mis derechos con respecto a la privacidad de mi información médica protegida.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PACIENTE** (o representante)

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

**SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO**

Hemos hecho todos los esfuerzos posibles por obtener el acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad de parte de este paciente, pero no se pudo obtener debido a lo siguiente:

- El paciente se negó a firmar
- Situación de emergencia
- Otros (especifique)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Sus derechos y responsabilidades como paciente

El tratamiento de calidad que puede esperar de nosotros

## DERECHOS DEL PACIENTE

El paciente tiene derecho a:

- Ser informado de sus derechos con anticipación antes de recibir atención. Puede designar a un representante para recibir esta información.
- Gozar de estos derechos independientemente de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la orientación sexual, la religión, la discapacidad física o la forma de pago.
- Contar con un intérprete cualificado de forma gratuita si tiene un dominio limitado del inglés. También tiene derecho a rechazar los servicios de asistencia lingüística.
- Recibir atención considerada, respetuosa y digna, proporcionada en un entorno seguro, con protección de la privacidad, y sin ninguna forma de abuso, negligencia, acoso o explotación.
- Recibir una evaluación y un tratamiento para el dolor adecuados.
- Conocer el nombre del médico que tiene la responsabilidad principal de coordinar su atención médica, así como los nombres y las relaciones profesionales de otros médicos y proveedores de atención médica que lo atenderán; solicitar un cambio de proveedores si hay otros disponibles.
- Tenga en cuenta que los médicos antes mencionados tienen un interés financiero en el centro quirúrgico.
- Recibir información completa de su médico sobre su enfermedad, tratamiento, tratamientos alternativos, resultados de la atención (incluidos resultados imprevistos) y perspectivas de recuperación en términos que pueda entender.
- Recibir toda la información posible sobre cualquier tratamiento o procedimiento propuesto que necesite para autorizarlo o rechazarlo. Salvo en casos de emergencia, esta información deberá incluir una descripción del procedimiento o tratamiento, los riesgos clínicamente significativos implicados, los tratamientos alternativos o la posibilidad de no tratamiento y los riesgos involucrados en cada uno, además del nombre de la persona que llevará a cabo el procedimiento/tratamiento.
- Participar en el desarrollo y la implementación de su plan de atención, y participar activamente en la toma de decisiones relacionadas con su atención médica. En la medida en que lo permita la ley, esto incluye el derecho a solicitar o rechazar el tratamiento.
- Rechazar los medicamentos y el tratamiento en la medida permitida por la ley, y ser informado de las consecuencias médicas de negarse.
- Recibir una copia de una factura desglosada, clara y comprensible; y recibir una explicación de su factura, independientemente de la forma de pago.
- Recibir, previa solicitud, información completa y el asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de los recursos financieros conocidos para su atención, incluida información sobre instalaciones, descuentos y normativas de caridad.
- Saber qué normativas y reglas del establecimiento se aplican a su conducta mientras es paciente.
- Contar con el hecho de que todos los derechos del paciente se aplican a la persona que pueda tener la responsabilidad legal de tomar decisiones con respecto a la atención médica en nombre del paciente.
- Recibir tratamiento por cualquier afección médica de emergencia que pueda deteriorarse al no recibir tratamiento.

- Gozar de total privacidad en relación con su atención médica. La conversación sobre su caso, la consulta, el examen y el tratamiento son confidenciales y deben llevarse a cabo de manera discreta. El paciente tiene derecho a ser informado sobre el motivo de la presencia de cualquier persona involucrada en su atención médica.
- Recibir un tratamiento confidencial de todos los expedientes y las comunicaciones relacionados con su atención y su estadía en el centro. Se obtendrá su permiso antes de que los expedientes médicos puedan estar disponibles para cualquier persona no directamente relacionada con su atención.
- Recibir información comprensible. La comunicación con el paciente será eficaz y se proporcionará de forma que se facilite la comprensión por parte del paciente. La información escrita será adecuada para la edad, comprensión y, según sea el caso, el idioma del paciente. Según corresponda, las comunicaciones específicas para el paciente con discapacidad visual, del habla, auditiva, cognitiva y del lenguaje serán adecuadas para dicha deficiencia.
- Acceder a la información contenida en su expediente médico de conformidad con las pautas federales.
- Recibir una respuesta rápida y razonable a las preguntas y solicitudes.
- Ser informado del proceso de quejas del centro si desea comunicar alguna inquietud con respecto a la calidad de la atención recibida. La notificación del proceso de quejas incluye la persona con la cual ponerse en contacto para presentar una queja y el hecho de que se le proporcionará una notificación por escrito de la determinación de la queja. Esta contiene el nombre de la persona de contacto del centro, los pasos tomados en su nombre para investigar la queja, y los resultados y la fecha de finalización.
- Recibir la información de contacto de la agencia estatal ante la cual se pueden presentar las quejas, así como la información de contacto de la Oficina del Defensor del Pueblo para los beneficiarios de Medicare.
- Ser notificado si el médico del centro o personal propone participar o realizar experimentos en seres humanos que afecten su atención o tratamiento. El paciente tiene derecho a negarse a participar en dichos proyectos de investigación. Negarse a participar o suspender la participación no comprometerá el derecho del paciente a acceder a la atención, al tratamiento o a los servicios.
- Contar con el apoyo y respeto absolutos de todos los derechos del paciente en caso de que este decida participar en investigaciones o ensayos clínicos. Esto incluye el derecho a un proceso de consentimiento informado completo en lo que respecta a la investigación o el estudio clínico. Toda la información proporcionada a los sujetos se incluirá en la historia clínica o en el expediente de investigación, junto con los formularios de consentimiento.
- Ser notificado por su médico o por un delegado del mismo de la necesidad de atención médica continua tras recibir el alta del centro.
- Ser notificado (si es elegible para recibir Medicare), previa solicitud y antes del tratamiento, si el proveedor/centro de atención médica acepta la tarifa asignada por Medicare.
- Recibir, previa solicitud, y antes del tratamiento, un presupuesto razonable de los costos por la atención médica.

### RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

- Proporcionar información precisa y completa sobre sus dolencias actuales, enfermedades pasadas, internaciones, medicamentos (incluidos aquellos de venta libre y los suplementos dietéticos, recetas), alergias y sensibilidades, y otros asuntos relacionados con su salud.
- Asistir a las citas y notificar al centro o al médico cuando no pueda hacerlo.
- Hacer preguntas cuando no entiende lo que se le ha dicho o lo que se espera que haga sobre su atención.
- Cumplir con el plan de tratamiento establecido por su médico, incluidas las instrucciones del personal de enfermería y otros profesionales de la salud, mientras llevan a cabo las indicaciones del médico.
- Informar al proveedor de atención médica cualquier cambio inesperado en su problema de salud.

- Contar con un adulto responsable que lo transporte a casa desde el centro y permanezca con él/ella durante 24 horas, a menos que el médico indique otra cosa.
  - (En el caso de los pacientes pediátricos), uno de los padres o tutor debe permanecer en el centro durante la estadía del paciente.
  - El paciente es responsable de sus acciones, en caso de que usted rechace el tratamiento o no siga las instrucciones del médico.
  - Asegurarse de que se cumplan las obligaciones financieras correspondientes antes de la cirugía u otros servicios.
  - Cumplir con las normativas y los procedimientos del centro.
  - Informar al centro acerca de las instrucciones de salud anticipadas del paciente.
  - Ser considerado con los derechos de los demás pacientes y del personal del centro.
- Ser respetuoso con sus bienes personales y los de las demás personas que se encuentren en el centro.

### Queja o reclamo del paciente:

Si tiene algún problema o reclamo, hable con la recepcionista o con su cuidador. Abordaremos su(s) inquietud(es) con prontitud.

Si es necesario, su problema o reclamo se enviará al administrador para su resolución. Recibirá una carta o una llamada telefónica para informarle cuáles son las medidas tomadas con respecto a su reclamo.

Dirija sus preguntas o inquietudes a:

Compliance/Privacy Officer  
National Spine & Pain Centers  
5280 Corporate Drive  
Suite C-250  
Frederick, MD 21703  
Teléfono: 561-279-3613  
Sitio web: [www.treatingpain.com](http://www.treatingpain.com)  
[Compliance@treatingpain.com](mailto:Compliance@treatingpain.com)

El Defensor del Pueblo para los beneficiarios de Medicare tiene como objetivo garantizar que los beneficiarios de Medicare reciban la información y la ayuda necesarias para entender sus opciones e implementar sus derechos y protecciones.

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o en línea en <http://www.medicare.gov/my/medicare-complain>

También puede optar por ponerse en contacto con el ente autorizador estatal.

Sabemos que tiene opciones para los servicios de atención médica, y agradecemos que nos haya elegido a nosotros como su proveedor.

Para obtener más información o para reportar un problema, o si tiene preguntas o desea información adicional, comuníquese con el encargado de privacidad escribiendo a [compliance@treatingpain.com](mailto:compliance@treatingpain.com). Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo por escrito ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos. No habrá represalias por presentar un reclamo.

*Es importante que sepa lo que puede esperar de la relación que tiene con nosotros.*

*Queremos que esté satisfecho con el tratamiento que recibe. Avise a su médico o a otro miembro de nuestro personal si podemos ofrecerle un mejor servicio.*

**Visite nuestro sitio web: [www.treatingpain.com](http://www.treatingpain.com)**

**Al firmar este documento, acepto que he recibido una copia, que la he leído y que comprendo todo su contenido:**

Firmado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Firma del paciente/representante del paciente)