

# Evaluación del Paciente

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

Nombre / apellido de su proveedor de referencia: \_\_\_\_\_ Nombre / apellido de su proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_

Si es mujer, díganos su estado de embarazo:  Histerectomía  Posmenopáusica  Ablación uterina o endometrial

Edad fértil, sin anticoncepción  Edad fértil, medicamentos anticonceptivos  Edad fértil, otros anticonceptivos

¿Dónde está la ubicación de su dolor? \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó su dolor? Por favor díganos el mes y el año, si los conoce. mm / aaaa: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la principal causa de su dolor?  Desconocido  Envejecimiento normal  Caídas  Accidente deportivo  Accidente automovilístico

¿Está relacionada la causa de su dolor?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Está aquí debido a una lesión específica en el trabajo o un accidente?  No  Sí Explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene un abogado para una lesión o accidente que sufrió?  No  Sí ¿Ha solicitado beneficios de Compensación para Trabajadores?  No  Sí

¿Ha solicitado o ha solicitado beneficios de compensación para trabajadores?  No  Sí ¿Existe algún problema legal relacionado con su dolor?  No  Sí

¿Cuál es la frecuencia de su dolor?  Constante  Fluctuante pero siempre presente  Fluctuante pero usualmente presente  Fluctuante y raramente presente

¿Qué describe mejor su dolor?  Dolor  Ardor  Calambres  Aburrido  Entumecido  Agudo  Punzante  Ardor  Palpitante  Hormigueo

¿Cuál es su nivel de dolor la mayor parte del tiempo?  0 - Sin dolor  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Dolor insoportable

¿Qué empeora su dolor?  Agacharse o agacharse  Cambiar de estar sentado a estar de pie  Sentado  Levantar o transportar cargas pesadas  Levantar o transportar cargas pequeñas  Acostado de espaldas  Acostado de lado  Girar  Caminar  Nada

¿Qué mejora su dolor?  Acostado de lado  Acostado de espaldas  Sentado  De pie  Caminar  Estirarse  Hacer ejercicio  Medicamentos  Cambio de posiciones  Calor y hielo  Nada

¿Con qué interfiere tu dolor?  Tareas diarias  Empleo  Ejercicio  Aseo  Tareas de la casa  Estado de ánimo  Dormir  Relaciones  Caminar  Nada

¿Ha tenido alguna de estas pruebas de diagnóstico por imágenes para ayudarlo a evaluar su dolor? MRI:  No  Sí Tomografía computarizada:  No  Sí

Rayos X:  No  Sí EMG / conducción nerviosa:  No  Sí

¿Alguna vez se ha realizado una prueba genética?  No  Sí

¿Ha tenido alguno de los siguientes para ayudar en la evaluación de su dolor?

Análisis de sangre completado el año pasado  Detección de drogas  Gammagrafía ósea  Densidad ósea  Estudios vasculares  Evaluación de la capacidad funcional  Detección de depresión

¿Ha recibido alguno de los siguientes para ayudarlo con el tratamiento de su dolor?

Inyecciones en la columna vertebral  Inyecciones articulares  Inyecciones en puntos gatillo  Brace  Unidad de diez  Fisioterapia  Terapia quiropráctica  Terapia acuática  Evaluación quirúrgica  Cirugía  Estimulador de médula espinal  Tracción espinal  Bastón  Caminante  Programa de ejercicio  Programa de adelgazamiento  Bomba de dolor intratecal  Ninguno

Clínica de dolor anterior: \_\_\_\_\_

¿Fumas? ¿Cuánto cuesta? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Tu bebes? ¿Cuánto cuesta? \_\_\_\_\_

¿Usa drogas ilícitas? ¿Qué? \_\_\_\_\_ ¿La última vez que usaste? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha estado en rehabilitación por drogas o alcohol? ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO:

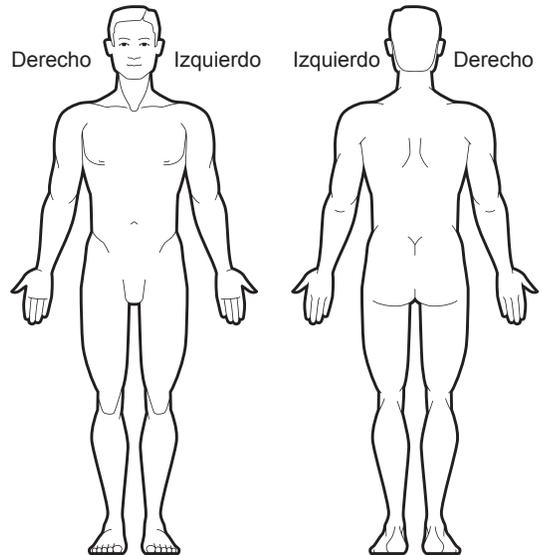
Nombre de la compañía de seguros principal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Seguridad Social#: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Política#: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Se requiere remisión  No  Sí

## Dibuja la ubicación de tu dolor a continuación:



PAIN  
MANAGEMENT  
Group pmg

Advanced  
HEALTH

Revised 3.10.2021

ThePainManagementGroup.com ■ 615.941.8501 ■ Fax: 615.941.8102

Antioch ■ Belle Meade ■ Centennial ■ Clarksville ■ Cookeville ■ Cool Springs ■ Gallatin ■ Hendersonville ■ Mt. Juliet ■ Murfreesboro

DAVID E. FRITZ, MD | BRADLEY C. HILL, DO | DANIEL J. MCHUGH, MD | TIMOTHY H. MILLER, MD | SATISH REDDY, MD | Q. JONATHAN TRAN, MD | J. JEFFREY YORK, MD



# Acuerdo de Gestión de Estupefacientes

Este es nuestro formulario de consentimiento de opioides y contrato de narcóticos. Lea la INICIAL al lado de cada declaración entendida. Si no comprende o no está de acuerdo con alguna afirmación, no ponga sus iniciales. Déjelo en blanco y podremos discutirlo en su visita inicial. Si tiene alguna pregunta, llame al 615-941-8501.

## INICIAL

\_\_\_\_\_ Acepto la admisión en el servicio de The Pain Management Group bajo el cuidado de David E. Fritz, MD, Bradley C. Hill, DO, Daniel J. McHugh, MD, Timothy H. Miller, MD, Satish Reddy, MD, Q. Jonathan Tran, MD y J. Jeffrey York, MD para el tratamiento del dolor crónico, incluido el uso de medicamentos narcóticos según lo indicado en mi plan de tratamiento.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el uso de narcóticos puede crear hábito y reconozco que dichos medicamentos tienen ciertos riesgos que incluyen, entre otros, dependencia física, adicción, tolerancia al alivio del dolor, somnolencia, estreñimiento, náuseas, reacción alérgica con picazón, respiración lenta e incluso la muerte.

\_\_\_\_\_ No operaré equipo pesado ni conduciré mientras tomo mis medicamentos hasta que se conozcan los efectos secundarios. Soy consciente de que mis reflejos y mi tiempo de reacción pueden ralentizarse, incluso si no me doy cuenta.

\_\_\_\_\_ Controlaré mi uso de medicamentos narcóticos como lo indique el médico tratante. **No hay excepciones.** Si la medicación no es adecuada para su nivel de dolor, debe llamar antes de ajustar la dosis.

\_\_\_\_\_ Reconozco que no se tolerará el uso de CUALQUIER sustancia ilegal.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en seguir las instrucciones ordenadas por el médico tratante y / o el asistente del médico o la enfermera practicante que pueden incluir la participación en las instrucciones / clases de manejo del dolor, asesoramiento psicológico, ejercicio, fisioterapia, terapia de inyecciones, terapia sin narcóticos, estudios de imágenes, derivaciones, pruebas de diagnóstico, etc.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en no buscar ningún narcótico / analgésico de ningún otro médico que no sea The Pain Management Group. Informaré a mis otros médicos de este acuerdo de narcóticos y les pediré que coordinen todos y cada uno de los medicamentos narcóticos / analgésicos con The Pain Management Group.

\_\_\_\_\_ Le diré a mi médico sobre otros medicamentos y tratamientos que estoy recibiendo.

\_\_\_\_\_ Recibiré recetas por escrito para la cantidad y el tipo de analgésico / narcótico establecido en mi plan de atención. Entiendo que soy responsable de mi medicación.

\_\_\_\_\_ **Los medicamentos perdidos, robados o extraviados no serán reemplazados por ningún motivo.**

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en que el médico tratante puede llamarme para un recuento de pastillas en cualquier momento.

\_\_\_\_\_ Administraré mi medicamento para evitar la escasez antes de la fecha de reabastecimiento programada y programaré citas con The Pain Management Group para reevaluación antes de quedarse sin medicación. **Las llamadas telefónicas repetidas para obtener medicamentos adicionales no serán toleradas y pueden resultar en mi alta de esta clínica.**

\_\_\_\_\_ Doy permiso a The Pain Management Group para obtener exámenes de detección de drogas en orina y / o sangre al azar según se considere necesario.

\_\_\_\_\_ Doy permiso a The Pain Management Group para compartir información, según sea necesario, con las agencias policiales y de drogas apropiadas si mi médico lo considera apropiado o necesario..

\_\_\_\_\_ Acepto usar una sola farmacia para mis medicamentos narcóticos / analgésicos: **Farmacia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Acepto llevar cualquier problema de farmacia a la farmacia y no a The Pain Management Group.

\_\_\_\_\_ **La renovación o reabastecimiento de narcóticos / analgésicos no se llamará a una farmacia; No hay excepciones.**

\_\_\_\_\_ Soy consciente de que otros medicamentos como nalbufina (Nubain™), pentazocina (Talwin™), buprenorfina (Suboxone™) y butorfanol (Stadol™) pueden revertir las acciones de mis medicamentos y causar síntomas de abstinencia.

\_\_\_\_\_ Seré honesto con mi proveedor sobre mi historial médico anterior, mi historial familiar y mi historial personal de drogas para evitar dañarme.

\_\_\_\_\_ Soy consciente de que puede ocurrir tolerancia a los medicamentos narcóticos y que el aumento de dosis de medicamentos puede no ayudar y puede causar efectos secundarios inaceptables.

\_\_\_\_\_ Soy consciente de que el uso prolongado de narcóticos puede resultar en niveles bajos de testosterona.

\_\_\_\_\_ Acepto que si quedo embarazada o planeo quedarme embarazada, le informaré a mi obstetra / ginecólogo de todos los medicamentos que estoy tomando. Tratamiento y medicamentos narcóticos puede suspenderse durante el embarazo para prevenir defectos de nacimiento.

\_\_\_\_\_ Los medicamentos narcóticos pueden afectar mi estado de ánimo, deseo sexual y desempeño, desempeño físico y resistencia.

El OBJETIVO de nuestro plan de atención personalizado es restaurar un estilo de vida saludable y activo que aumente la capacidad de funcionar, disminuya el dolor y utilice de manera segura y conservadora la terapia con opioides, cuando esté justificado. Confirmamos que el paciente tiene una indicación legítima para continuar el tratamiento con opiáceos para el dolor severo, crónico e intratable.

Yo, \_\_\_\_\_, afirmo, con mi firma a continuación, que he leído y entiendo las reglas y metas para el control de narcóticos. Estoy de acuerdo en cumplir con las reglas del Acuerdo de Manejo de Estupefacientes. Entiendo completamente que si infrinjo cualquier parte de este acuerdo, es motivo para el alta inmediata de todos y cada uno de los médicos de The Pain Management Group. Acepté adjuntar mi firma electrónica a este acuerdo.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Profesional médico de PMG: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO DE HISTORIAL DE RX EXTERNO:

Para mantener un registro médico preciso y actualizado, solicitamos permiso para consultar recursos externos para obtener una lista de sus medicamentos.

Firma del Paciente o Responsable \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Revised 3.10.2021

**ThePainManagementGroup.com** ■ **615.941.8501** ■ **Fax: 615.941.8102**

Antioch ■ Belle Meade ■ Centennial ■ Clarksville ■ Cookeville ■ Cool Springs ■ Gallatin ■ Hendersonville ■ Mt. Juliet ■ Murfreesboro

DAVID E. FRITZ, MD | BRADLEY C. HILL, DO | DANIEL J. MCHUGH, MD | TIMOTHY H. MILLER, MD | SATISH REDDY, MD | Q. JONATHAN TRAN, MD | J. JEFFREY YORK, MD

# Consentimiento para la Terapia Crónica con Opioides

\_\_\_\_\_ (Nombre completo del proveedor), \_\_\_\_\_ (Nombre completo del proveedor suplementario) y / o sus asociados me recetan medicamentos opioides, a veces llamados analgésicos narcóticos, para mi diagnóstico de dolor.

Soy consciente de que el uso de dicho medicamento tiene ciertos riesgos y posibles efectos asociados, que incluyen, entre otros: dependencia física, adicción, tolerancia al alivio del dolor, la posibilidad de que el medicamento no proporcione un alivio completo del dolor, somnolencia o somnolencia, estreñimiento, náuseas, vómitos, picazón, reacción alérgica, respiración lenta (depresión respiratoria) y muerte.

Soy consciente de los posibles riesgos y beneficios de otros tipos de tratamiento que no involucran el uso de opioides. Los otros tratamientos discutidos pueden incluir terapias de inyección, estudios de imágenes, remisiones, fisioterapia y otros tratamientos que el proveedor considere apropiados.

Le informaré a mi médico sobre todos los demás medicamentos y tratamientos que esté recibiendo.

No participaré en ninguna actividad que pueda ser peligrosa para mí o para otra persona si me siento somnoliento o no estoy pensando con claridad. Soy consciente de que incluso si no me doy cuenta, mis reflejos y mi tiempo de reacción podrían verse ralentizados. Tales actividades incluyen, pero no se limitan a: usar equipo pesado o un vehículo motorizado, trabajar en alturas desprotegidas o ser responsable de otra persona que no puede cuidar de sí misma.

Soy consciente de que algunos otros medicamentos, como nalbufina (Nubain™), pentazocina (Talwin™), buprenorfina (Buprenex™) y butorfanol (Stadol™), pueden revertir la acción del medicamento que estoy usando para controlar el dolor. Tomar cualquiera de estos otros medicamentos mientras tomo mis analgésicos puede causar síntomas como una fuerte gripe, llamado síndrome de abstinencia. Acepto no tomar ninguno de estos medicamentos y decirle a otros médicos que estoy tomando un opioide como analgésico y que no puedo tomar ninguno de los medicamentos mencionados anteriormente.

Soy consciente de que la adicción se define como el uso de un medicamento incluso si causa daño, tener ansias de tomar una droga, sentir la necesidad de usar una droga y una disminución de la calidad de vida. Soy consciente de que la posibilidad de volverme adicto a mi analgésico es muy baja. Soy consciente de que el desarrollo de la adicción se ha informado raramente en revistas médicas y es mucho más común en una persona que tiene antecedentes familiares o personales de adicción. Acepto contarle a mi médico mi historial personal de drogas completo y honesto y el de mi familia según mi leal saber y entender.

Entiendo que la dependencia física es un resultado normal y esperado del uso de estos medicamentos durante un período prolongado. Entiendo que la dependencia física no es lo mismo que la adicción. Soy consciente de que la dependencia física significa que si el uso de analgésicos disminuye, detiene o revierte notablemente con algunos de los agentes mencionados anteriormente, experimentaré un síndrome de abstinencia. Esto significa que puedo tener alguno o todos los siguientes síntomas: secreción nasal, bostezos, pupilas dilatadas, piel de gallina, dolor y calambres abdominales, diarrea, irritabilidad, dolores en todo el cuerpo y sensación de gripe. Soy consciente de que la abstinencia de opioides es incómoda pero no pone en peligro la vida.

Soy consciente de que la tolerancia a la analgesia significa que puedo necesitar más medicamento para obtener la misma cantidad de alivio del dolor. Soy consciente de que la tolerancia a la analgesia no parece ser un gran problema para la mayoría de los pacientes con dolor crónico, sin embargo, se ha visto y puede que se me ocurra. Si ocurre, es posible que aumentar las dosis no siempre ayude y puede causar efectos secundarios inaceptables. La tolerancia o la falta de respuesta a los opioides puede hacer que mi médico elija otra forma de tratamiento.

Si planeo quedar embarazada o creo que me he quedado embarazada mientras tomo este analgésico, llamaré inmediatamente a mi médico obstétrico y a esta oficina para informarles. Soy consciente de que, si llevo a un bebé al parto mientras tomo estos medicamentos, el bebé dependerá físicamente de los opioides. Soy consciente de que el uso de opioides generalmente no se asocia con un riesgo de defectos de nacimiento. Sin embargo, los defectos congénitos pueden ocurrir tanto si la madre está tomando medicamentos como si no, y siempre existe la posibilidad de que mi hijo tenga un defecto congénito mientras tomo un opioide.

He leído este formulario o me lo han leído. Lo entiendo todo. He tenido la oportunidad de que todas mis preguntas sobre este tratamiento sean respondidas satisfactoriamente. Al firmar este formulario voluntariamente, doy mi consentimiento para el tratamiento de mi dolor con analgésicos opioides.

**Firma FEMENINA:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Soy consciente de que el uso crónico de opioides se ha asociado con niveles bajos de testosterona en los hombres. Esto puede afectar mi estado de ánimo, resistencia, deseo sexual y desempeño físico y sexual. Entiendo que mi médico puede analizar mi sangre para ver si mi nivel de testosterona es normal.

He leído este formulario o me lo han leído. Lo entiendo todo. He tenido la oportunidad de que todas mis preguntas sobre este tratamiento sean respondidas satisfactoriamente. Al firmar este formulario voluntariamente, doy mi consentimiento para el tratamiento de mi dolor con analgésicos opioides.

**Firma MASCULINA:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Revised 3.10.2021

**ThePainManagementGroup.com** ■ **615.941.8501** ■ **Fax: 615.941.8102**

Antioch • Belle Meade • Centennial • Clarksville • Cookeville • Cool Springs • Gallatin • Hendersonville • Mt. Juliet • Murfreesboro  
DAVID E. FRITZ, MD | BRADLEY C. HILL, DO | DANIEL J. MCHUGH, MD | TIMOTHY H. MILLER, MD | SATISH REDDY, MD | Q. JONATHAN TRAN, MD | J. JEFFREY YORK, MD

# Política Financiera del paciente

Este es un acuerdo entre The Pain Management Group, como acreedor, y el Paciente / Deudor nombrado en este formulario e indicado por la firma del paciente / deudor a continuación.

En este acuerdo, las palabras "usted", "su" y "suyo" significan el Paciente / Deudor. La palabra "cuenta" significa la cuenta que se ha establecido a su nombre a la que se realizan los cargos y se acreditan los pagos. Las palabras "nosotros", "nos" y "nuestro" se refieren al Grupo de Manejo del Dolor. Al ejecutar este acuerdo, acepta pagar todos los servicios que se presten.

Fecha de vigencia: Una vez que haya firmado este acuerdo, acepta todos los términos y condiciones aquí contenidos y el acuerdo estará en pleno vigor y efecto. Se le proporcionará una copia de su acuerdo financiero firmado.

## EGURO MÉDICO: es SU responsabilidad:

- Asegúrese de que se nos haya proporcionado la información de seguro más actualizada relativa a la presentación de su reclamo, incluida la tarjeta de seguro, el número de identificación, el empleador, la fecha de nacimiento y la dirección del paciente. Esta información se encontrará en nuestro formulario de registro de pacientes.
- Asegúrese de que estemos contratados con su compañía de seguros para recibir los máximos beneficios.
- Pague su copago o parte del paciente en el momento del servicio.
- Infórmenos de cualquier cambio de seguro realizado después de este acuerdo / fecha de servicio firmado. Las compañías de seguros tienen pautas específicas de presentación oportuna y requisitos de autorización previa para ciertos servicios. Si la información revisada del seguro no se nos proporciona dentro de los límites de presentación oportuna de sus seguros, se le pedirá que pague los servicios en su totalidad. Si se requirió autorización previa para los servicios ya recibidos y su reclamo es denegado por falta de autorización, se le pedirá que pague los servicios en su totalidad.
- Comuníquese con su compañía de seguros si no recibe correspondencia dentro de los 45 días posteriores a la fecha del servicio.

## Es NUESTRA responsabilidad:

- Envíe un reclamo a su compañía de seguro médico según la información proporcionada por el paciente / deudor en el momento del servicio o cuando se proporcione información actualizada.
- Brinde a su compañía de seguro médico la información necesaria para determinar los beneficios. Esto puede incluir médicos registros y / o una copia de su tarjeta de seguro.
- Proporcionar a los pacientes de MVA un formulario de reclamo de seguro médico de cortesía para sus registros cuando lo soliciten.

**OPCIONES DE PAGO:** Según nuestro acuerdo contratado con su compañía de seguros, estamos obligados a cobrar su copago el día del servicio. Si no tiene seguro, debe pagar el tratamiento en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos formalmente. Se le proporcionará un acuerdo financiero de pago por cuenta propia por separado.

**Aceptamos lo siguiente:** Efectivo o tarjeta de crédito (Visa, MasterCard, Discover, American Express)

**APROBACIONES PENDIENTES PARA SERVICIOS:** En caso de que no podamos obtener la aprobación de los servicios y usted desee continuar, no le facturaremos a su seguro. Los servicios se reducirán a la cantidad permitida por el seguro dentro de la red y aplicar a la responsabilidad del paciente.

\_\_\_\_\_ Iniciales

Firma del paciente y / o deudor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Las explicaciones financieras adicionales continúan en el reverso de esta página.



ThePainManagementGroup.com ■ 615.941.8501 ■ Fax: 615.941.8102

Antioch • Belle Meade • Centennial • Clarksville • Cookeville • Cool Springs • Gallatin • Hendersonville • Mt. Juliet • Murfreesboro  
DAVID E. FRITZ, MD | BRADLEY C. HILL, DO | DANIEL J. MCHUGH, MD | TIMOTHY H. MILLER, MD | SATISH REDDY, MD | Q. JONATHAN TRAN, MD | J. JEFFREY YORK, MD

**LESIONES POR COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES:** Se necesita la aprobación / autorización por escrito de su empleador y / o la aseguradora de compensación para trabajadores antes de su visita inicial. Nos comunicaremos con su administrador de casos y / o supervisor para confirmar su lesión de compensación para trabajadores. Si este reclamo es rechazado, por cualquier motivo por su empleador o la compañía de compensación para trabajadores de su empleador, usted será responsable del pago total. Si la denegación se realiza mediante compensación para trabajadores, se puede solicitar un seguro médico para estos servicios denegados y usted será responsable de la cuenta.

**ACCIDENTES DE VEHÍCULOS DE MOTOR (MVA)** – Sí, participé en una MVA el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. A menos que antes se ha llegado a un acuerdo o soy un beneficiario de Medicare, mi seguro médico será presentado por los servicios relacionados con este accidente. En el caso de que no proporcione información sobre el seguro en la visita inicial, entiendo que pueden ocurrir denegaciones del seguro según el tipo de servicio(s) recibido o los requisitos de presentación específicos del proveedor. Estoy de acuerdo, como paciente o tutor del paciente, que soy responsable en última instancia de todos los saldos adeudados a esta instalación y / o sus médicos por los servicios prestados independientemente de las denegaciones del seguro o los resultados desfavorables del caso. Si he elegido un abogado para supervisar mi caso, este acuerdo financiero servirá como una carta de protección para mi abogado. Además, entiendo que mi cuenta puede ser manejada por una entidad externa que se especializa en cuentas de derecho de retención de abogados a discreción de las instalaciones.

\_\_\_\_ Sí, he elegido contratar a un abogado. Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

### DATOS DE FACTURACIÓN

**DECLARACIONES:** Se le proporcionará un estado de cuenta si el seguro ha pagado dejando una parte del paciente, se ha negado o no se recibe respuesta. Debido al tipo de servicio que brindamos, es posible que reciba facturación de más de una práctica, también conocida como facturación dividida. El saldo de su estado de cuenta vence y se paga dentro de los 30 días posteriores a la recepción, a menos que se hagan otros arreglos con nuestro departamento de facturación. El estado de cuenta se enviará a la dirección proporcionada en el momento del servicio. En caso de que su dirección postal cambie después de la fecha de servicio y su cuenta no se haya pagado en su totalidad, debe notificar a nuestra oficina de facturación de este cambio por correo electrónico a [billing@phydata.com](mailto:billing@phydata.com) o llamar al 615-851-6033. En caso de divorcio o separación, la parte responsable de la cuenta antes del divorcio o separación sigue siendo responsable de la cuenta. Después de un divorcio o separación, el padre que autoriza el tratamiento de un niño en el momento del servicio será el padre responsable de los cargos posteriores. Si el decreto de divorcio requiere que el otro padre pague todo o parte de los costos del tratamiento, se requiere documentación judicial para cualquier cambio de dirección del garante; de lo contrario, es responsabilidad del padre autorizador / custodio cobrar al otro padre. Cualquier cuenta con un saldo de crédito de menos de <\$ 5.00> no será reembolsada sin una solicitud específica del paciente / deudor.

**CUENTAS ATRASADAS:** Revisamos las cuentas vencidas con frecuencia y en cada ciclo de estado de cuenta. Su comunicación y participación para garantizar que su saldo se pague a tiempo es importante para nosotros. Es imperativo que mantenga las comunicaciones y cumpla con sus acuerdos y arreglos financieros para mantener su cuenta activa y al día.

Si su cuenta se atrasa sesenta (60) días, es posible que se tomen medidas adicionales para cobrar esta deuda. Si no paga a tiempo y remitimos su (s) cuenta (s) a un tercero para el cobro, se aplicará una tarifa de cobro que deberá pagarse en el momento de la remisión al tercero. La tarifa se calculará al porcentaje máximo permitido por la ley aplicable, sin exceder el 18 por ciento. Además, nos reservamos el derecho de negar tratamientos futuros que no sean de emergencia para todos y cada uno de los saldos de cuentas impagas relacionados con el deudor.

**CONSENTIMIENTO PARA CONTACTAR:** Doy permiso y consentimiento a AdvancedHEALTH y sus agentes, cesionarios y contratistas (que pueden incluir cobradores de deudas de terceros para obligaciones vencidas): (1) para comunicarse conmigo por teléfono a cualquier número asociado conmigo, si se proporciona por mí o por otra persona en mi nombre; (2) dejarme mensajes e incluir en dichos mensajes las cantidades adeudadas por mí; (3) para enviarme mensajes de texto o correos electrónicos usando cualquier dirección de correo electrónico que proporcione o cualquier número de teléfono asociado conmigo, si lo proporcioné yo u otra persona en mi nombre; y (4) usar mensajes de voz pregrabados / artificiales y / o un sistema de marcado telefónico automatizado (un marcador automático) según lo define la Ley de Protección al Consumidor Telefónico en relación con cualquier comunicación que se me envíe según lo dispuesto en este documento o cualquier servicio programado relacionado y mi cuenta. Entiendo que mi negativa a brindar el consentimiento descrito en este párrafo no afectará, directa o indirectamente, mi derecho a recibir servicios de atención médica.

**RENUNCIA A LA CONFIDENCIALIDAD:** Usted comprende que si su cuenta se envía a un abogado o agencia de cobranza, si tenemos que litigar en la corte, o si se informa su estado atrasado a una agencia de informes crediticios, el hecho de que haya recibido tratamiento en nuestra oficina puede convertirse en un asunto de dominio público.

**EXPEDIENTES MÉDICOS:** Se le pedirá que solicite por escrito o firme un formulario de autorización médica para la divulgación de sus registros médicos a cualquier organización o médico. Cobramos una tarifa fija de \$ 20 por 1-5 páginas más .50 por página adicional y franqueo.

Revised 3.10.2021

**ThePainManagementGroup.com** ■ **615.941.8501** ■ **Fax: 615.941.8102**

Antioch • Belle Meade • Centennial • Clarksville • Cookeville • Cool Springs • Gallatin • Hendersonville • Mt. Juliet • Murfreesboro  
DAVID E. FRITZ, MD | BRADLEY C. HILL, DO | DANIEL J. MCHUGH, MD | TIMOTHY H. MILLER, MD | SATISH REDDY, MD | Q. JONATHAN TRAN, MD | J. JEFFREY YORK, MD

# Autorización para la divulgación de Información de salud protegida (PHI)

## SECCIÓN A: Esta sección debe completarse para todas las Autorizaciones de divulgación o derecho

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Requestor's Name / Address / Phone No. (Who is receiving PHI): \_\_\_\_\_ Recipient's Name / Address / Phone No. (Who receives this form)

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

Patient Address: \_\_\_\_\_

This authorization will expire on the following Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Purpose of Disclosure: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN B: DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SE UTILIZARÁ O DIVULGARÁ

¿Es esta solicitud de notas de psicoterapia?  **SÍ**, entonces este es el único artículo que puede solicitar en esta autorización. **DEBE ENVIAR** otra autorización para otros elementos a continuación.  **NO**, entonces puede marcar todos los elementos que necesite a continuación.

DESCRIPCIÓN	FECHA(S)	DESCRIPTION	FECHA(S)	DESCRIPTION	FECHA(S)
<input type="checkbox"/> Toda la PHI en el expediente médico de psicoterapia		<input type="checkbox"/> Laboratorio		<input type="checkbox"/> Demografía	
<input type="checkbox"/> Toda la PHI en el expediente médico		<input type="checkbox"/> Imágenes / Radiología		<input type="checkbox"/> Cuenta detallada	
<input type="checkbox"/> Historia y física		<input type="checkbox"/> Patología		<input type="checkbox"/> Formulario de reclamación	
<input type="checkbox"/> Todas las notas de progreso		<input type="checkbox"/> Notas operativas		<input type="checkbox"/> Otro:	
<input type="checkbox"/> Resumen de alta					

Reconozco, y por la presente doy mi consentimiento, que la información divulgada puede contener alcohol, abuso de drogas, resultados, pruebas o información psiquiátrica, de VIH o SIDA. \_\_\_\_\_ (inicial)

### Entiendo que:

1. Puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria.
2. Si no firmo este formulario, mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas antes de recibir la revocación. Se pueden encontrar más detalles en el Aviso de prácticas de privacidad.
4. Si el solicitante o receptor no es un plan de salud o proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad y se pueda volver a divulgar.
5. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por una tarifa de copia razonable, si la solicito.
6. Recibiré una copia de este formulario después de firmarlo.

## SECCIÓN C: FIRMAS

He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información médica protegida como se indica.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / tutor / representante del paciente

\_\_\_\_\_  
FECHA:

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del tutor / representante del paciente

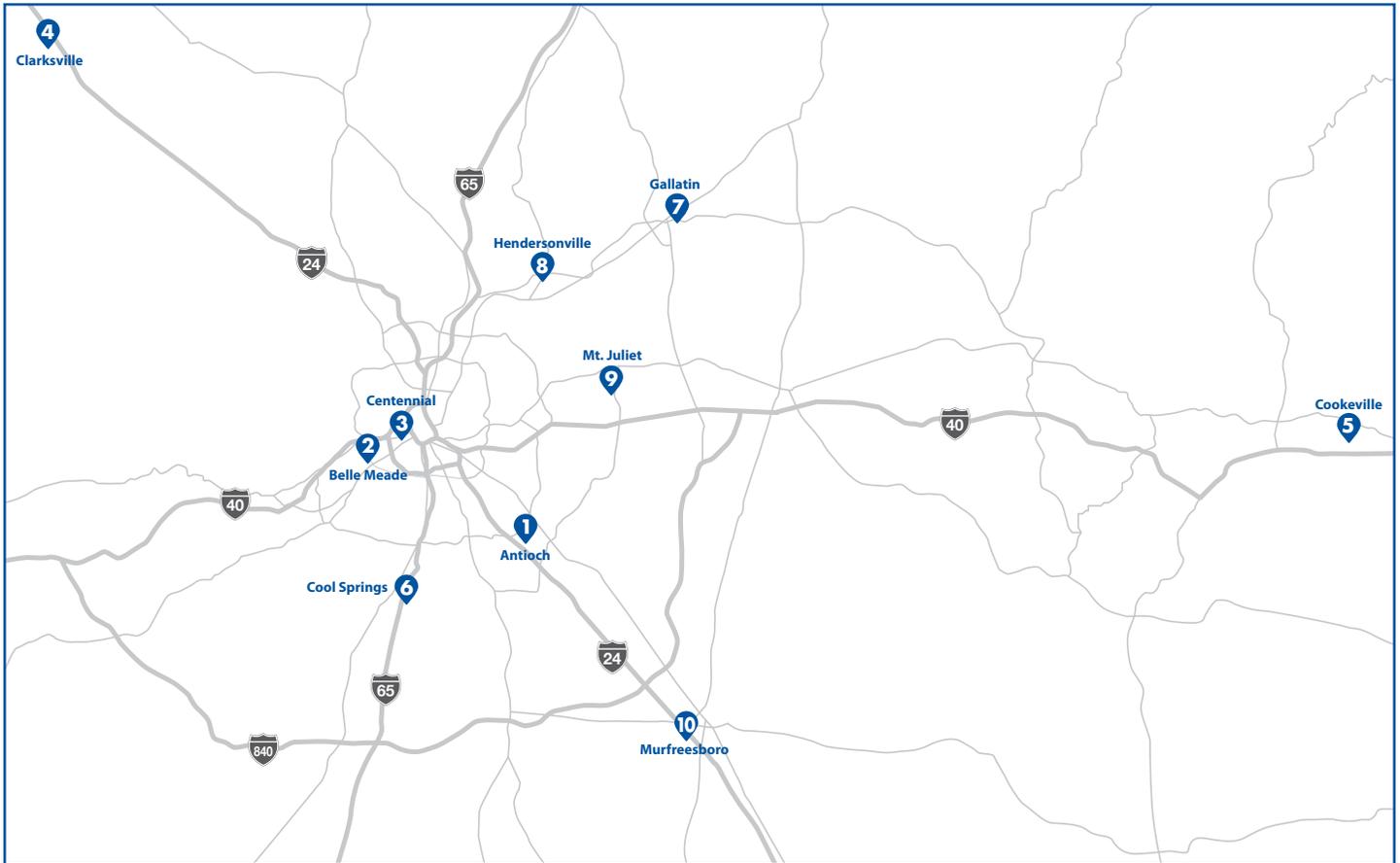
\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente



Revised 3.10.2021

ThePainManagementGroup.com ■ 615.941.8501 ■ Fax: 615.941.8102

Antioch • Belle Meade • Centennial • Clarksville • Cookeville • Cool Springs • Gallatin • Hendersonville • Mt. Juliet • Murfreesboro  
DAVID E. FRITZ, MD | BRADLEY C. HILL, DO | DANIEL J. MCHUGH, MD | TIMOTHY H. MILLER, MD | SATISH REDDY, MD | Q. JONATHAN TRAN, MD | J. JEFFREY YORK, MD



**1 ANTIOCH**

5801 Crossings Boulevard  
Antioch, TN 37013  
*Medical Director: Bradley Hill, DO*

**2 BELLE MEADE**

28 White Bridge Pike  
Suite 108  
Nashville, TN 37205  
*Medical Director: Timothy Miller, MD*

**3 CENTENNIAL**

2222 State Street  
Suite C  
Nashville, TN 37203  
*Medical Director: Daniel McHugh, MD*

**4 CLARKSVILLE**

776 Weatherly Drive  
Suite B  
Clarksville, TN 37043  
*Medical Director: Timothy Miller, MD*

**5 COOKEVILLE**

851 S. Willow Avenue  
Suite 112  
Cookeville, TN 38501  
*Medical Director: Jonathan Tran, MD*

**6 COOL SPRINGS**

1642 Westgate Circle  
Suite 201  
Brentwood, TN 37027  
*Medical Director: David Fritz, MD*

**7 GALLATIN**

405 Steam Plant Road  
Suite 200  
Gallatin, TN 37066  
*Medical Director: Satish Reddy, MD*

**8 HENDERSONVILLE**

320 New Shackle Island Road  
Hendersonville, TN 37075  
*Medical Director: Satish Reddy, MD*

**9 MT. JULIET**

40 West Caldwell Street  
Suite 200  
Mt. Juliet, TN 37122  
*Medical Director: Bradley Hill, DO*

**10 MURFREESBORO**

1547 Warrior Drive  
Suite A  
Murfreesboro, TN 37128  
*Medical Director: David Fritz, MD*

**TENNESSEE PAIN SURGERY CENTER**

5811 Crossings Boulevard  
Antioch, TN 37013



Revised 3.10.2021

**ThePainManagementGroup.com ■ 615.941.8501 ■ Fax: 615.941.8102**

Antioch ■ Belle Meade ■ Centennial ■ Clarksville ■ Cookeville ■ Cool Springs ■ Gallatin ■ Hendersonville ■ Mt. Juliet ■ Murfreesboro  
DAVID E. FRITZ, MD | BRADLEY C. HILL, DO | DANIEL J. MCHUGH, MD | TIMOTHY H. MILLER, MD | SATISH REDDY, MD | Q. JONATHAN TRAN, MD | J. JEFFREY YORK, MD