

Querido paciente

Hemos recibido su información de su médico referenciándolo a Manejo del dolor. Se adjunta el nuevo paquete de pacientes del Centro de Cerebro y Espina dorsal de Virginia para el Departamento de Manejo del Dolor. Por favor complete **toda** la información que se solicita y **llevarla con usted a su cita.**

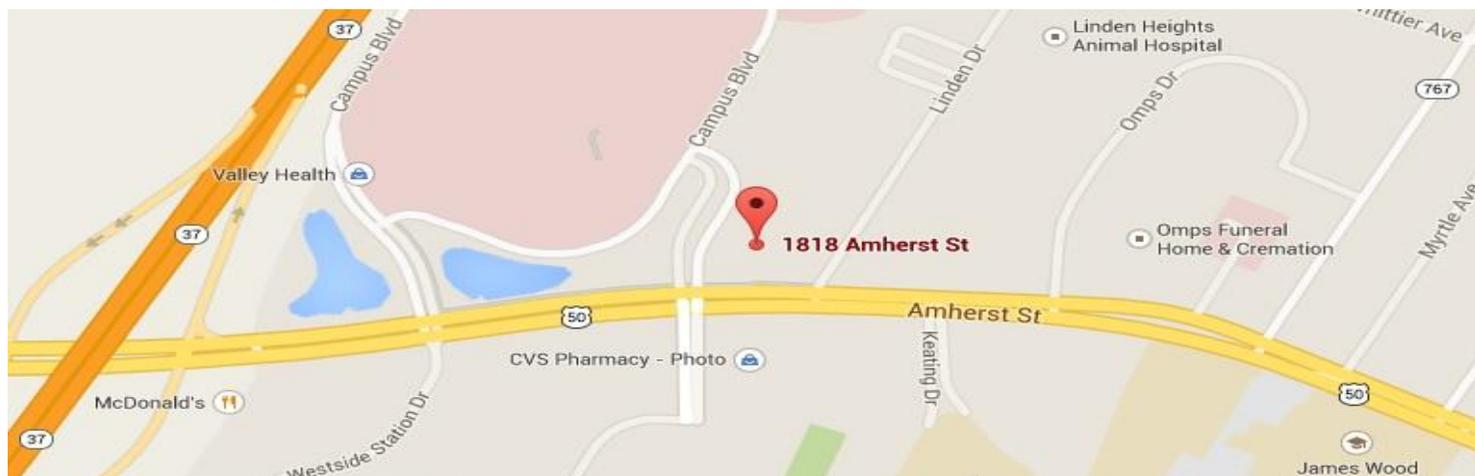
Por favor traiga la siguiente información a su cita:

- **Tarjeta (s) de seguro, Identificación con foto, Copago si corresponde**
- **Una lista de los medicamentos que está tomando actualmente y las botellas**

Nos damos cuenta de que el contenido de la información que se recibe en su cita puede ser muy detallada y tratar con el dolor puede ser muy distractivo, sin embargo, le animamos a traer a alguien a la cita para ayudarle.

Si no puede mantener su cita, por favor llámenos al 540-450-2339 por lo menos con 24 horas de antelación. **Por favor llegue 15 minutos antes para todas las citas para que podamos conseguir que registramos.** Llegada más de 15 minutos después de su hora de la cita dará lugar a su cita se ha aplazado.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nuestra oficina al (540) 450-2339. Muchas gracias por elegir nuestra práctica para sus necesidades de manejo del dolor.



INFORMACIÓN DE NOMBRAMIENTO

Día de la cita: _____ Su Proveedor: _____

Hora de la cita: _____ Llegue Por Favor: _____

INSTRUCCIONES DEL PACIENTE

Gracias por elegir a nuestros médicos en Virginia Brain y Spine Center, Inc. para sus necesidades de atención médica. Estamos comprometidos a proporcionar la mejor atención médica y tratamiento. La siguiente es una descripción de algunas de nuestras políticas y pautas de práctica para los pacientes. Por favor, lea esto antes de su primera cita.

GESTIÓN DE MEDICAMENTOS: Virginia cerebro y la columna Centro no proporciona servicios de administración de medicamentos narcóticos para nuestros pacientes. Si necesita administración de medicamentos narcóticos, consulte a su atención primaria para obtener una referencia que mejor se adapte a sus necesidades.

RECETAS: Todas las renovaciones de medicamentos se llevan a cabo durante las horas de trabajo de lunes a jueves solamente. Es posible que su farmacia llame directamente para solicitar una recarga de medicamentos. Por favor, deje dos días hábiles para que la receta sea procesada. Si necesita una nueva receta por escrito, espere de 5 a 7 días hábiles para procesar la receta. No podemos recargar recetas después de horas, así que permita tiempo suficiente antes de que su receta se agote. Hay una tarifa de recuperación de \$ 10 para todas las recetas que se envían por correo certificado.

Citas perdidas: Si no nos notifica tan pronto como sea posible si no puede asistir a una cita programada. Apreciamos un mínimo de 24 horas de antelación para que podamos usar este tiempo para alguien que está esperando una cita. Las citas perdidas abusivas pueden resultar en su despido como paciente.

Reprogramación: Como práctica quirúrgica, se producen situaciones de emergencia que puedan dar lugar a que el médico se llame distancia a la sala de operaciones. Como resultado, es posible que sea necesario retrasar o reprogramar su cita. Haremos nuestro mejor para notificarle para darle la oportunidad de reprogramar antes de llegar para la cita. Durante estos tiempos agradecemos su paciencia y comprensión.

HISTORIAL MÉDICO: Para obtener copias de los documentos médicos que deben firmar un formulario de autorización médica. También hay una pequeña cuota de \$ 10.00 más \$ 0.50 por página. Estas tarifas, establecidas por la ley estatal de Virginia, deben ser pagadas en su totalidad antes de que su solicitud sea procesada. Permita por favor 5-10 días laborales para el proceso. Las tarifas están sujetas a cambios sin previo aviso.

Formularios: Los formularios, incluidos, pero no limitados a, la discapacidad o la compensación del trabajador, serán llenados a cabo a discreción del médico. El costo para la terminación de estos artículos es de \$ 5 por formulario. Todas las tasas deben ser pagadas en su totalidad antes de que los formularios se produzcan. Espere 5-7 días hábiles para el procesamiento.

EMERGENCIA: Si usted tiene una emergencia de atención de la salud a continuación, llame al 911. Si necesita hablar con un médico después de horas y luego llamar al operador Winchester Medical Center en 540-536-8000 y pida que el médico de guardia paginado. Para preguntas y preocupaciones de rutina o para recargas de recetas, llame a nuestra oficina al 540-450-0072 para el Departamento de Neurocirugía y al 540-450-2339 para el Departamento de Manejo del Dolor. Si su llamada no es respondida inmediatamente por nuestro personal, por favor deje un mensaje y su llamada será devuelta en orden de prioridad en 24 horas.

POLÍTICA pinchazo de aguja: Autorizo a cualquier médico, hospital, o centro de atención médica para proporcionar todo mi historial médico y el tratamiento a Virginia cerebro y la columna Centro. Autorizo a Virginia Brain y Spine Center, Inc. a probar mi sangre por hepatitis y por el virus del SIDA, si en su opinión, un empleado de Virginia Brain y Spine Center, Inc. ha sufrido un incidente de exposición como resultado de mi tratamiento Definido por la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional. Se promulgó una ley en 1989 y se enmendó en 1993, que autoriza a los proveedores de atención médica a someter a prueba a sus pacientes a anticuerpos contra el VIH, la hepatitis B y el C cuando el proveedor de atención médica está expuesto al fluido corporal de un paciente de una manera que puede transmitir estos anticuerpos. De acuerdo con esta ley, en caso de tal exposición, se considerará que usted ha consentido a tales pruebas y la liberación de los resultados de la prueba al proveedor de atención médica que pudo haber estado expuesto. Se le informará antes de que se realice la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH, la hepatitis B o C. La prueba se explicará y se le dará la oportunidad de hacer cualquier pregunta.

PERSONAL MÉDICO TELÉFONO DIRECTORIO: un directorio de números de teléfono se incluye a continuación si necesita llegar a los miembros de nuestro personal médico rápidamente. Tratamos de devolver las llamadas telefónicas dentro de las 48 horas (por favor tenga en cuenta que estamos cerrados en todos los principales feriados y fines de semana). Si no está seguro de qué número debe marcar pero todavía necesita llegar a nuestra oficina, puede llamar al 540-450-0072.

Neurocirugía Triage / Nurse: 540-771-2297

Secretario para el Dr. Chaddock: 540-771-2292

Secretario del Dr. Fergus: 540-771-2293

Secretario del Dr. Selznick: 540-771-2294
Secretario para el Dr. Schopick: 540-771-2295
Secretario del Dr. Ireland: 540-771-2296
Neurocirujía Gerente de Referencia: 540-771-2298
Gerente de manejo de dolor: 540-771-2299
Registros médicos: 540-450-0072 x2353
Asistente Médico para Christy Andrews, NP: 540-771-2306
Asistente Médico para Brian Lapp, PA: 540-771-2307
Asistentes médicos para el Dr. Poss y Dr. Ashcraft: 540-771-2304
Paciente Consejero Financiero para el Dr. Poss, Lapp PA-C, Dr. Fergus: 540-771-2286
Consejero Financiero paciente para el Dr. Ashcraft, Andrews NP-C, el Dr. Chaddock, Catlett NP-C: 540-771-2300
Consejero Financiero paciente para el Dr. Schopick, McNeil NP-C, el Dr. Selznick, Hahn - Simmons NP - C, Dr. Ireland, Henderson NP-C: 540-771-2305

POLÍCA FINANCIERA

La siguiente es una declaración de nuestra Política Financiera, que usted debe leer, aceptar y firmar, antes del tratamiento. Nuestra Política Financiera se aplica a todos los servicios prestados por nuestros médicos y el personal, ya sea paciente hospitalizado o ambulatorio.

Pautas para la política de pago de la práctica:

- **Los pacientes / guardianes son financieramente responsables de todos los cargos, independientemente de la participación de terceros.**
- **El pago total se debe al momento de los servicios, a menos que se hayan hecho los arreglos previos de facturación del seguro.**
- **Se requerirán los pacientes con seguro a pagar todos los 'fuera de su bolsillo' obligaciones financieras al momento del servicio.**
- **Aceptamos: efectivo, cheque, tarjeta de débito, las siguientes tarjetas de crédito: Visa / Master Card / Discover.**
- **La práctica facturará el seguro sin contrapartida como una cortesía para el paciente. El transportista debe pagar la práctica y en el evento**

Que el transportista paga al paciente, el paciente debe entregar los fondos a la práctica en 5 días hábiles.

Responsabilidades del Paciente y Políticas Financieras:

Proporcionar información precisa: Usted tiene la responsabilidad de proporcionar información precisa y completa acerca de su historial médico, dirección postal, seguro de salud y otra información de facturación. Si alguna información cambia - nombre, dirección, teléfono, cobertura de seguro, etc - se debe informar a esta práctica inmediatamente. Las denegaciones de seguro o los errores de facturación debido a la información proporcionada por el paciente darán como resultado la transferencia del saldo de la cuenta a la responsabilidad financiera inmediata del paciente.

Conocer su cobertura de seguro, beneficios y requisitos de remisión: Su seguro de salud es un contrato entre usted y su plan (s) de seguro de salud. Los pacientes son responsables de entender su (s) cobertura (s) de seguro médico, beneficios y requisitos de derivación para recibir servicios diagnósticos y terapéuticos de nuestros médicos. Los pacientes son responsables de asegurar las Referencias, Pre-autorizaciones o Pre-certificaciones necesarias por escrito de su médico de atención primaria o plan de salud antes de los servicios prestados. Si no hemos recibido las autorizaciones necesarias antes a su cita, se volverá a programar la cita. Por favor presente su tarjeta de identificación de seguro a nuestro personal al registrarse para cada visita a la oficina.

Pago por cuenta propia Pacientes: Los pacientes sin cobertura de seguro se espera que pagar por los servicios recibidos en su totalidad al momento del servicio, a menos que un acuerdo de pago satisfactorio ha sido arreglado con nuestro gestor de facturación anterior a los servicios que se queden.

Paciente con seguro privado Cobertura / Medicare / Medicaid: Nuestros médicos participan con los programas de Medicare y Medicaid, y con la mayoría de las compañías de seguros más importantes. Nosotros presentaremos reclamo (s) a su seguro siempre y cuando autorice la "asignación de beneficios" a continuación para el pago directo a nuestra práctica. Para los planes de seguro participantes, la práctica aceptará pagos basados en acuerdos

contractuales. Para los planes que no participamos (es decir, no hay un acuerdo contractual), la práctica esperará el pago completo del paciente en el momento del servicio. Cualquier cobertura o disputa de pago es un asunto entre el asegurado y la compañía de seguros.

Acuerdo de Pago del Paciente:

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de la participación de terceros. Estoy de acuerdo en pagar cualquier deducible, coseguro, copago o servicios considerados como "no cubiertos" por mi compañía de seguros en el momento del servicio. Si mi seguro no ha pagado en mi cuenta en 60 días, los servicios pendientes serán mi responsabilidad de pago inmediato (a menos que Medicare y Medicaid). En caso de que surjan saldos debido a co-pagos de seguro, coseguro, deducibles, cancelación de cobertura, falta de pago en el momento del servicio y / o cualquier otra razón, estoy de acuerdo en pagar todos los cargos dentro de los 30 días de notificación. Entiendo que si no pago los saldos pendientes o hago arreglos de pago en un plazo de 75 días, la cantidad adeudada se considerará delinciente y estará sujeta a la acción de cobranza externa. Además, entiendo que las cuentas morosas se evaluará un cargo de interés del 1,5% por mes (18% APR), y el posible despido del paciente de nuestro cuidado. Si mi cuenta se ve forzada a "colecciones", acepto pagar todos los costos de cobranza, incluyendo, pero no limitado a, los costos de la corte, los abogados y cualquier otro costo incurrido por la recolección de esta deuda honorarios igual al 40% Y los intereses devengados hasta la fecha. Estoy de acuerdo en pagar una tarifa de cheque devuelto de \$ 25.00. Se pueden obtener copias de mi expediente médico con aviso previo de acuerdo con §8.01-413 del Código de Virginia, con cargos que no excedan de \$ 0.50 por página para las primeras 50 páginas y \$ 0.25 por página después, además de una tarifa de manejo de \$ 10.00 Más gastos de envío. La realización de formularios especiales o informes tiene un cargo mínimo de \$ 25.00 por cada formulario. Tarifas sujetas a cambios sin previo aviso.

Planes de Seguros Participantes:

- Aetna (excluye Aetna Medicare)
- Anthem BC / BS Virginia
- BC / BS PPO
- Cigna (excluye Cigna Connect)
- Healthsmart (Grant, PEIA)
- Medicaid-Virginia (Sólo neurocirugía)
- Medicare (incluye Humana y Ferrocarril)
- Optima / Salud de la Comunidad
- Servicios Médicos-4
- POMCO
- United Healthcare PPO (Opciones PPO y OneNet PPO)
- Red de Salud de Virginia
- Virginia Premier (Neurocirugía solamente)
- Trabajadores Comp-Virginia y West Virginia solamente

Si no participamos con su plan comercial, usted será financieramente responsable de los servicios que le proporcionamos. Es su responsabilidad comunicarse con su compañía de seguros antes de su cita para verificar si se requiere una preautorización, precertificación o una remisión. Nosotros presentaremos su (s) reclamo (s) a su compañía de seguros basado en la información que usted provee a nuestra oficina en el momento del servicio. Si usted no tiene esta información, usted será financieramente responsable de su visita. Si tiene alguna pregunta sobre pagos, deducibles u otros beneficios, comuníquese directamente con su compañía de seguros.

Nombre Completo del Paciente (Primer - Medio - Último)		Sexo: M O Fo	Fecha de nacimiento del paciente	Estado civil: o individual o Casado O O Viudo Divorciado
Dirección postal Ciudad Estado Código postal			Teléfono móvil: Teléfono de casa:	Seguridad Social del Paciente #
Dirección física (si es diferente de arriba)			Estado de la Ciudad	Cremallera
Parte responsable Nombre de la <i>relación</i> ? ◆■		o Auto o cónyuge o Padres	Fecha de nacimiento de Resp Party	SSN de la Parte Responsable
Parte responsable Dirección <i>o Igual que el paciente</i> Código postal Estado de la licencia de conducir: Número:				Método de contacto preferido <ul style="list-style-type: none"> • Texto • Correo electrónico
Nombre del contacto de emergencia:			Teléfono de contacto de emergencia:	
Nombre del Empleador Teléfono Comercial:			Dirección de correo electrónico:	
<p>Beneficiario vida de Medicare “archivo de firma”: solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se hagan en mi nombre a Virginia cerebro y la columna Center, Inc. Por los servicios que me proporcionan los médicos. Autorizo a cualquier titular de información médica acerca de mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de Cuidado de la Salud ya sus agentes información para determinar los beneficios pagaderos por los servicios prestados.</p> <p>_____</p> <p>Firma del Paciente / Beneficiario Fecha</p>				
<p>Privada Seguros y Compensación de Trabajadores Autorización de Asignación de Beneficios e Información de lanzamiento: El abajo firmante, autorizar el pago de beneficios médicos a Virginia cerebro y la columna Center, Inc. por cualquier servicio me proporcionados por el médico. Le autorizo a divulgar a mi compañía de seguros información relacionada con el cuidado de la salud, el asesoramiento, el tratamiento o los suministros que me han proporcionado. Esta información se utilizará con el propósito de evaluar y administrar reclamos de beneficios. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier monto no cubierto por mi contrato.</p> <p>_____</p> <p>Firma del Paciente, Padre o Guardián (si el niño es menor de 18 años) Fecha</p>				
<p>Autorización y asignación de beneficios de seguros: Me permiten una copia de esta autorización y firma a utilizar en lugar de este original en todas las presentaciones de reclamaciones de seguros y por la liberación de la información protegida de salud médica u otra específica, ya sea manual, electrónico o telefónica. Autorizo a la Práctica a solicitar beneficios por servicios prestados a mí mismo oa un niño menor bajo cualquier póliza de seguro de salud que provee beneficios y por este medio también asigno y autorizo el pago de beneficios de mi compañía de seguros a la Práctica (incluyendo los beneficios pagaderos bajo el Título XVIII del Social Seguridad y / o cualquier otra agencia gubernamental.) Yo autorizo irrevocablemente todos los pagos a la Práctica. Autorizo a la Práctica a contactar al empleador oa la compañía de seguros con respecto a la información del seguro, la existencia del seguro y la cobertura de mis beneficios.</p> <p>En consideración por el servicio médico prestado, reconozco haber recibido la notificación de las Instrucciones del Paciente y la Política Financiera y acordar pagar por dichos servicios médicos de acuerdo con los términos y seguir las instrucciones del paciente. Mi firma a continuación indica que he leído y estoy de acuerdo con las políticas.</p> <p>_____</p> <p>Paciente / Parte responsable / Firma del tutor Fecha</p>				

Consentimiento para la publicación y uso de información confidencial y acuse de recibo de notificación de prácticas de privacidad

Por medio del presente doy mi consentimiento a Virginia Brain y Spine Center, Inc. para usar o divulgar, con el propósito de realizar tratamiento, pago o operaciones de atención médica, toda la información contenida en mi historial médico privado.

Reconozco la revisión y / o la recepción de la Notificación de Prácticas de Privacidad del médico. La Notificación de Prácticas de Privacidad proporciona información detallada sobre cómo la práctica puede usar y revelar mi información confidencial. Entiendo que el médico se ha reservado el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad que se describen en la Notificación. También entiendo que una copia de cualquier Aviso revisado estará disponible para mí en una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

Entiendo que este consentimiento es válido hasta que sea revocado por mí. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito de mi deseo de hacerlo, al médico. También entiendo que no podré revocar este consentimiento en los casos en que el médico ya haya confiado en él para usar o divulgar mi información de salud. La revocación por escrito del consentimiento debe ser enviada al consultorio del médico.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar que la práctica restrinja cómo se usa y / o divulga mi información de salud identificable individualmente para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o salud. Entiendo que la práctica no tiene que aceptar tales restricciones, pero que una vez acordadas tales restricciones, la práctica y sus agentes deben adherirse a tales restricciones.

Debido a la Ley de Privacidad de HIPPA, no se nos permite divulgar información sobre su atención. Si desea conceder su permiso, por favor, anote a continuación la persona (s) con la que podamos hablar en su nombre. Tenga en cuenta que los que se enumeran a continuación tendrán acceso completo a su información privada de salud.

(1)Nombre, Relación con el Paciente _____ (2) Nombre, Relación con el paciente _____

(3) Nombre, Relación con el paciente _____

- El personal de la oficina puede dejar mensajes sobre el tratamiento en el número de teléfono: _____
- No quiero que mi información se utilice para propósitos de marketing o recaudación de fondos.

Firma del Paciente, Padre o Guardián (si el niño es menor de 18 años) Fecha

Paquete de información de evaluación del dolor Gráfico #: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Por favor liste todas las alergias (medicamentos, medio ambiente, etc.): _____

Anote todos los medicamentos actuales, las dosis y el médico la prescripción (o adjuntar lista): _____

Por favor, enumere todos los médicos / proveedores y la especialidad (atención primaria, el dr ojo, cardiología, etc.) que están atendiendo en el presente y la lista de su farmacia: _____

Antecedentes familiares: Por favor escriba cualquier enfermedad de sus parientes tienen / tenían. Si están fallecidos, anote la edad y la causa de la muerte.

Madre: _____ Padre: _____ Hermanos: _____

Historial médico: Por favor marque cualquier problema que usted ha experimentado y escribir cualquier problema no aparece.

La fiebre reumática Diabetes dejado inconsciente episodio psicótico de las válvulas cardíacas

Enfermedad del corazón meningitis enfermedad de úlcera VIH positivo tiroides

Trastorno de la pérdida de memoria Blood Ansiedad la Presión Convulsiones Blood

Problema ocular Parálisis Depresión Hepatitis Cáncer

Lupus esclerosis múltiple Fibromialgia activo Quimioterapia Otros: _____

Enumere todas las hospitalizaciones, cirugías y procedimientos:

Fecha: Cirugía / Diagnóstico: Hospital: Cirujano / Nombre del médico:

Historia social (marque uno): Casado Viudo Divorciado Separado individual que vive en la

Raza: _____ Origen étnico: _____

Preferido: Idioma _____

¿Cuántos hijos tiene? Hijos: _____ Hijas: _____

Ocupación: _____

¿Jubilado? Si no

Hábitos: Por favor, conteste con sinceridad las siguientes preguntas para que podamos proporcionar una atención segura y eficaz.

¿Está actualmente fumando? Sí No Fumar desde entonces? _____ ¿Cuántos cigarrillos / cigarros por día? _____

¿Alguna vez has fumado? Sí No ¿Empezó cuando? _____ se detuvo cuando? _____

¿Bebes alcohol? Sí No ¿Cuántas bebidas por semana? _____ ¿Alguna vez ha sido arrestado por un DUI? Si no

¿Alguna vez ha utilizado drogas ilícitas durante el último año? Sí No En caso afirmativo, ¿qué? Heroína de cocaína marihuana

Anfetamina Otros:

¿Ha tenido cargos de drogas en el pasado? Sí No ¿Ha sido tratado alguna vez por abuso de sustancias? Si no

¿Le han tratado en otra facilidad de la gerencia del dolor en el pasado? Si no

¿Ha recibido previamente inyecciones en esta área? Si no

¿Dónde está la ubicación de su dolor más severo? _____

¿Cuánto tiempo ha estado presente? _____ ¿Qué causó su dolor? ¿Fue gradual en el inicio o desencadenado por un

evento? ¿Está relacionado con el trabajo? Por favor describa. _____

¿Cuál es su nivel de dolor actual (0-10)? _____

(Escala de dolor de 0-10 Mankoski)

0 sin dolor

1 muy menor molestia - ocasionales punzadas menores.

2 Menor molestia - ocasionales punzadas fuertes.

3 bastante molesto estar distracción.

4 puede ser ignorada si está realmente involucrado en su trabajo, pero

Sigue distraiendo

5 No se puede ignorar por más de 30 minutos.

6 no puede ser ignorado por mucho tiempo, pero todavía se puede Ir a trabajar y participar en actividades sociales.

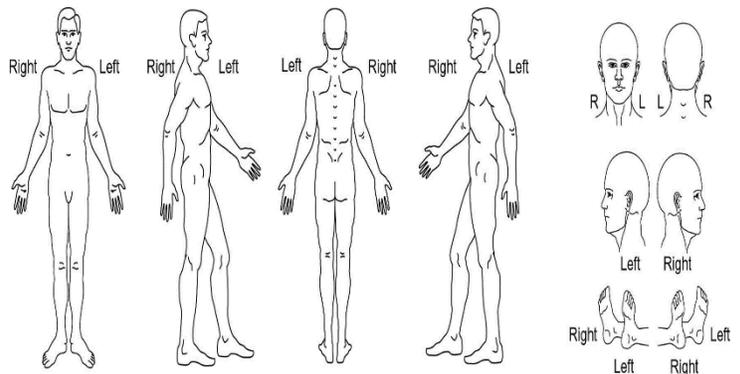
7 hace que sea difícil concentrarse, interfiere con el sueño. Usted todavía puede funcionar con esfuerzo.

8 La actividad física severamente limitada. Usted puede leer y Conversar con el esfuerzo. Náuseas y mareos como factores de dolor.

9 incapaz de hablar. Gritando o gimiendo Incontrolablemente - cerca del delirio.

10 inconsciente. El dolor te hace desmayarse.

Por favor sombra áreas de dolor



¿Con qué frecuencia está presente el dolor? Constante con frecuencia (varias veces cada hora) esporádico (varias veces al día)

Ocasional (varias veces a la semana) raro (varias veces al mes)

¿Qué palabras describen mejor sus síntomas? Afilado, ardiente, disparando, m

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas? entumecimiento hormigueo dolores de cabeza debilidad

¿Qué hace que su dolor mejor? Calor de descanso estiramiento de hielo medicamento _____
otro _____

¿Qué empeora su dolor? Mentir sentarse de pie caminar doblar / torcer el estrés emocional

Moviéndose de la posición sentada al tiempo frío que se coloca el tiempo caliente
other _____

¿Cuál es la actividad más física que puedes hacer? _____

¿Qué objetivo simple le gustaría ser capaz de hacer? _____

¿Qué medicamento (incluido el medicamento de venta libre) toma para su dolor? _____

Aproximadamente, ¿qué **porcentaje de** mejora proporciona el medicamento? _____

¿Qué medicamentos **no** han **logrado** ayudar? (Incluyendo medicamentos sin receta médica):

¿Alguna vez ha probado alguno de los siguientes medicamentos neuropáticos? Por favor circule que aplica

Gabapentina / Neurontin Lyrica Cymbalta Topamax / Topiramato Ninguno

¿Alguna vez ha asistido a terapia física? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuándo? ¿Y fue útil? _____

¿Alguna vez usó una unidad TENS en el pasado? Si no

Pasado Exámenes médicos: Por favor, indique cuándo y dónde si ha sufrido alguna de las siguientes pruebas.

Tomografía computarizada (columna vertebral)

Exploración de la RMN (columna)

Contingencias EMG / Nerve

Rayos X

Acceso al Portal del Paciente

Patient Portal Access es el registro de salud personal y el portal de pacientes todo en uno que le permite acceder a su información de salud. Tendrá acceso en línea 24/7 desde cualquier computadora, smartphone o tablet. Podrá ver los resultados de pruebas y de laboratorio, enviar y recibir mensajes seguros en línea, solicitar recargas de Rx, cancelar citas y recibir recordatorios de atención por correo electrónico. También puede descargar la aplicación de portal gratuita en su tienda de Apple o Android (ingrese FollowMyHealth en el campo de búsqueda).

Complete este formulario en su totalidad y recibirá un correo electrónico de Follow My Health con instrucciones sobre cómo configurar su cuenta personal de Acceso al Portal del Paciente. Debe registrar su nueva cuenta sólo desde un ordenador, no puede crear una cuenta en una tableta o un teléfono inteligente. Una vez creada su cuenta, podrá acceder a su cuenta desde cualquier dispositivo (computadora, smartphone o tablet).

Por favor, complete este formulario si usted tiene una dirección de correo electrónico válida, ya que no podemos enviar su solicitud sin ella.

Nombre de pila: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Últimos Cuatro de SSN: _____

Dirección de correo electrónico válida (Por favor escriba claramente):

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD:

A continuación se describen las formas en que podemos usar y divulgar la información de salud que lo identifica ("Información de salud"). Excepto para los propósitos que se describen a continuación, usaremos y revelaremos Información de Salud solamente con su permiso por escrito. Usted puede revocar tal permiso en cualquier momento escribiendo a nuestro oficial de privacidad de la práctica.

Para el tratamiento. Podemos usar y divulgar información de salud para su tratamiento y para proporcionarle servicios de atención médica relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar Información de Salud a médicos, enfermeras, técnicos u otro personal, incluidas personas ajenas a nuestra oficina, que estén involucradas en su atención médica y que necesiten la información para brindarle atención médica.

Para el pago. Podemos usar y divulgar información de salud para que nosotros u otros puedan facturar y recibir un pago de usted, una compañía de seguros o un tercero por el tratamiento y los servicios que recibió. Por ejemplo, podemos darle información sobre su plan de salud para que pague por su tratamiento.

Para operaciones de atención médica. Podemos usar y divulgar información de salud para propósitos de operaciones de atención médica. Estos usos y revelaciones son necesarios para asegurarse de que todos nuestros pacientes reciben atención de calidad y para operar y administrar nuestra oficina. Por ejemplo, podemos usar y divulgar información para asegurarnos de que la atención obstétrica o ginecológica que reciba sea de la más alta calidad. También podemos compartir información con otras entidades que tienen una relación con usted (por ejemplo, su plan de salud) para sus actividades de operación de atención médica.

Los recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y relacionados con la salud beneficios y servicios. Podemos usar y divulgar información de salud para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita con nosotros. También podemos usar y divulgar información de salud para informarle sobre las alternativas de tratamiento o los beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden ser de interés para usted.

Las personas involucradas en su atención o el pago de su atención. Cuando sea apropiado, podemos compartir Información de Salud con una persona que está involucrada en su atención médica o pago por su cuidado, como su familia o un amigo cercano. También podemos notificar a su familia acerca de su ubicación o condición general o revelar dicha información a una entidad que ayuda en un esfuerzo de ayuda en caso de desastre.

Como requiere la ley. Divulgaremos Información de Salud cuando lo requiera la ley internacional, federal, estatal o local.

Para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad. Podemos usar y divulgar Información de Salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público u otra persona. Sin embargo, las divulgaciones se harán solamente a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

Asociados comerciales. Podemos divulgar Información de Salud a nuestros socios comerciales que desempeñan funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la información es necesaria para tales funciones o servicios

Riesgos para la salud pública. Podemos divulgar información de salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen divulgaciones para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; Informar sobre nacimientos y muertes; Reportar abuso o negligencia infantil; Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notify people of recalls of products they may be using; a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition; and the appropriate government authority if we believe a patient has been the victim of abuse, neglect or domestic violence. We will only make this disclosure if you agree or when required or authorized by law.

Data Breach Notification Purposes. We may use or disclose your Protected Health Information to provide legally required notices of unauthorized access to or disclosure of your health information.

Law Enforcement . We may release Health Information if asked by a law enforcement official if the information is: (1) in response to a court order, subpoena, warrant, summons or similar process; (2) limited information to identify or locate a suspect, fugitive, material witness, or

missing person; (3) about the victim of a crime even if, under certain very limited circumstances, we are unable to obtain the person's agreement; (4) about a death we believe may be the result of criminal conduct; (5) about criminal conduct on our premises; and (6) in an emergency to report a crime, the location of the crime or victims, or the identity, description or location of the person who committed the crime.

Other uses and disclosures of Protected Health Information not covered by this Notice or the laws that apply to us will be made only with your written authorization. If you do give us an authorization, you may revoke it at any time by submitting a written revocation to our Privacy Officer and we will no longer disclose Protected Health Information under the authorization. But disclosure that we made in reliance on your authorization before you revoked it will not be affected by the revocation.

YOUR RIGHTS :

Right to Inspect and Copy . You have a right to inspect and copy Health Information that may be used to make decisions about your care or payment for your care. This includes medical and billing records, other than psychotherapy notes. To inspect and copy this Health Information, you must make your request, in writing, to Virginia Brain and Spine Center, 1818 Amherst St. Winchester, VA 22601. We have up to 30 days to make your Protected Health Information available to you and we may charge you a reasonable fee for the costs of copying, mailing or other supplies associated with your request.

Right to Get Notice of a Breach. You have the right to be notified upon a breach of any of your unsecured Protected Health Information.

Right to Amend . If you feel that Health Information we have is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. You have the right to request an amendment for as long as the information is kept by or for our office.

Right to an Accounting of Disclosures . You have the right to request a list of certain disclosures we made of Health Information for purposes other than treatment, payment and health care operations or for which you provided written authorization.

Right to Request Restrictions . You have the right to request a restriction or limitation on the Health Information we use or disclose for treatment, payment, or health care operations. You also have the right to request a limit on the Health Information we disclose to someone involved in your care or the payment for your care, like a family member or friend. We are not required to agree to your request unless you are asking us to restrict the use and disclosure of your Protected Health Information to a health plan for payment or health care operation purposes and such information you wish to restrict pertains solely to a health care item or service for which you have paid us "out-of-pocket" in full. If we agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you with emergency treatment.

Right to a Paper Copy of This Notice . You have the right to a paper copy of this notice. You may ask us to give you a copy of this notice at any time. Even if you have agreed to receive this notice electronically, you are still entitled to a paper copy of this notice. You may obtain a copy of this notice at our web site, www.vabrainandspine.com

CHANGES TO THIS NOTICE:

We reserve the right to change this notice and make the new notice apply to Health Information we already have as well as any information we receive in the future. We will post a copy of our current notice at our office. The notice will contain the effective date on the first page, in the top right-hand corner.

COMPLAINTS:

Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nuestra oficina, póngase en contacto con Amy Maynard, Director de la Oficina. Todas las quejas deben ser hechas por escrito. **Usted no será penalizado por presentar una queja** .

Puede ponerse en contacto con nuestra oficina en:

Virginia cerebro y la columna Center, 1818 Amherst St Winchester, VA 22601 o llamando al 540-450-0074.