

Querido paciente

Hemos recibido su información de su médico referenciándolo a Neurocirugía. Se adjunta el nuevo paquete de pacientes del Centro de Cerebro y Espina dorsal de Virginia para el Departamento de Cirugía Neurológica. 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**
- **Cualquier película de imágenes y los informes correspondientes que le**

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 molesto, sin embargo, le animamos a traer a alguien a la cita para ayudarlo.

Si no puede mantener su cita, por favor llámenos al 540-450-0072 por lo menos 24 horas antes. **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 usted tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nuestra oficina al (540) 450-0072. Muchas gracias por elegir nuestra práctica para sus necesidades de cirugía neurológica.



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. Permita por favor 5-10 días laborales para el proceso.

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
Neurocirugía 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. Chadduck, Catlett NP-C: 540-771-2300
Consejero Financiero paciente para el Dr. Schopick, McNeil NP-C, el Dr. Selznick, Hahn - Simmons NP - C, Dr. Irlanda, Henderson NP-C: 540-771-2305

POLÍTICA 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 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. Las tarifas están sujetas a cambios sin previo aviso.

Planes de Seguros Participantes:

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

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 ☐ F ☐	Fecha de nacimiento del paciente	Estado civil: ☐ individual ☐ Casado ☐ ☐ 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 relación? 		☐ Auto ☐ cónyuge ☐ Padres	Fecha de nacimiento de Resp Party	SSN de la Parte Responsable
Parte responsable Dirección ☐ Igual que el paciente Código postal Estado de la licencia de conducir: Número:				Método de contacto preferido ☐ Texto ☐ Correo electrónico
Nombre del contacto de emergencia:			Teléfono de contacto de emergencia:	
Nombre del Empleador Teléfono Comercial:			Dirección de correo electrónico:	
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. _____ Firma del Paciente / Beneficiario Fecha				
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. _____ Firma del Paciente, Padre o Guardián (si el niño es menor de 18 años) Fecha				
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. 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. _____ Paciente / Parte responsable / Firma del tutor Fecha				

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 revelar 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 fines de marketing o recaudación de fondos.

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

Patient Intake Form

P a t e n t i N a m e _ D t u _____

D t u de B i r t h _U n g e _____

Raza_____ **Origen étnico**_____ **Idioma preferido**_____

Referr ING Docar _D O C T o P h o n e # _____

Ch es

decir, f Compl aint: Please check all those that unpply to today's visit

B r a i n N e c k / A r m / H a n d B a c k / L e g / F o o t

☐ É l a d c h e ☐ N e c k P a i n ☐ B a c k P a i n

□ Se iz u r e L e f t R i g h t L e f t R i g h t

☐ D z i n i z s E S ☐ U n r m P a i n ☐ ☐ ☐ L e g P a i n ☐ ☐

□ Vision Loss

☐ El ar i ng Los s ☐ Un rm Nu m n b ES s ☐ ☐ ☐ Le g Nu m n b ES s ☐ ☐

□ T ú m o r

☐ T ra una u m ☐ Un rm Tenemos un k n es s ☐ ☐ ☐ Le g Nosotros, a k n ES s ☐ ☐

☐ Other: _____

A l l e r g I E s: P l e a s e c h e c k a n y t o d o s

los erglesto medications that unpply or here ☐ if no e.

☐ Pencillins

☐ Other: _____

Past Medical Rg/Suical History: Please check all that unply
or here ☐ if no a unll.

☐ É l a r t D i s e u n a s e ☐ N e c k P a n ☐ i B a c k / k N e c S u r g e r y

☐ Lung Disease ☐ Back Pain ☐ Elbow Surgery

☐ D I A sea t e s ☐ S t r o k e ☐ P u n c e m a k e r

☐ Blood Pressure ☐ Cancer ☐ Elart Stents☐ Ulcers ☐ Other ☐ Other _____

D i a g n o s t i c S t u d e s d e c r i b e s: P l e a s e c h e c k s t u d e s r e l a t e d t o t h i s v i s i t o r h e r e ☐ i f n o e.

D t u Loc ati ó n

☐ MR I _____

☐ CT _____

☐ E MG / N e r v e S t u d y _ _____

☐ Arteirogrunm _____

☐ O t h e r: _____

R e v es

decir, w of Systems: Please check any symptoms you have received NTL y e X P e r i e n c e d o r q u e r e i f n o a u n l l.

Chest/Lgs ONU nos m c u l o s k e l e t a l / O t h e r : r a l G e n e

☐ Fever ☐ Cough ☐ Joint Pain☐ Infection ☐ Wheezing ☐ Muscle Pain☐ No sight loss ☐ Short of breath ☐ Easy bleed eng/bruising^f

☐ No s i g h t G a i n ☐ O t h e r: _____ ☐ O t h e r:

☐ Other: Abd asan/Entestines/Liver U r i n a r y/Bladder

Él a r t/Vascular ☐ Ab do i n a l m Pain ☐ I n c o n t i n e n c e

☐ C h e s t P a i n ☐ N u n a U s e u n a T I / V o m i n g ☐ R e t e n t i o n

☐ P a l p i t a t i o n s ☐ D i u n n r h e u n ☐ U r i n a r y F r e q u e n c y

☐ E x e r c i s e I n t o l e r a n c e ☐ C o n s t i p a t i o n ☐ O t h e r: _

☐ O t h e r: _ ☐ O t h e r: _

F a m i l y H i s t o r y: P l e a s e c h e c k s i g d e

N i f i c a n t m e d i c a l c o n d i t i o n s i n y o u r i m m e d i e n e f a m i l y m e m s e a r s **o r h e r e** ☐ **i f n o e.**

☐ É l a r t D i s e u n a s e ☐ S t r o k e ☐ D i a s e r t e s

☐ L u n g D i s e u n a s e ☐ C a n c e r ☐ H i G H B l o o d P r e s s u r e

☐ O t h e r: _____

S o a l c i H o l a s t o r i o:

O c c h a s t a t i ó n: _ R e t i r e d? ☐ ☐ V o s o t r o s s N o N o y o u d r i n k a l c o h o l r e g u l a r l y? ☐ Y E s ☐ N o

N o y o u s o d e m? ☐ ☐ F u m a d o r E x F u m a d o r ☐ N u n c a ¿C o n q u é f r e c u e n c i a? ☐ A c t u a l m e n t e f u m a a l g u n o s d í a s ☐ A c t u a l m e n t e f u m a c a d a d í a

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 divulgaciones 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 asiste 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; Notificar a la gente de los retiros de productos que puedan estar usando; Una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; Y la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta revelación si usted está de acuerdo o cuando es requerido o autorizado por la ley.

Fines de Notificación de Violación de Datos. Podemos usar o divulgar su Información Protegida de Salud para proporcionar avisos legalmente requeridos de acceso no autorizado o divulgación de su información de salud.

Aplicación de la Ley. Podemos divulgar información de salud si un funcionario encargado de hacer cumplir la ley nos pregunta si la información es: (1) en respuesta a una orden judicial, citatorio, orden judicial, citación o proceso similar; (2) información limitada para identificar o localizar a

un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; (3) acerca de la víctima de un delito incluso si, bajo ciertas circunstancias muy limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la persona; (4) acerca de una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal; (5) sobre conducta criminal en nuestras instalaciones; Y (6) en una emergencia para reportar un crimen, la ubicación del crimen o las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

Otros usos y divulgaciones de Información Protegida de Salud no cubiertos por este Aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán solamente con su autorización por escrito. Si nos da una autorización, puede revocarla en cualquier momento enviando una revocación por escrito a nuestro Oficial de Privacidad y ya no divulgaremos la Información de Salud Protegida bajo la autorización. Pero la revelación que hicimos en dependencia de su autorización antes de revocarla no será afectada por la revocación.

Sus derechos:

Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar Información de Salud que puede ser usada para tomar decisiones sobre su cuidado o pago por su cuidado. Esto incluye registros médicos y de facturación, que no sean notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar esta Información de Salud, debe hacer su solicitud, por escrito, a Virginia Brain and Spine Center, 1818 Amherst St. Winchester, VA 22601. Tenemos hasta 30 días para poner su Información Médica Protegida a su disposición y nosotros Puede cobrarle una tarifa razonable por los costos de copiar, enviar por correo u otros suministros asociados con su solicitud.

Derecho a obtener notificación de una violación. Usted tiene el derecho de ser notificado en caso de incumplimiento de cualquiera de sus Información Médica Protegida sin garantía.

Derecho a enmendar. Si considera que la información de salud que tenemos es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que modifique la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información sea guardada por o para nuestra oficina.

Derecho a un informe de divulgaciones. Usted tiene el derecho de solicitar una lista de ciertas revelaciones que hicimos de la Información de Salud para propósitos que no sean tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud o para las cuales haya proporcionado autorización por escrito.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la Información de Salud que usamos o divulgamos para tratamiento, pago o operaciones de atención médica. 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.

Acuerdo para el tratamiento en Virginia cerebro y la columna Centrar

Paciente: _____ Fecha: _____

Este formulario se utiliza con todos los pacientes en Virginia cerebro y la columna central para establecer límites básicos para el uso de sustancias controladas o medicamentos para el dolor, para tratar el dolor. Lo hacemos para proteger su acceso a medicamentos para el dolor y la habilidad de su médico para usarlos para controlar su dolor. Ciertos medicamentos contra el dolor tienen el potencial de abuso o mal uso, y tenemos la responsabilidad de minimizar tales ocurrencias. También tenemos una responsabilidad moral, ética y legal de respetar las leyes locales, estatales y federales que rigen estos medicamentos.

También somos responsables de medir periódicamente su progreso hacia los objetivos del plan de tratamiento, que también puede incluir terapia física, psicoterapia o medicina del comportamiento. También somos responsables de determinar si hay razones médicas aceptadas para que usted continúe usando medicamentos para el dolor como parte de su plan de tratamiento. No pretendemos que este acuerdo sugiera que tiene un problema al usar analgésicos. Utilizamos este formulario de forma rutinaria y creemos que es un componente necesario de la atención médica de calidad.

******* Los siguientes términos sólo se aplican a aquellos pacientes a quienes se les prescribe medicamentos para el dolor narcótico por nuestra oficina.**

Términos de la Declaración de Responsabilidad

Revise cuidadosamente esta lista de promesas, ya que esperamos que las guarde. Siguiendo la lista de promesas es un espacio para su firma. Al firmar este documento, nos está diciendo que usted (1) lo lee, (2) lo entiende, (3) acepta sus términos y (4) entiende las posibles consecuencias si no cumple sus promesas.

Yo, _____, prometo:

1. Estoy viendo cerebro y la columna vertebral de Virginia Centro para el tratamiento del dolor y / o razones quirúrgicas. Si voy a otro médico para una queja del dolor, voy a decirle a mi médico en Virginia cerebro y la columna Centrar inmediatamente.
2. Apareceré para todas las citas programadas y trataré a mi médico ya su personal con respeto.
3. Le daré a mi médico y su personal información completa y honesta sobre mi (a) niveles de alivio del dolor, (b) nivel de actividad (función), (c) cualquier efecto secundario que experimente mientras uso mis medicamentos para el dolor y (d) cuánto y con qué frecuencia uso los medicamentos para el dolor. Lo haré en cada visita a la oficina y cada vez que hable con mi médico o su personal por teléfono o por escrito.

4. Yo llenaré mis medicamentos para el dolor sólo en _____ Farmacia. Si decido cambiar de farmacia, prometo informarle a mi médico o a su personal dentro de un día hábil del cambio.
5. No voy a cambiar (disminuir o aumentar) la cantidad de medicamentos para el dolor que tomo sin primero obtener el permiso de mi médico.
6. Le diré a mi médico si mi dentista me receta cualquier medicamento para el dolor dental.
7. Voy a decirle a mi médico si otro médico me emite una receta para *cualquier medicamento*. Entiendo que es importante reportar esta información a mi médico porque algunos medicamentos pueden no funcionar bien con los medicamentos para el dolor y podrían causarme daño.
8. Le diré a mi médico si experimento nuevas condiciones médicas o problemas de dolor.
9. No compartiré, venderé ni permitiré que otros tomen o usen mi medicación para el dolor. Tendré cuidado de cómo almacenar el medicamento para el dolor y lo guardaré en un lugar seguro, lejos de animales, niños y otros.
10. Voy a buscar ayuda inmediata si tengo una emergencia médica. Si voy a la sala de emergencias por cualquier razón, prometo informar a mis médicos acerca de este evento dentro de las 24 horas de mi visita a la sala de emergencias. Si no puedo informarle a mi médico sobre mi visita a la sala de emergencias, doy mi consentimiento a mi médico para hablar con los miembros de mi familia y cualquier proveedor de atención médica que participe en mi atención sobre estos temas. También doy mi consentimiento a la sala de emergencias para que le dé documentación relacionada con mi tratamiento médico de emergencia.
11. Le daré una muestra de sangre o de orina si mi médico me la pide. Entiendo que mi médico usará los resultados de una prueba de sangre o orina para decidir si estoy tomando mi medicamento para el dolor y si hay una razón médica para suspender el uso de mi medicamento para el dolor.
12. Escribiré todos los hechos relacionados con la pérdida de mi medicación para el dolor o recetas, si me lo pide mi médico. Entiendo que mi médico tiene plena discreción para reemplazar mis medicamentos para el dolor o las recetas médicas.
13. No voy a conducir un vehículo ni operar equipos o maquinaria pesada mientras uso mis medicamentos para el dolor.
14. Entiendo que es mi responsabilidad reportar mi uso de medicamentos a mi empleador si se me requiere hacerlo.

15. Participaré en un programa de recuperación de sustancias químicas / toxicómanas si así lo solicita mi médico. Si no cumplo con esta promesa, entiendo que mi médico puede cambiar mi plan de tratamiento e interrumpir el uso de medicamentos para el dolor. Como alternativa, entiendo que mi médico puede decidir descargarme de su atención médica.

16. Entiendo que el uso de sustancias controladas y el consumo de alcohol puede dañarme a mí o a otras personas. Estoy de acuerdo en hablar con mi médico acerca de la cuestión de beber alcohol y tomar cualquier medicamento que me recete en el momento en que reciba alguna receta. Entiendo que mi incapacidad de revelar el uso de alcohol a mi médico puede resultar en una modificación de mi plan de tratamiento a uno que no incluya sustancias controladas o descarga de la práctica.

17. Continuaré con o comenzaré a participar en un programa de recuperación si tengo antecedentes de abuso de sustancias químicas o sustancias. Entiendo que el uso de sustancias ilícitas como la cocaína, la marihuana, las anfetaminas o la heroína es un motivo suficiente para el alta de esta práctica.

18. Mi médico administrará mi postope dolor rativo durante 14 días después de un procedimiento quirúrgico. En ese momento, si todavía necesito analgésicos, me pondré en contacto con mi médico de atención primaria o aceptaré ser evaluado por la Administración del dolor.

19. *Pacientes de sexo femenino:* No estoy embarazada a lo mejor de mi conocimiento y voy a usar un método anticonceptivo adecuado mientras está tomando medicamentos para el dolor. Si me quedo embarazada mientras estoy tomando medicamentos para el dolor, entiendo que puede causar problemas médicos severos, incluyendo la muerte de mi hijo por nacer, y le informaré inmediatamente el embarazo a mi médico. Estoy de acuerdo en no amamantar mientras estoy tomando medicamentos para el dolor, ya que el medicamento pasa a través de mi leche materna a mi hijo y podría causar problemas médicos severos incluyendo la muerte.

Consecuencias de mi fracaso para guardar mis promesas

Entiendo que si no cumplo con cualquiera de mis promesas en este documento, o si he deturpado algún hecho, mi médico puede decidir tomarme de forma segura los medicamentos para el dolor, según sea médicamente apropiado, y seguir tratando mi dolor con tratamientos no farmacológicos. También entiendo que mi médico puede decidir descargarme de su atención médica. También entiendo que es un delito dar información falsa en el intento de obtener sustancias controladas.

Firmas y acuse de recibo de la copia

Proveedor: _____ Fecha: _____

Paciente: _____ Fecha: _____

Miembro de la familia / cuidador: _____ Fecha: _____