

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: (Por favor complete toda la información por completo)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección: _____

Código postal: _____ Expresar: _____ Ciudad: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____ Estado civil S M D W

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Médico de atención primaria (nombre y apellido): _____

Médico de referencia (nombre y apellido): _____ Teléfono: _____

¿Cómo se enteró por primera vez del Hanover Parkway Sugerí Center?

____ Referencia médica ____ Sitio web del seguro ____ Búsqueda en Internet ____

Amigo/Familia

____ Anuncio ____ Referencia al hospital ____ Seminario ____ Otro

¿Sufriste una lesión en el trabajo? S N ¿Está cubierto por una póliza de empleador o sindicato?
S N¿Sus lesiones están relacionadas con accidentes? S N ¿Está usted bajo Compensación al
Trabajador? S N**INFORMACIÓN DEL SEGURO:** (Por favor complete toda la información por completo)**Nombre de la compañía de seguros principal:** _____ Copago \$ _____

Habla a: _____

ID#: _____ Grupo#: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Número de seguro
social del titular de la póliza: _____

Empleador del Titular de la Póliza: _____

Nombre de la compañía de seguros secundaria: _____ Copago \$ _____

Habla a: _____

ID#: _____ Grupo#: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Número de seguro
social del titular de la póliza: _____

Empleador del Titular de la Póliza: _____

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE:

Autorizo al Centro de Cirugía de Hanover (HPSC) (Dr. Tesfayohannes/Dr. Kiefer/ Dr. Hagos) a solicitar beneficios en mi nombre por los servicios prestados. Certifico que la información que he informado con respecto a mi cobertura de seguro es verdadera y correcta y, además, autorizo la divulgación de cualquier información necesaria (para incluir información médica) para cualquier reclamo relacionado. También entiendo que si mi plan de seguro requiere que obtenga una remisión y no tengo la remisión necesaria conmigo en el momento del servicio, o si el médico que me refirió no emite una remisión, soy responsable de pagar todas las tarifas por los servicios adeudado a HPSC. Entiendo que, si no tengo beneficios fuera de la red bajo mi plan de seguro y si un médico tratante de HPSC no es un proveedor participante bajo mi seguro, soy responsable de todos los cargos por los servicios prestados por los médicos de HPSC. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original. Esta autorización puede ser revocada por mí por escrito. Entiendo que nada de lo aquí dispuesto me exime de que la compañía de seguros que se me hizo por los servicios prestados por cualquier miembro de HPSC se entregará a HPSC. Esto incluye visitas al consultorio, cirugía u otros procedimientos.

Fecha de firma _____

Recibí una copia de la Poliza financiera y el Aviso de prácticas de privacidad de Hanover Parkway Sugerí Center _____(iniciales)

El pago de la visita no garantiza los medicamentos prescritos previamente

El pago incluye: Evaluaciones

Pruebas internas

No habrá reembolsos después de que comience la evaluación.

Entiendo la política anterior. _____

Firma del paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Email: _____

Número de teléfono: (Principal) _____

Número de teléfono (Alternativo) _____

Médico de Atención Primaria

Nombre: _____

Teléfono no.: _____

Dirección de la oficina: _____

Médico de referencia

Nombre: _____

Teléfono no.: _____

Dirección de la oficina: _____

Radiographia/MRI

Nombre: _____

Teléfono no.: _____

Ubicación: _____

Instrucciones:

1. INFÓRMANOS CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE TOMASTE MEDICAMENTOS

ACUERDO DEL PLAN DE CUIDADO

El pago en efectivo al momento de la cita garantiza la evaluación completa por parte del médico. La evaluación puede incluir manejo de medicamentos, remisión a intervención de columna, fisioterapia o remisión a desintoxicación. El pago en efectivo no garantiza la prescripción continua de medicamentos prescritos por otros proveedores de atención médica.

No habrá reembolsos después del pago

Nombre del paciente: (letra de imprenta) _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

ACUERDO DE TRATAMIENTO

Este es un acuerdo entre (Nombre del paciente) _____ y _____ sobre el diagnóstico de _____ para los cuales se han recetado los siguientes medicamentos (narcóticos): _____
Entiendo que existe un tratamiento alternativo que incluye: _____

El objetivo de mi terapia es reducir mi dolor a un nivel que sea tolerable y me permita mejorar mi capacidad para realizar actividades diarias. Entiendo que el uso diario de narcóticos aumenta ciertos riesgos, que incluyen, pero no se limitan a:

- Adicción
- Reacciones alérgicas, sobredosis y/o complicaciones fatales
- Problemas respiratorios
- Somnolencia, mareos y/o confusión
- Deterioro del juicio e incapacidad para operar máquinas o conducir vehículos motorizados
- Náuseas, vómitos de tolerancia

Estoy de acuerdo con las siguientes pautas:

1. Tomaré este medicamento solo según lo recetado y no cambiaré la cantidad o la frecuencia sin la autorización de mi médico. Los cambios no autorizados pueden resultar en que me quede sin medicamento antes de tiempo, y no se permitirán recargas anticipadas.

2. Entiendo que, debido al alto potencial de abuso de estos medicamentos, se aplican las siguientes reglas: No se me permitirá obtener reabastecimientos anticipados ni recibir reemplazo de medicamentos perdidos o robados.

Las recargas solo se proporcionarán durante el horario habitual de oficina.

3. Obtendré TODAS mis recetas a través de _____, y surtiré TODOS mis medicamentos en (nombre de la farmacia). En una emergencia aguda, otro proveedor puede recetarme medicamentos. Si esto ocurre, se lo notificaré a mi médico de atención primaria o enfermera practicante lo antes posible.

4. Me someteré a análisis de sangre o de orina al azar si lo solicita mi médico o enfermera practicante para evaluar mi cumplimiento.

5. Acepto ver a _____ para la administración continua de casos y mantendré las citas programadas regularmente mientras tome este medicamento narcótico.

6. Si no sigo las pautas, entiendo que mi tratamiento será terminado.

He discutido los riesgos, beneficios y alternativas al tratamiento de narcóticos con mi proveedor. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas a esas preguntas a mi entera satisfacción.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Según lo exigen los Estándares de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1966 (HIPAA)

- He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad
- Entiendo que, si se realizan cambios a este Aviso de prácticas de privacidad, se publicará una copia revisada del aviso en la oficina.
- También entiendo que, si deseo recibir copias adicionales de este Aviso de prácticas de privacidad en el futuro o si tengo alguna pregunta con respecto a este Aviso de prácticas de privacidad, puedo comunicarme con:

Dr. Netsere Tesfayohannes, M.D.
Director médico
Teléfono: 301-718-1082
Fax: 301-718-1084

Dr. Haddis T. Hagos
Director médico
Teléfono: 301-220-2333
Fax: 301-220-2339

Para garantizar su privacidad, indique a continuación cómo desea que nos comuniquemos con usted con respecto a su atención médica. Escriba sus iniciales en cada uno que corresponda.

() Número de casa: _____ () Número de trabajo: _____

() Numero de celular: _____

() Puede dejar información sobre mi salud con:

Cónyuge (nombre): _____

- Otro: _____
- Mensaje en contestador automático/correo de voz

Esta autorización es válida por 1 año a menos que se indique: _____

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Testigo: _____

CENTRO DE CIRUGÍA HANOVER PARKWAY

AVISO DE PRIVACIDAD

EL SIGUIENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE

- Su información médica confidencial puede ser divulgada a otros profesionales de la salud dentro de Hanover Parkway Sugerí Center con el fin de brindarle atención de calidad.
- Su información médica confidencial puede ser entregada a su proveedor de seguros con el fin de que Hanover Parkway Sugerí Center reciba el pago por brindarle los servicios de atención médica necesarios.
- Su información médica confidencial puede divulgarse al público a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en el caso de una investigación en la que usted sea víctima de abuso, delito o violencia doméstica.
- Su información confidencial de atención médica puede divulgarse a otros proveedores de atención médica en caso de que necesite atención de emergencia.
- Su información médica confidencial puede divulgarse a una organización de salud pública u organización federal en caso de una enfermedad contagiosa o para informar un dispositivo defectuoso o un evento adverso a un producto biológico (alimento o medicamento).
- Su información médica confidencial NO se puede divulgar para ningún otro propósito que no sea el que se identifica en este aviso.
- Su información médica confidencial puede divulgarse solo después de recibir su autorización por escrito. Puede revocar su permiso para divulgar información médica confidencial en cualquier momento.
- Es posible que Hanover Parkway Sugerí Center se comunique con usted para recordarle cualquier cita, opciones de tratamiento de atención médica u otros servicios de salud que puedan ser de su interés.
- Es posible que el Hanover Parkway Sugerí Center se comunique con usted con el fin de recaudar fondos para apoyar las operaciones de la organización.

- Tiene derecho a restringir el uso de su información médica confidencial. Sin embargo, Hanover Parkway Sugerí Center puede optar por rechazar su restricción si está en conflicto con brindarle atención médica de calidad o en caso de una situación de emergencia.
- Tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su estado de salud.
- Tiene derecho a revisar la fotocopia de cualquiera o todas las partes de su información médica.
- Tiene derecho a realizar cambios en su información de atención médica.
- Tiene derecho a saber quién ha accedido a su información médica confidencial y con qué propósito.
- Tiene derecho a poseer una copia del Aviso de privacidad si lo solicita. Esta copia puede ser en forma de transmisión electrónica o en papel.
- Hanover Parkway Sugerí Center está obligado por ley a proteger la privacidad de sus pacientes. Mantendremos confidencial toda la información médica del paciente y les proporcionaremos una lista de deberes o prácticas que protegen la información médica confidencial.
- Hanover Parkway Sugerí Center cumplirá con los términos de este aviso. La organización se reserva el derecho de realizar cambios en este aviso y continuar manteniendo la confidencialidad de toda la información de atención médica. Los pacientes recibirán una copia por correo de cualquier cambio a este aviso dentro de los 60 días posteriores a la realización de los cambios.
- Tiene derecho a quejarse ante Hanover Parkway Sugerí Center si cree que se han violado sus derechos a la privacidad. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, envíe su queja por correo a:

A la atención de: Haddis T. Hagos, M.D.
Centro de cirugía Hanover Parkway
7300 Hannover Drive, Suite 204
Cinturón verde, Maryland 20770
- Todas las quejas serán investigadas. No se planteará ningún problema personal por presentar una queja con la organización.
- Para obtener más información sobre este Aviso de privacidad, comuníquese con Haddis T. Hagos, M.D. al (301) 220-2333.
- Este aviso entra en vigor a partir de la Fecha de vigencia. Esta fecha no debe ser anterior a la fecha en que se imprima o publique el aviso.

DERECHOS DEL PACIENTE

1. Tiene derecho a la privacidad y atención personal en un entorno seguro libre de toda forma de abuso, acoso, discriminación o represalia.
2. Tiene derecho a obtener información precisa y de fácil comprensión sobre su plan de salud, tratamiento, profesionales de la salud y establecimientos de salud. Si habla otro idioma, hágase un examen físico/ discapacidad mental o simplemente no entiende algo, se le debe ayudar para que pueda tomar decisiones informadas. decisiones de atención médica antes de su tratamiento o procedimiento.
3. Tiene derecho a elegir proveedores de atención médica que puedan brindarle atención médica de alta calidad.
4. Tiene derecho a saber qué servicios de apoyo al paciente están disponibles, incluido el acceso a un intérprete. si el idioma es un problema.
5. Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención. Padres, tutores, miembros de la familia o sustitutos que seleccione pueden representarlo si no puede hacer su propia decisión de acuerdo con la ley estatal. Si se determina que un paciente es incompetente según las normas estatales de salud y leyes de seguridad por un tribunal de jurisdicción competente, los derechos del paciente deben ser ejercidos por la persona designado bajo la ley estatal para actuar en su nombre.
6. Tiene derecho a una atención considerada y respetuosa de sus médicos, representantes del plan de salud y otros proveedores de atención médica que no lo discriminen.
7. Tiene derecho a hablar en privado con los proveedores de atención médica y a que su información de atención médica protegido. También tiene derecho a leer y copiar sus propios registros médicos. Tienes derecho a preguntar su médico para cambiar su registro si no es correcto, relevante o completo. A menos que lo autorice la ley, usted tiene el derecho de aprobar o rechazar la publicación de registros.
8. Tiene derecho a una revisión justa, rápida y objetiva de cualquier queja que tenga contra su salud. plan, médicos, hospitales u otros profesionales de la salud sin temor a represalias. Esto incluye quejas sobre los tiempos de espera, las horas de operación, las acciones del personal de atención médica y la idoneidad (o falta de) del tratamiento o la atención.
9. La información de contacto si cree que se violaron sus derechos es la siguiente:
Unidad de calidad de la atención en el consultorio: Programas de atención ambulatoria, Spring Grove Hospital Center, Bland Bryant Edificio, 55 Wade Avenue, Catonsville, Maryland 21228
Sitio web: <http://www.dhmd.maryland.gov/ohcq> Teléfono (800) 492-6005
10. Tiene derecho a presentar una queja ya sea verbalmente o por escrito a: Administrador o té Hanover Centro de Cirugía Parkway, 7300 Hanover Drive, Suite 204, Greenbelt, Maryland 20770, Teléfono (301) 477-3959. Recibirá una notificación por escrito de la decisión dentro de los 30 días calendario describiendo los pasos tomados para investigar los resultados y la fecha de finalización.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

1. Usted tiene la responsabilidad de proporcionar, a su leal saber y entender, datos de salud precisos y completos.
información.
2. Usted es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado.
3. Usted es responsable de participar en su plan de atención y proporcionar una Directiva anticipada, si tiene una.
4. Usted es responsable de hacer saber si comprende o no claramente el tratamiento médico.
5. Debe tener un adulto responsable que le brinde transporte y lo ayude con su cuidado para el primeras 24 horas después de la operación.

DIRECTIVA ANTICIPADA

Las directivas anticipadas no se cumplirán en nuestro centro de cirugía. Haremos todo lo posible para estabilizarlo a usted, el paciente, y organizaremos su traslado inmediato a un hospital cercano. Si realmente llegó una necesidad, intentaremos cualquier medida de salvamento para estabilizarlo para el transporte. Si no tiene una directiva anticipada y le interesaría completar una, con gusto le proporcionaremos información. A todos los pacientes se les pregunta si tienen una directiva anticipada, que se incluye en su registro médico. También se informa a los pacientes que no se respetarán las directivas anticipadas mientras sean pacientes de Hanover Parkway Sugar Center.

INTERÉS FINANCIERO/PROPIEDAD: Dr. Hagos (50%); Dr. Nestsere Tesfayohannes (50%)