



ALB PAIN MANAGEMENT & SPINE CARE

Todos los huéspedes a su llegada deben:

- 1) Lávese las manos o use un desinfectante para manos a base de alcohol al entrar
- 2) Responda las siguientes preguntas:

Nombre: _____ DOB: _____

Fecha: _____ Temperatura: _____

¿Tiene o siente alguno de los siguientes síntomas?

¿Tos o síntomas de infección de las vías respiratorias superiores? Sí No

¿Dificultad para respirar? Sí No

¿Fiebre o temperatura por encima de 100,4? Sí No

¿Escalofríos o temblores? Sí No ¿Dolor de cabeza? Sí No

¿Dolor de garganta? Sí No ¿Diarrea o vómitos? Sí No

¿Infección en la piel? Sí No ¿Nueva pérdida del gusto u olfato? Sí No

Dolor muscular Sí No ¿Herida abierta o supurando? Sí No

Historial de exposición:

¿Ha estado expuesto a alguien con COVID19 o ha viajado fuera del país en los últimos 30 días (incluso en casa o en el trabajo)? Sí No

¿Ha estado hospitalizado en los últimos 90 días? Sí No

¿Tiene antecedentes de infección por MRSA o MDRO? Sí No

¿Ha tomado acetaminofén o ibuprofeno hoy? Sí No

¿Estás en diálisis? Sí No

Si alguien responde "sí" a cualquier pregunta, salga del edificio y comuníquese con nosotros por teléfono para analizar la naturaleza de su visita y cómo podemos ayudarlo.



ALB PAIN MANAGEMENT & SPINE CARE

CONSUMO INICIAL

¡Bienvenido a ALB Pain Management & Spine Care (APMSC)! Estamos felices de que haya elegido nuestra práctica para el tratamiento de su dolor. Nuestra oficina está completamente equipada para diagnosticar y tratar cualquier tipo de dolor. Sin embargo, para brindarle la mejor atención en general, necesitamos cierta información sobre usted.

Si bien todos odiamos completar el papeleo, es extremadamente importante que nuestra oficina obtenga esta información. Como muchos pacientes que sufren una lesión han contratado representación legal, la información que proporcione aquí es parte del registro médico-legal y servirá como documento de registro para nuestra práctica con respecto a su lesión y su historial médico completo. Si bien completar este formulario de admisión inicial puede llevar mucho tiempo, comprenda que muchas de las recomendaciones hechas por nuestros proveedores de APMSC, incluidos los medicamentos recetados, los estudios de imágenes y la terapia de inyección, se verán afectadas no solo por los detalles de su lesión, sino también por su historial médico. así como. Por ejemplo, si tiene cáncer, alergias a medicamentos, tiene metal en su cuerpo o incluso usa anticoagulantes, las opciones de tratamiento pueden variar, ya que esta información afectará directamente su atención médica.

Si la información solicitada en este sencillo cuestionario parece redundante, comprenda que cada especialista médico puede necesitar obtener información diferente a la de otros especialistas. El manejo del dolor es una subespecialidad médica única que requiere información adicional que, si no se proporciona en este documento, deberá obtenerse en algún momento durante su visita de hoy. Probablemente estará pensando, "¿Por qué tengo que responder las mismas preguntas de nuevo?" y "Ya llené esto para otro médico". Por favor, comprenda que los consultorios médicos no hacen que compartir sus registros médicos sea un proceso simple de manera rutinaria y que confiamos en la información que usted proporciona en este documento como base para nuestra toma de decisiones médicas.

Gracias por tomarse el tiempo para completar este paquete informativo. Le damos la bienvenida a nuestra práctica y esperamos trabajar con usted durante su recuperación.



ALB PAIN MANAGEMENT & SPINE CARE

CONSUMO INICIAL

Nombre _____ Fecha de hoy _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Correo electrónico _____

Teléfono celular # _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha del accidente _____ género: Masculino Femenino

Tipo de accidente: Resbalón caída vehículo motorizado / Otro _____

Ciudad / Estado del accidente _____

Preferencia de idioma: Inglés Español Otro, por favor especifique: _____

¿Podemos enviarle recordatorios de citas por mensaje de texto? Sí No

Situación laboral: Trabajando No Trabajando Estudiante Jubilado

¿MRI hecho? Sí No En caso afirmativo, dónde: _____

¿Ha sido atendido por otros médicos con respecto a este accidente? Sí No

Si sí donde _____

Nombre del bufete de abogados _____

Teléfono del bufete de abogados _____ Fax del bufete de abogados _____

Administrador de casos _____

Notas _____



ALB PAIN MANAGEMENT & SPINE CARE

CONSUMO INICIAL

DETALLES DE LA LESIÓN

1. Si su lesión se debe a algo que no sea un accidente automovilístico, pase a la pregunta # 11.
2. ¿Estaba “en el reloj” o trabajando en el momento del accidente? Sí No En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la empresa para la que trabajaba en el momento del accidente? _____
3. ¿Cuál es la fecha exacta, incluido el año, del accidente? _____ / _____ / _____
4. ¿Cuántos vehículos estuvieron involucrados en el accidente? _____
5. ¿En qué marca y modelo de vehículo de motor estaba? Haz un modelo: _____
6. ¿Dónde estaba sentado en el vehículo? Conductor Pasajero delantero Trasero detrás del conductor
 Trasero detrás del pasajero Trasero central Otro (por favor describa): _____
7. ¿Llevaba puesto el cinturón de seguridad? Sí No ¿Anticipó el accidente? Sí No
8. ¿Qué marca y modelo de automóvil estuvo involucrado en el accidente (si se conoce)? Marca: _____
Modelo: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Marca: _____ Modelo: _____
9. ¿Qué parte de su vehículo se vio afectada? Delantero Detrás Lado del pasajero Lado del conductor
10. ¿Se desplegaron sus airbags? Sí No
11. Describa cómo ocurrió el accidente / lesión (incluya la ubicación): _____

12. ¿Se sintió sacudido o desorientado después? Sí No
13. ¿Perdiste el conocimiento? Sí No En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo?

14. ¿Llegó la policía al lugar del accidente / lesión? Sí No
15. ¿Llegó una ambulancia al lugar del accidente / lesión? Sí No
16. ¿Cómo abandonó la escena del accidente / lesión? Seleccione uno: ¿Condujo el automóvil del accidente?
 ¿Alguien vino a recogerte? ¿Fue transportado en ambulancia desde la escena?
 Otro (describa): _____
17. ¿A dónde fue inmediatamente después del accidente / lesión? Seleccione uno: ¿Fue a su casa?
 ¿La casa de un familiar? ¿Una atención de urgencia? ¿Un hospital? Otro (describa): _____



ALB PAIN MANAGEMENT & SPINE CARE

CONSUMO INICIAL

DETALLES DE LA LESIÓN

18. ¿Cuál es la fecha exacta en que buscó atención médica por primera vez por las lesiones sufridas en el accidente?

___/___/___

19. ¿Qué tipo de proveedor (es) médico (s) lo ha evaluado? ¿Sala de emergencias del hospital?

¿Atención de urgencia? ¿Médico de atención primaria? ¿Quiropráctico?

¿Fisioterapeuta? ¿Doctor del dolor? Otro (describa):

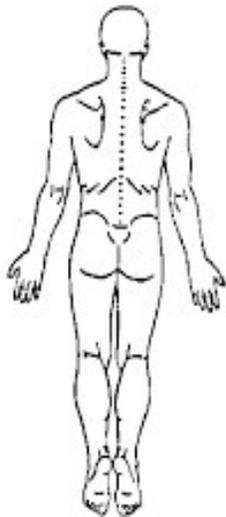
20. ¿Le han realizado estudios de imagen? Sí No En caso afirmativo, ¿le han hecho radiografías? Sí No

¿Ha tenido una resonancia magnética Sí No

21. ¿Qué partes del cuerpo fueron fotografiadas? ¿Cuello? ¿Volver? ¿Hombro? ¿Pierna? Otro (por favor describa):

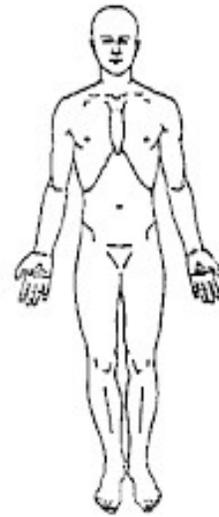
DOLOR ACTUAL:

22. Marque en este dibujo dónde está experimentando dolor actualmente:



Izquierdo

Derecho



Derecho

Izquierdo

23. Marque su nivel de dolor en la escala de dolor: Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peor dolor

24. ¿Qué tan frecuente es su dolor? Constante Diaria Intermitente

25. Describa su dolor: Dolor Sordo Agudo Disparador Palpitante Ardor



ALB PAIN MANAGEMENT & SPINE CARE

CONSUMO INICIAL

DETALLES DE LA LESIÓN

26. ¿Tiene entumecimiento u hormigueo? Sí No ¿Si, sí dónde? _____

27. ¿Tiene debilidad? Sí No En caso afirmativo, ¿dónde? _____

28. ¿Qué actividades empeoran su dolor? Agacharse Levantar Sentarse De pie Alcanzar

Acostado Toser / estornudar Paseos en automóvil Conducir Caminar Trabajar

Otro, por favor describa: _____

29. ¿Qué ayuda a su dolor? Descanso Medicamentos Inyecciones Estiramientos Quiropráctica / Fisioterapia

Otro, por favor describa: _____

30. ¿Tenía algún dolor antes del accidente / lesión? Sí No En caso afirmativo, ¿dónde? _____

31. Indique el año, la ciudad y el estado en el que ha tenido un accidente automovilístico o una lesión traumática en los últimos 20 años:

Año: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Año: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Año: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Año: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

32. ¿Ha recibido alguna inyección de "cortisona" desde el accidente / lesión? Sí No

33. ¿Ha tenido alguna cirugía desde el accidente / lesión? Sí No En caso afirmativo, ¿qué cirugía le hicieron?

HISTORIAL MÉDICO

ALERGIAS:

34. ¿Tiene alguna alergia a los medicamentos? Sí No En caso afirmativo, indique:

MEDICAMENTOS:

35. ¿Toma anticoagulantes (como aspirina)? Sí No No estoy seguro

36. ¿Toma algún medicamento recetado? Sí No En caso afirmativo, indique los nombres de los medicamentos a continuación. Si no está seguro del nombre del medicamento, indique el motivo por el que lo toma.

MEDICAMENTO: _____ DOSIS: _____ MEDICAMENTO: _____ DOSIS: _____



ALB PAIN MANAGEMENT & SPINE CARE

CONSUMO INICIAL

DETALLES DE LA LESIÓN

HISTORIAL MÉDICO PASADO:

38. ¿Tiene algún problema médico (“antecedentes médicos”)? Por ejemplo, diabetes, presión arterial alta, enfermedad de la tiroides, etc.:

HISTORIA QUIRÚRGICA:

31. Enumere todas las cirugías pasadas:

CIRUGÍA: _____ AÑO: _____

CIRUGÍA: _____ AÑO: _____

HISTORIA SOCIAL:

32. ¿Estás casado? Sí No

33. ¿Fuma / vaporiza / usa productos que contienen tabaco? Sí No

34. ¿Consumes alcohol? Sí No

Si es así, ¿con qué frecuencia consume alcohol? Diariamente Semanalmente Socialmente Rara la vez

EMPLEO

35. ¿Está empleado actualmente? Sí No

36. ¿Dónde trabajas? _____

37. ¿Ha cambiado su capacidad para desempeñarse en su trabajo desde el accidente? Sí No En caso afirmativo,

explique:

38. ¿Es usted: diestro zurdo O ambidiestro?



ALB PAIN MANAGEMENT & SPINE CARE

Consentimiento general para el tratamiento

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha de nacimiento: _____

(Nombre legal completo)

FECHA DE LA LESION: _____

Consentimiento para el tratamiento

Doy mi consentimiento para los procedimientos que se pueden realizar durante mi estadía en ALB Pain Management & Spine Care o "APMSC" de forma ambulatoria, que pueden incluir, entre otros: procedimientos de laboratorio, procedimientos de diagnóstico, examen de rayos X, anestesia, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos.

Fotografía

Entiendo que los proveedores de atención médica de APMSC pueden usar fotografías, películas u otras grabaciones para identificación, diagnóstico, tratamiento, educación o para cualquier otro propósito de atención médica. Cualquier otro uso requerirá mi autorización. Además, otorgo la autorización de APMSC para usar cualquier imagen con fines educativos.

Consentimiento informado

Nuestros proveedores son responsables de obtener mi consentimiento informado antes de que se realicen los servicios médicos o procedimientos quirúrgicos propuestos. Si no puedo dar mi consentimiento para el tratamiento, nuestros proveedores son responsables de obtener el consentimiento de mi tutor legal o representante.

Acuerdo financiero

Entiendo que soy totalmente responsable por el costo total de la atención y los servicios que recibo, a la tasa vigente en la fecha de recepción, independientemente de si los ingresos del seguro o los fondos del acuerdo están disponibles para pagarlos.

Soy responsable del pago de cualquier servicio recibido para esta fecha de servicio. Entiendo que no se acepta ningún seguro médico de ninguna manera como pago por los servicios recibidos hoy.

Entiendo que si la atención y los servicios se reciben como resultado de una lesión por la cual recibo una compensación monetaria, un acuerdo o un veredicto y que si la cantidad que recibo no paga el saldo de la cuenta, ALB Pain Management & Spine Care lo hará. acepto la cantidad que recibo como pago parcial y que la aceptación de un pago parcial no liberará mi obligación financiera por el saldo restante.

Retención

APMSC conservará los detalles financieros de mi cuenta durante el período requerido por la ley. Los registros médicos de los pacientes mayores de 18 años se destruirán después de 5 años. Los registros médicos de pacientes menores de 18 años se destruirán 5 años después de que el paciente cumpla los 18 años.

Asignación de beneficios

Asigno a APMSC, todos los beneficios aplicables pagaderos a mí que no excedan los cargos establecidos por los servicios prestados. Excepto la responsabilidad financiera por cualquier cargo no pagado por la cesión.

Liberación de información

Reconozco que APMSC, los médicos y otros profesionales de la salud involucrados en mi atención compartirán la información de atención médica necesaria para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica según lo permita la ley. La información se puede divulgar a cualquier persona o entidad responsable del pago en mi nombre para verificar la cobertura, responder preguntas sobre el pago o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios.



ALB PAIN MANAGEMENT & SPINE CARE

Consentimiento general para el tratamiento

Comunicaciones sobre mi salud

A menos que solicite restricciones de privacidad, entiendo que mi información de atención médica puede ser divulgada con el propósito de comunicar resultados, hallazgos y decisiones de atención a los miembros de mi familia y otras personas responsables de mi atención según lo designado por mí. Mi nombre, ubicación y condición estarán disponibles para ellos mediante visitas del personal médico, llamadas telefónicas u otros servicios de directorio.

Otros reconocimientos

Entiendo que los proveedores que prestan servicios pueden ser contratistas independientes y no empleados o agentes de APMSC. Los contratistas independientes son responsables de sus propias acciones y APMSC no es responsable de los actos u omisiones de ningún contratista independiente. Los contratistas independientes pueden facturar por separado sus servicios. Entiendo que es posible que se solicite a médicos u otros profesionales de la salud que me brinden atención o servicios en mi nombre, pero es posible que no vea ni me examinen esos médicos o profesionales de la salud que participan en mi atención. Por ejemplo, es posible que no vea a médicos que brinden servicios de anestesiología o radiología.

Objetos de valor personales

Entiendo que APMSC mantiene casilleros para guardar el dinero y los objetos de valor de los pacientes que son admitidos en el centro de procedimientos. APMSC no es responsable por la pérdida o daño de dinero, joyas, anteojos, dentaduras postizas o cualquier otro artículo que se consideraría una pérdida si se extravía y no se deposita dentro de su casillero designado para los detalles específicos de su custodia. Estoy de acuerdo en reclamar cualquier propiedad bajo la custodia de esta entidad dentro de los 60 días posteriores al alta. Si no puedo firmar para la liberación de dicha propiedad, mi representante personal puede reclamar la propiedad.

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma del paciente: _____

Testigo Nombre impreso: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma de testigo: _____



ALB PAIN MANAGEMENT & SPINE CARE

Acuerdo de gravamen médico / asignación de beneficios

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha del accidente: _____
Nombre del abogado: _____ Número de teléfono del abogado: _____

Por la presente autorizo y le ordeno a usted, mi abogado, que pague directamente a ALB Pain Management & Spine Care, LLC (inmediatamente conocido como "APMSC") las sumas que se adeuden y adeuden por bienes y servicios médicos que me haya prestado el Proveedor mencionado anteriormente, relacionado de alguna manera con el accidente o incidente mencionado anteriormente (el "Accidente") y en razón de facturas o facturas por bienes y / o servicios médicos que se me hayan prestado ("Paciente"). Además, autorizo y le ordeno que retenga las sumas de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto que sea necesario para proteger adecuadamente y compensar completamente a APMSC. Por la presente, además, otorgo un gravamen médico / carta de protección (LOP) sobre mi reclamo y / o demanda relacionada con el accidente a APMSC contra todos y cada uno de los ingresos de mi acuerdo, sentencia o veredicto que se le pueda pagar a usted, a mi abogado o yo mismo, como resultado de las lesiones por las que he sido tratado o las lesiones relacionadas con ellas.

Entiendo completamente que soy directa y completamente responsable ante APMSC por todas las facturas médicas y facturas enviadas por APMSC por bienes y servicios prestados a mí y que este LOP se realiza únicamente para la protección adicional de APMSC y en consideración de APMSC en espera de pago. Además, entiendo que el pago total no depende de ningún acuerdo, sentencia o veredicto relacionado con mi reclamo y / o demanda mediante el cual eventualmente pueda recuperar dicha tarifa.

El paciente y el abogado reconocen que APMSC se reserva el derecho de ceder sus derechos bajo este Acuerdo y las cuentas por cobrar subyacentes por cualquier contraprestación que APMSC considere suficiente; ese Paciente y Abogado seguirán estando vinculados por este Acuerdo al Cesionario de APMSC como si el Cesionario de APMSC fuera la parte original de este Acuerdo. Además, el Paciente acepta seguir siendo responsable ante el Cesionario de APMSC por los cargos facturados / facturados por todos y cada uno de los tratamientos médicos, bienes, servicios y / o procedimientos prestados al Paciente. Por la presente, el paciente autoriza al proveedor a divulgar todos y cada uno de los registros médicos del paciente a APMSC o al cesionario de APMSC según sea necesario para hacer cumplir el pago de cualquier factura o servicio prestado por el proveedor al paciente.

Por la presente, el paciente autoriza al abogado a divulgar cualquier información relacionada con el estado del reclamo por lesiones personales del paciente y / o la demanda a APMSC o su cesionario. El paciente también le indica al abogado que haga todo lo necesario para garantizar el cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

Estoy de acuerdo en notificar de inmediato a APMSC sobre cualquier cambio o adición de abogado (s) utilizado por mí en relación con este accidente, e instruyo a mi abogado actual para que haga lo mismo y entregue sin demora una copia de este Acuerdo a cualquier persona sustituida o agregada. abogado (s). Reconozca este Acuerdo firmando a continuación y devolviéndolo a APMSC.

Al firmar a continuación, el Paciente se compromete a cumplir con los términos de este Acuerdo. En el caso de que este Acuerdo sea litigado, las leyes del Estado de Nuevo México controlarán y la parte ganadora tendrá derecho a los honorarios y costos de los abogados.

Fecha: _____ Firma del paciente: _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

El abajo firmante, que es el abogado del Paciente mencionado arriba, por la presente acepta observar todos los términos descritos anteriormente, sin modificaciones, y acepta retener dichas sumas de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto, según sea necesario para proteger adecuadamente y compensar por completo a APMSC o su cesionario.

La recepción de este aviso, independientemente de la afirmación por escrito del mismo, creará en mí el deber de proteger los intereses de APMSC o su Cesionario, de conformidad con la ley pertinente de Nuevo México. El abogado además acepta que en caso de litigio de este Acuerdo, las leyes del Estado de Nuevo México controlarán y la parte que prevalezca tendrá derecho a los honorarios y costos de los abogados.

Fecha: _____ Firma del abogado: _____

Nombre del abogado (en letra de imprenta): _____



ALB PAIN MANAGEMENT & SPINE CARE

Atestación del paciente

Lea atentamente esta sección junto con los documentos a los que se hace referencia.

Gracias por elegir ALB Pain Management & Spine Care (APMSC). Asegúrese de haber recibido todos los documentos que se enumeran a continuación. Es importante que lea y revise cuidadosamente estos documentos antes de su consulta con nuestros proveedores médicos. Escriba sus iniciales en su nombre una vez que haya leído, comprendido y aceptado todos los documentos por completo. Los documentos que se enumeran a continuación se utilizan para su beneficio para informarle sobre nuestras políticas y procedimientos.

1. Prácticas de privacidad, aviso de privacidad y comunicado que cumple con HIPAA

Me dieron y he leído, entiendo y estoy de acuerdo con el Aviso de privacidad y las Políticas de privacidad de la organización (este aviso se encuentra en el sitio web www.albpainclinic.com). Recibí y he leído, entiendo y estoy de acuerdo con el comunicado de la organización que cumple con HIPAA y he completado el formulario de divulgación.

Iniciales _____

2. Derechos y responsabilidades del paciente

Me dieron y he leído, comprendido y estoy de acuerdo con los Derechos y Responsabilidades del Paciente de la organización que se encuentran en el sitio web. En esta información se incluía una lista de información de contacto con respecto a dónde ya quién puedo expresar mis inquietudes, quejas y / o quejas.

Iniciales _____

3. Acuerdo de gravamen médico / asignación de beneficios

Se me entregó y he leído, comprendido y acepto el Acuerdo de gravamen médico / Asignación de beneficios que me otorgó la organización. Cualquier pregunta, inquietud y / o desacuerdo con estos términos será mi responsabilidad de informar al personal apropiado y / o a mi abogado.

Iniciales _____

Entiendo que yo y / o, si corresponde, mi abogado recibiremos todos los documentos firmados incluidos en este paquete (consulte el acuerdo de gravamen médico / cesión de beneficios).

Me gustaría copias No quiero copias

Certifico que he recibido documentación por escrito de la lista de elementos anterior, antes de mi consulta inicial programada y / o la fecha de mi procedimiento. Al firmar a continuación, entendí y acepté los documentos anteriores, incluso con respecto a las políticas y procedimientos de APMSC. También estoy validando que las iniciales junto a cada uno de los documentos correspondientes, enumerados anteriormente, fueron escritas por mí. Además, he entendido que si tengo alguna pregunta con respecto a su contenido, debo comunicarme con la gerencia o el personal correspondiente para cualquier aclaración.

Firma

Nombre en letra de imprenta

Fecha



ALB PAIN MANAGEMENT & SPINE CARE

Autorización para la divulgación de registros confidenciales e información de salud protegida / información médica: cumple con HIPAA

Nombre: _____ Fecha del accidente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Número de teléfono del paciente: _____

Nombre del abogado / Nombre de la empresa: _____

Fecha (s) de servicio: _____

Yo, _____ ("Paciente") por la presente autorizo y solicito que entregue a ALB Pain Management & Spine Care, LLC (APMSC) los siguientes registros solicitados para la fecha de accidente y / o fecha (s) de servicio indicadas anteriormente:

_____ 1. Todos los informes médicos, cuadros, notas, cartas, historial, hallazgos físicos, diagnóstico, pronóstico, radiografías, películas de resonancia magnética, tomografías computarizadas, radiología u otros registros de imágenes, registros de farmacia, recetas, declaraciones de cargos detalladas, facturación y cualquier otro registros médicos, que pueden incluir registros relacionados con la atención de la salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA y tratamiento por abuso de alcohol o drogas;

_____ 2. Rayos X, películas de resonancia magnética, tomografías computarizadas, radiología u otros registros de imágenes, únicamente; o,

_____ 3. Solo los siguientes elementos (especifique):

_____ **Con la excepción de la siguiente información:**

- _____ Registros de salud mental
- _____ Enfermedades transmisibles (incluido el VIH y el SIDA)
- _____ Tratamiento por abuso de alcohol / drogas
- _____ Otro (especifique los elementos que se excluirán):

Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona, clase de personas y / o instalación que la recibe, y entonces ya no estaría protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Puedo revocar esta Autorización notificando a la oficina anterior por escrito para revocarla. Sin embargo, entiendo que cualquier acción que ya se haya tomado en base a esta Autorización no se puede revertir y mi revocación no afectará esas acciones. Esta autorización vence en tres (3) años, o una vez que se resuelva el asunto que subyace a esta autorización, lo que ocurra más tarde. Una fotocopia de este debe tratarse como un original.

Firma del paciente / cliente o reclamante o tutor si es menor de edad: _____

Fecha: _____

Si está firmado por otra persona que no sea el Paciente, seleccione la autoridad y proporcione la documentación:

_____ Padre del menor _____ Poder notarial _____ Otro, (explique): _____



ALB PAIN MANAGEMENT & SPINE CARE

Autorización para la divulgación de registros confidenciales e información de salud protegida / información médica: cumple con HIPAA

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Accidente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ Numero del Paciente: _____

Nombre del Abogado: _____

Yo, _____ ("Paciente") por la presente conceder permiso y autorización para ALB Pain Management & Spine Care, LLC (APMSC), para revelar a _____ ("Assignee"), como Assignee de APMSC Profesional y de APMSC ubicaciones, de conformidad con el Acuerdo de Gravamen Médico / Asignación de beneficios, y para que el Cesionario reciba la revisión inspeccionar y o copiar, todas y cada una de las siguientes opciones en posesión o control de APMSC Profesional y APMSC ubicaciones (por favor iniciales):

_____ 1. Todos los gráficos de informes médicos anotan cartas historia hallazgos físicos diagnóstico pronóstico x rayos películas de resonancia magnética, Tomografías computarizadas radiología u otros registros de imágenes farmacia registra recetas detalladas declaraciones de cargos facturación y cualquier otro registro médico que pueda incluir registros relacionados con enfermedades transmisibles de salud mental, VIH o SIDA y tratamiento del abuso de alcohol o drogas;

_____ 2. Radiografías de resonancia magnética filma radiología de tomografías computarizadas o otros registros de imágenes solamente o,

_____ 3. sólo los siguientes elementos (por favor especifique):

_____ **Con la excepción de la siguiente información:**

- _____ Registros de salud mental
- _____ Enfermedades transmisibles como el VIH y el SIDA
- _____ Tratamiento de abuso de drogas alcohólicas
- _____ Otros por favor especifiquen los artículos que se excluirán:

Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta para volver a divulgar por la persona clase de personas y o instalaciones recibir tal y luego ya no estaría protegido por las regulaciones federales de privacidad.

Puedo revocar esta Autorización notificando a la oficina anterior por escrito que revoque dicha. Sin embargo, entiendo que cualquier acción ya tomada en base a esta Autorización no puede revertirse, y mi revocación no afectará esas acciones. Esta autorización expira en tres 3 años, o sobre la resolución del asunto que subyace a esta autorización lo que sea más tarde. Una fotocopia de esto debe ser tratada como un original.

Firma del Cliente o Demandante o Tutor del Paciente si un menor: _____

Fecha: _____

Si está firmado por otra autoridad de selección del Paciente y proporciona documentación:

_____ Padre de menor _____ Poder Notarial _____ Otras Explicaciones: _____