Evaluación del Paciente

Fecha:No	ombre del paciente:		Fecha de nacimiento:		
Dirección:		Teléfono:	Correo electrónico:		
Nombre / apellido de su pro	oveedor de referencia:	Nombre / apellide	o de su proveedor de atención primaria:		
- · · -	ado de embarazo: Histerectomía anticonceptivos Edad fértil, otros		uterina o endometrial		
¿Dónde está la ubicación o	le su dolor?				
¿Cuándo comenzó su dolo	r? Por favor díganos el mes y el año	, si los conoce. mm / aaaa:			
¿Cuál es la principal causa	de su dolor? Desconocido	☐ Envejecimiento normal ☐ Ca	iídas Accidente deportivo Accidente automovilístico		
¿Está relacionada la causa	de su dolor? □ No □ Sí				
¿Está aquí debido a una le	sión específica en el trabajo o un acc	cidente? No Sí Explique:			
¿Tiene un abogado para un	na lesión o accidente que sufrió? 🗌 l	No □Sí ¿Ha solicitado benefi	cios de Compensación para Trabajadores? 🗌 No 🗌 Sí		
¿Ha solicitado o ha solicita	do beneficios de compensación par	a trabajadores? ☐ No ☐ Sí ¿Ex	xiste algún problema legal relacionado con su dolor? ☐ No ☐ Sí		
¿Cuál es la frecuencia de s	u dolor? Constante Fluctuante	e pero siempre presente	uante pero usualmente presente		
¿Qué describe mejor su do	olor? Dolor Ardor Cala	mbres Aburrido Entumecia	do		
¿Cuál es su nivel de dolor parte del tiempo?	la mayor	<u>3 4 5 6 7 8</u>	9 10 Dolor insoportable		
¿Qué empeora su dolor?	_ 0		ar de pie □ Sentado □ Levantar o transportar cargas pesadas spaldas □ Acostado de lado □ Girar □ Caminar □ Nada		
¿Qué mejora su dolor?		ostado de espaldas 🔲 Sentado vio de posiciones 🔲 Calor y hielo	☐ De pie ☐ Caminar ☐ Estirarse ☐ Hacer ejercicio ☐ Nada		
¿Con qué interfiere tu dolo	con qué interfiere tu dolor?				
-	pruebas de diagnóstico por imágenes MG / conducción nerviosa: ☐ No ☐ S				
¿Alguna vez se ha realizad	o una prueba genética? 🗌 No 🗌 Sí		Dibuja la ubicación de tu dolor a continuación:		
Análisis de sangre comple	iguientes para ayudar en la evaluacion tado el año pasado	drogas 🔲 Gammagrafía ósea	Derecho Izquierdo Izquierdo Derecho		
☐ Inyecciones en la columna ☐ Brace ☐ Unidad de diez ☐ Evaluación quirúrgica ☐	siguientes para ayudarlo con el tratam vertebral	☐ Inyecciones en puntos gatillo ca ☐ Terapia acuática cinal ☐ Tracción espinal			
	¿Cuánto tiempo?) <u>/</u> () <u>/</u> () {) {) {		
Tu bebes? ¿Cuánto cuesta?			()()		
	? ¿La últ		\/\/		
	rehabilitación por drogas o alcohol?	¿Dónde?			
¿Cuándo?					
INFORMACIÓN DEL SEGUI					
	eguros principal:				
			Código postal: #: Relación:		
			Fecha de nacimiento: Se requiere remisión \[\] No \[\]		
1 Ontica#.			r edita de nadimientoSe requiere remisiofi [] NO []		
	PAIN MANAG Group	omg All	Advanced HEALTH Revised 2.9.202		

ThePainManagementGroup.com • 615.941.8501 • Fax: 615.941.8102



Fecha: Nombre del paciente:					
Dirección:					
ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE (agregue una página adicional si es necesario).					
MEDICAMENTO	DOSIS	INSTRUCCIONES			
EDUCACIÓN EM	IPLEO ACTUAL				

Autorización del paciente para uso y divulgación de información médica protegida

El Grupo de Manejo del Dolor no divulgará sus registros médicos ("PHI" o Información Médica Protegida) a ninguna parte sin su consentimiento firmado, excepto según lo estipulado en nuestro Aviso de Políticas y Prácticas de Privacidad. Este formulario nos autoriza a divulgar sus registros médicos a las partes indicadas por usted.

Tu nombre:	Fecha de cumpleaños:
PARTES AU	TORIZADAS
Al firmar a continuación, autorizo a The Pain Management Group, mi información médica protegida de cualquier tipo y descripción a	, a sus agentes y empleados ("Proveedor"), a usar y / o divulgar toda las siguientes partes ("Destinatarios"):
NOMBRE	RELACIÓN CONTIGO
1	
2	_
3	
4.	

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA, INCLUYENDO INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH Y SIDA E INFORMACIÓN SOBRE ABUSO DE SUSTANCIAS

Entiendo que ni el Proveedor ni el Destinatario pueden condicionar ningún tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios sobre si firmo esta Autorización. Además, entiendo que el Destinatario puede volver a divulgar los Registros y que es posible que los Registros ya no estén protegidos por las regulaciones federales de privacidad.

Reconozco y acepto que la información médica protegida autorizada para ser divulgada bajo esta Autorización puede incluir registros de abuso de drogas o alcohol o enfermedades psiquiátricas, y registros de pruebas, diagnóstico o tratamiento para el VIH, enfermedades relacionadas con el VIH e información relacionada con enfermedades transmisibles.

Con respecto a cualquier información relacionada con enfermedades contagiosas protegida por las reglas de confidencialidad del Estado y divulgada bajo esta Autorización, el Destinatario tiene prohibido hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que yo permita expresamente divulgación adicional de conformidad con una autorización por escrito separada o esté permitido de otra manera por ley aplicable.

Además, con respecto a cualquier información sobre tratamiento por abuso de drogas o alcohol divulgada bajo esta Autorización, esta información ha sido divulgada de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 C.F.R. Parte 2). La regla federal prohíbe al destinatario de esta información hacer cualquier otra divulgación de esta información a menos que yo permita expresamente una divulgación adicional de conformidad con una autorización por escrito separada o esté permitido de otra manera por 42 C.F.R. Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.



DERECHO DE DENEGACIÓN

Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar el Aviso de políticas y prácticas de privacidad de The Pain Management Group, que se muestra para inspección pública en esta instalación y en su sitio web en www.ThePainManagementGroup.com.

El Aviso de Políticas y Procedimientos de Privacidad del Grupo de Manejo del Dolor describe cómo se puede usar y divulgar mi información médica protegida, y cómo puedo acceder a mis registros médicos.

Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y que no tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento en El Grupo de Manejo del Dolor. Cuando mi información se usa o divulga de conformidad con esta autorización, es posible que el destinatario vuelva a divulgarla y es posible que ya no esté protegida por la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida en que la práctica haya actuado basándose en esta autorización. Mi revocación por escrito debe enviarse al oficial de privacidad cuya dirección se indica a continuación:

PRIVACY OFFICER

Ryan D. Brown

Dirección de envio: 28 White Bridge Pike, Suite 111, Nashville, Tennessee 37205

Teléfono: 615.986.6153 Fax: 615.234.1515

Email: Ryan.Brown@OurAdvancedHEALTH.com

VENCIMIENTO

Esta Autorización permanecerá vigente hasta la fecha de vencimiento que se especifica a continuación o, si no se establece una fecha a continuación, mientras el Paciente sea Paciente del Proveedor. Una fotocopia de esta Autorización se considerará vigente y válida como la original.

Fecha de vencimiento de la autorización (si corresponde):

FIRMA DI	EL PACIENTE
Firma del paciente o tutor legal	Fecha
Relación con el paciente	



Acuerdo de Gestión de Estupefacientes

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

ICI	

	Acepto la admisión en el servicio de The Pain Management Group bajo el cuidado de Satish Reddy, MD, Jonathan Tran, MD and John W. Culclasure, MD para el trat plan de tratamiento.		
	Entiendo que el uso de narcóticos puede crear hábito y reconozco que dichos medio tolerancia al alivio del dolor, somnolencia, estreñimiento, náuseas, reacción alérgica		dencia física, adicción,
	No operaré equipo pesado ni conduciré mientras tomo mis medicamentos hasta que reacción pueden ralentizarse, incluso si no me doy cuenta.	e se conozcan los efectos secundarios. Soy consciente de que m	is reflejos y mi tiempo de
	Controlaré mi uso de medicamentos narcóticos como lo indique el médico tratante. I antes de ajustar la dosis.	No hay excepciones. Si la medicación no es adecuada para su	nivel de dolor, debe llamar
	Reconozco que no se tolerará el uso de CUALQUIER sustancia ilegal.		
	Estoy de acuerdo en seguir las instrucciones ordenadas por el médico tratante y / o instrucciones / clases de manejo del dolor, asesoramiento psicológico, ejercicio, fisio pruebas de diagnóstico, etc.		
	Estoy de acuerdo en no buscar ningún narcótico / analgésico de ningún otro médico de narcóticos y les pediré que coordinen todos y cada uno de los medicamentos nar		médicos de este acuerdo
	Le diré a mi médico sobre otros medicamentos y tratamientos que estoy recibiendo.		
	Recibiré recetas por escrito para la cantidad y el tipo de analgésico / narcótico estable	cido en mi plan de atención. Entiendo que soy responsable de mi	medicación.
	Los medicamentos perdidos, robados o extraviados no serán reemplazados p	or ningún motivo.	
	Estoy de acuerdo en que el médico tratante puede llamarme para un recuento de pa	astillas en cualquier momento.	
	Administraré mi medicamento para evitar la escasez antes de la fecha de reabastec antes de quedarse sin medicación. Las llamadas telefónicas repetidas para obter clínica.	1 0 71 0	
	Doy permiso a The Pain Management Group para obtener exámenes de detección o	de drogas en orina y / o sangre al azar según se considere neces	sario.
	Doy permiso a The Pain Management Group para compartir información, según sea apropiado o necesario	necesario, con las agencias policiales y de drogas apropiadas s	i mi médico lo considera
	Acepto usar una sola farmacia para mis medicamentos narcóticos / analgésicos: Fai	rmacia: Telé	fono:
	Acepto llevar cualquier problema de farmacia a la farmacia y no a The Pain Managemer	nt Group.	
	La renovación o reabastecimiento de narcóticos / analgésicos no se llamará a	una farmacia; No hay excepciones.	
	Soy consciente de que otros medicamentos como nalbufina (Nubain ™), pentazocin de mis medicamentos y causar síntomas de abstinencia.	a (Talwin ™), buprenorfina (Suboxone ™) y butorfanol (Stadol ™) pueden revertir las acciones
	Seré honesto con mi proveedor sobre mi historial médico anterior, mi historial familia	ar y mi historial personal de drogas para evitar dañarme.	
	Soy consciente de que puede ocurrir tolerancia a los medicamentos narcóticos y que secundarios inaceptables.	e el aumento de dosis de medicamentos puede no ayudar y puede	de causar efectos
	Soy consciente de que el uso prolongado de narcóticos puede resultar en niveles ba	jos de testosterona.	
	Acepto que si quedo embarazada o planeo quedarme embarazada, le informaré a m medicamentos narcóticos puede suspenderse durante el embarazo para prevenir de		nando. Tratamiento y
	Los medicamentos narcóticos pueden afectar mi estado de ánimo, deseo sexual y d	lesempeño, desempeño físico y resistencia.	
	Reconozco que el uso de bebidas alcohólicas con un resultado positivo en las pr medicamentos para el dolor si se detecta en más de 2 ocasiones. La combinació		
	Reconozco que el uso de productos de CBD puede resultar en un resultado po me pedirá que suspenda el uso de cualquier producto de CBD que resulte en u se considera una sustancia ilegal en el estado de Tennessee, y que la presenc en la interrupción de los medicamentos opiáceos.	un resultado positivo de THC (marihuana). Además, reconozo	co que el THC (marihuana)
segura y	TIVO de nuestro plan de atención personalizado es restaurar un estilo de vida salud: conservadora la terapia con opioides, cuando esté justificado. Confirmamos que el vero, crónico e intratable.		
	, afirmo, con mi firm acuerdo en cumplir con las reglas del Acuerdo de Manejo de Estupefacientes. Entie a de todos y cada uno de los médicos de The Pain Management Group. Acepté adju		a el control de narcóticos. do, es motivo para el alta
Nombre	del paciente (en letra de imprenta):	Firma del paciente:	Fecha:
Profesio	nal médico de PMG:		Fecha:
	NTIMIENTO DE HISTORIAL DE RX EXTERNO: ntener un registro médico preciso y actualizado, solicitamos permiso para consultar	recursos externos para obtener una lista de sus medicamentos.	
Firma de	el Paciente o Responsable	Fecha:	1

Consentimiento para la Terapia Crónica con Opioides

(Nombre completo del proveedor),suplementario) y / o sus asociados me recetan medicamentos opioides, a veces llamados analgésicos narcóticos, p	(Nombre completo del proveedor
Soy consciente de que el uso de dicho medicamento tiene ciertos riesgos y posibles efectos asociados, que incluye	en, entre otros: dependencia física,
adicción, tolerancia al alivio del dolor, la posibilidad de que el medicamento no proporcione un alivio completo del de estreñimiento, náuseas, vómitos, picazón, reacción alérgica, respiración lenta (depresión respiratoria) y muerte.	
Soy consciente de los posibles riesgos y beneficios de otros tipos de tratamiento que no involucran el uso de opioid pueden incluir terapias de inyección, estudios de imágenes, remisiones, fisioterapia y otros tratamientos que el prov	
Le informaré a mi médico sobre todos los demás medicamentos y tratamientos que esté recibiendo.	
No participaré en ninguna actividad que pueda ser peligrosa para mí o para otra persona si me siento somnoliento o Soy consciente de que incluso si no me doy cuenta, mis reflejos y mi tiempo de reacción podrían verse ralentizados se limitan a: usar equipo pesado o un vehículo motorizado, trabajar en alturas desprotegidas o ser responsable de o sí misma.	s. Tales actividades incluyen, pero no
Soy consciente de que algunos otros medicamentos, como nalbufina (Nubain™), pentazocina (Talwin™), buprenorf (Stadol ™), pueden revertir la acción del medicamento que estoy usando para controlar el dolor. Tomar cualquiera o tomo mis analgésicos puede causar síntomas como una fuerte gripe, llamado síndrome de abstinencia. Acepto no ty decirle a otros médicos que estoy tomando un opioide como analgésico y que no puedo tomar ninguno de los medanteriormente.	de estos otros medicamentos mientras comar ninguno de estos medicamentos
Soy consciente de que la adicción se define como el uso de un medicamento incluso si causa daño, tener ansias de de usar una droga y una disminución de la calidad de vida. Soy consciente de que la posibilidad de volverme adicto Soy consciente de que el desarrollo de la adicción se ha informado raramente en revistas médicas y es mucho más antecedentes familiares o personales de adicción. Acepto contarle a mi médico mi historial personal de drogas com según mi leal saber y entender.	a mi analgésico es muy baja. s común en una persona que tiene
Entiendo que la dependencia física es un resultado normal y esperado del uso de estos medicamentos durante un pla dependencia física no es lo mismo que la adicción. Soy consciente de que la dependencia física significa que si edetiene o revierte notablemente con algunos de los agentes mencionados anteriormente, experimentaré un síndrom puedo tener alguno o todos los siguientes síntomas: secreción nasal, bostezos, pupilas dilatadas, piel de gallina, do irritabilidad, dolores en todo el cuerpo y sensación de gripe. Soy consciente de que la abstinencia de opioides es invida.	el uso de analgésicos disminuye, ne de abstinencia. Esto significa que olor y calambres abdominales, diarrea,
Soy consciente de que la tolerancia a la analgesia significa que puedo necesitar más medicamento para obtener la Soy consciente de que la tolerancia a la analgesia no parece ser un gran problema para la mayoría de los pacientes ha visto y puede que se me ocurra. Si ocurre, es posible que aumentar las dosis no siempre ayude y puede causar tolerancia o la falta de respuesta a los opioides puede hacer que mi médico elija otra forma de tratamiento.	s con dolor crónico, sin embargo, se
Si planeo quedar embarazada o creo que me he quedado embarazada mientras tomo este analgésico, llamaré inma e esta oficina para informarles. Soy consciente de que, si llevo a un bebé al parto mientras tomo estos medicament los opioides. Soy consciente de que el uso de opioides generalmente no se asocia con un riesgo de defectos de na congénitos pueden ocurrir tanto si la madre está tomando medicamentos como si no, y siempre existe la posibilidac congénito mientras tomo un opioide.	os, el bebé dependerá físicamente de cimiento. Sin embargo, los defectos
He leído este formulario o me lo han leído. Lo entiendo todo. He tenido la oportunidad de que todas mis preguntas s respondidas satisfactoriamente. Al firmar este formulario voluntariamente, doy mi consentimiento para el tratamiento opioides.	
Firma FEMENINA:	Fecha:
Soy consciente de que el uso crónico de opioides se ha asociado con niveles bajos de testosterona en los hombres ánimo, resistencia, deseo sexual y desempeño físico y sexual. Entiendo que mi médico puede analizar mi sangre pa normal.	
He leído este formulario o me lo han leído. Lo entiendo todo. He tenido la oportunidad de que todas mis preguntas s respondidas satisfactoriamente. Al firmar este formulario voluntariamente, doy mi consentimiento para el tratamiento opioides.	
Firma MASCULINA:	Fecha:
PAIN MANAGEMENT Group	Revised 2 9 2022

Política Financiera del paciente

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

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

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

EGURO MÉDICO: es SU responsabilidad:

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

Es NUESTRA responsabilidad:

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

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

• El 10% del saldo se debe al momento del servicio.

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

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

Iniciales		
Firma del paciente y / o deudor:	_ Fecha	

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



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

DATOS DE FACTURACIÓN

DECLARACIONES: Se le proporcionará un estado de cuenta si el seguro ha pagado dejando una parte del paciente, se ha negado o no se recibe respuesta. Debido al tipo de servicio que brindamos, es posible que reciba facturación de más de una práctica, también conocida como facturación dividida. El saldo de su estado de cuenta vence y se paga dentro de los 30 días posteriores a la recepción, a menos que se hagan otros arreglos con nuestro departamento de facturación. El estado de cuenta se enviará a la dirección proporcionada en el momento del servicio. En caso de que su dirección postal cambie después de la fecha de servicio y su cuenta no se haya pagado en su totalidad, debe notificar a nuestra oficina de facturación de este cambio por correo electrónico a Billing@OurAdvancedHEALTH.com o llamar al 615.239.2018. En caso de divorcio o separación, la parte responsable de la cuenta antes del divorcio o separación sigue siendo responsable de la cuenta. Después de un divorcio o separación, el padre que autoriza el tratamiento de un niño en el momento del servicio será el padre responsable de los cargos posteriores. Si el decreto de divorcio requiere que el otro padre pague todo o parte de los costos del tratamiento, se requiere documentación judicial para cualquier cambio de dirección del garante; de lo contrario, es responsabilidad del padre autorizador / custodio cobrar al otro padre. Cualquier cuenta con un saldo de crédito de menos de <\$ 5.00> no será reembolsada sin una solicitud específica del paciente / deudor.

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

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

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

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

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

- Si tiene 18 años o más, debe incluir documentación que indique si se ha ejecutado una directiva médica anticipada para los miembros de Medicaid / Medicare. Una copia debe estar archivada en la oficina.
- Por favor notifique a la oficina si tiene un testamento vital o un poder notarial.

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

SECCIÓN A: Esta sección debe comple	tarse para	a todas las Autoriza	ciones de	divulgación o d	erecho
Patient Name:		DO	OB:	SSN:	
Requestor's Name / Address / Phone No. (Who is red				none No. (Who receiv	
requestors name / Address / Frone No. (Who is rec	civing i iii).	recipient 3 Name /	Addicasiii	ione ivo. (vviio receiv	C3 till3 lollil)
Patient Address:					
This authorization will expire on the following Date:					
Purpose of Disclosure:					
SECCIÓN B: DESCRIPCIÓN DE	LA INFOR	MACIÓN QUE SE U	TILIZARÁ	O DIVULGARÁ	
¿Es esta solicitud de notas de psicoterapia?	. entonces e	ste es el único artículo qu	e puede soli	citar en esta autoriza	ción.
DEBE ENVIAR otra autorización para otros elemen					
necesite a continuación.	1		,		
DESCRIPCIÓN	FECHA(S)	DESCRIPTION	FECHA(S)	DESCRIPTION	FECHA(S)
Toda la PHI en el expediente médico de psicoterapia		Laboratorio		☐ Demografía	
☐ Toda la PHI en el expediente médico		☐ Imágenes / Radiología		Cuenta detallada	
☐ Historia y física		☐ Patología		Formulario de reclamación	
☐ Todas las notas de progreso		☐ Notas operativas		☐ Otro:	
Resumen de alta					
Reconozco, y por la presente doy mi consentim resultados, pruebas o información psiquiátrica,				tener alcohol, abuse	o de drogas,
Entiendo que:					
1. Puedo negarme a firmar esta autorización y q					
2. Si no firmo este formulario, mi atención médic					
 Puedo revocar esta autorización en cualquier tomadas antes de recibir la revocación. Se pu 	momento po eden encont	r escrito, pero si io nago, rar más detalles en el Avis	no tendra nir so de práctic	ngun efecto sobre las as de privacidad.	acciones
4. Si el solicitante o receptor no es un plan de sa	lud o provee	dor de atención médica, e	es posible qu		lgada ya no
esté protegida por las regulaciones federales 65. Entiendo que puedo ver y obtener una copia como como como como como como como com				na tarifa de copia razo	onable si la
solicito.			aiario, por ai	ia tama do copia raz-	oriabio, er ia
6. Recibiré una copia de este formulario después					
	SECCIÓN	C: FIRMAS			
He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la	a informaciór	n médica protegida como	se indica.		
Firma del paciente / tutor / representante del paciente			FECHA:		
Nombre en letra de imprenta del tutor / representante de	tel naciente		Pelación co	on el paciente	
Nombre en letta de imprenta del tutor / representante d	dei paciente		relacion co	on el paciente	
PAIN Mana	GEMENT	Advan-	ced		
Group		Advan- HEALTH	H		
		I			Revised 2.9.2022

ThePainManagementGroup.com • 615.941.8501 • Fax: 615.941.8102

Medicamento

RQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE H	AYA PROBADO ANTERIORMENTE	
	1_	
Gabapentin (Neurontin)	Lamotrigine (Lamictal)	Levetiracetam (Keppra)
Oxcarbazepine (Trileptal)	☐ Pregabalin (Lyrica)	Tiagabine (Gabitril)
_ Topiramate (Topamax)	☐ Valproic Acid	Zonisamide (Zonegran)
NALGESICS	T=	
_ Tramadol (Ultram)	_ Fentanyl	Oxycodone (Percocet)
Oxymorphone (Opana)	Meperidine (Demerol)	Codeine
Morphine	☐ Tapental (Nucynta)	Hydrocodone (Lortab)
Buprenorphine (Butrans patch)	Suboxone	☐ Hydromorphone (Dilaudid)
Methadone (Dolophine)		
NSAIDs		
☐ Flurbiprofen (ansaid)	☐ Diclofenac + Misoprostol (Arthrotec)	
Aspirin	☐ Celecoxib (Celebrex)	Sulindac (Clinoril)
Oxaprozin (Daypro)	☐ Salsalate (Disalcid)	☐ Diflunisal (Dolobid)
Piroxicam (Feldene)	☐ Indomethacin (Indocin)	☐ Naproxen (Naprosyn)
_ Etodolac (Lodine)	☐ Meclofenamate (Meclomen)	Fenoprofen (Nalfon)
Meloxicam (Mobic)	☐ Ibuprofen (Motrin)	Rofecoxib (Vioxx)
Ketoprofen (Oruvail)	☐ Tolmetin (Tolectin)	☐ Diclofenac (Voltaren)
Choline Magnesium Trisalicylate (Trilisate)	☐ Nabumetone (Relafin)	
RELAJANTES MUSCULARES		
Baclofen (Lioresal)	Carisoprodol (Soma)	Chlorzoxazone (Parafon forte)
Cyclobenzaprine (Flexeril)	☐ Metaxalone (Skelaxin))	Orphenadrine (Norflex)
Tizanidine (Zanaflex)	Methocarbamol (Robaxin)	
ANTIDEPRESIVOS	inclined a sum of (it es axiii)	
Fluoxetine (Prozac)	Paroxetine (Paxil)	☐ Duloxetine (Cymbalta)
Sertraline (Zoloft)	Citalopram (Celexa)	☐ Venlafaxine (Effexor)
Sertialine (2001)	☐ Trazodone	Amitriptyline (Elavil)
,	 	
Nortriptyline (Pamelor)	Bupropion (Wellbutrin)	Mirtazapine (Remeron)
Doxepin (Sinequan)	Milnacipran (Savella)	
ANSIEDAD / AYUDAS PARA EL SUEÑO	T	Te
Lorazepam (Ativan)	Clonazepam (Klonopin)	Alprazolam (Xanax)
Diazepam (Valium)	☐ Temazepam (Restoril)	Zolpidem (Ambien)
Eszopiclone (Lunesta)	☐ Zalepion (Sonata)	
TRATAMIENTO DEL DOLOR DE CABEZA		
☐ Frovatriptan (Frova)	☐ Naratriptan (Amerge)	Rizatriptan (Maxalt)
Sumatriptan (Imitrex)	☐ Zolmitriptan (Zomig)	☐ Fioricet
Fioricet with Codeine	☐ Butorphanol (Stadol)	☐ Erenumab (Aimovig)
OSTEOPOROSIS		
Estrogen	☐ Risedronate (Actonel)	☐ Pamidronic Acid (Aredia)
Etidronate (Didronel)	☐ Raloxifene (Evista)	☐ Teriparatide (Forteo)
Alendronate (Fosamax)	☐ Calcitonin (Miacalcin)	☐ Ibandronate (Boniva)
OTRO		•
Acetaminophen (Tylenol)	Lidocaine	☐ Pramipexole (Mirapex)

Historia

HISTORIAL MÉDICO PASADO Sin I	problemas médicos conocidos 🗌	
☐ Trastornos suprarrenales ☐ Abuso de alcohol ☐ Trastorno de ansiedad ☐ Asma ☐ Trastorno bipolar, Nos ☐ Trastornos mamarios ☐ Cáncer, lugar (especificar) ☐ Estreñimiento ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva ☐ Enfermedad coronaria ☐ Enfermedad de Crohn ☐ Cistitis ☐ Depresión ☐ Diabetes Mellitus ☐ TVP ☐ Enfisema ☐ Epilepsia y convulsiones	 ☐ Hígado graso ☐ Fibromialgia ☐ Úlcera gástrica ☐ Glaucoma ☐ Enfermedad de las encías y periodontal ☐ Trastornos ginecológicos ☐ Dolor de cabeza ☐ Lesión en la cabeza ☐ Ataque al corazón ☐ Virus de la hepatitis B (suero) ☐ Virus de la hepatitis C ☐ Hernia ☐ Presión arterial alta ☐ Colesterol alto ☐ Infección por VIH ☐ Síndrome del intestino irritable ☐ Esclerosis múltiple ☐ Obesidad 	☐ Artrosis ☐ Pancreatitis ☐ Enfermedad vascular periférica ☐ Trastornos de la próstata ☐ Reflujo (ERGE) ☐ Insuficiencia renal ☐ Insuficiencia renal ☐ Artritis reumatoide ☐ Trastornos de la piel ☐ Trastorno del sueño ☐ Carrera ☐ Abuso de sustancias ☐ Trastornos de la tiroides ☐ TIA (mini carrera) ☐ Bajo peso ☐ Misc
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS I	PASADOS Sin cirugía conocida	
 ☐ Cirugía abdominal ☐ Angioplastia ☐ Apendicectomía ☐ Cirugía de mama ☐ Cirugía de vejiga ☐ Fusión cervical ☐ Cesárea ☐ Colecistectomía (vesícula biliar) ☐ Cirugía del sistema digestivo ☐ Cirugía de orejas ☐ Endarterectomía ☐ Cirugía ocular ☐ Cirugía gástrica ☐ Cirugía cardíaca 	☐ Histerectomía ☐ Cirugía de riñón ☐ Cirugía de hígado ☐ Cirugía bucal ☐ Cirugía de próstata ☐ Cirugía de piel ☐ Cirugía de reparación de aneurismas ☐ Cirugía de garganta ☐ Cirugía de tiroides ☐ Amigdalectomía ☐ Ligadura de trompas ☐ Fusión torácica ☐ Vértebro / cifoplastia	Cirugía de espalda baja Cirugía de hombro derecho Cirugía de hombro izquierdo Cirugía de muñeca derecha Cirugía de muñeca izquierda Cirugía de la mano derecha Cirugía de la mano izquierda Cirugía de cadera derecha Cirugía de cadera izquierda Cirugía de rodilla derecha Cirugía de rodilla izquierda Cirugía de tobillo Misc:
HISTORIA SOCIAL		
ESTADO CIVIL Nunca se casó Comprometido Casado Casado e nuevo Soltero Separado Divorciado Viudo	SITUACIÓN DE VIDA Viviendo confinado en casa Viviendo con los padres Vivir con familiares (no padres) Vivir solo, no hay ayuda disponible Vivir solo: ayuda disponible Vivir con hijos adultos Vivir de forma independiente con su cónyuge Vivir con un amigo Vivir con la familia	SITUACIÓN LABORAL Trabajando a tiempo completo Trabajo a tiempo parcial Solicitud de compensación por discapacidad Actualmente con discapacidad parcial Retirado Desempleado Nunca sustancialmente empleado Actualmente en Discapacidad Permanente

Historia Familiar

	FAMILIA	PADRE	MADRE	HERMANO	HERMANA
Niega una enfermedad significativa					
Alcoholismo					
Trastorno de ansiedad					
Problemas de sangrado					
Cáncer, NEOM Depresión					
Diabetes mellitus					
Enfermedad del corazón					
Hipertensión					
Enfermedad del riñon					
Enfermedad del higado					
Enfermedad pulmonar					
Lupus		<u> </u>			
Trastorno mental (psíquico)					
Migraña Esclerosis múltiple					
Distrofia muscular progresiva					
Artritis reumatoide					
Trastorno convulsivo					
Carrera					
Trastornos de la tiroides					
R	evisió	n de S	Síntoma	as	
CONSTITUCIONAL			GI		
riebre (como síntoma)		S∏N	Náuseas		
Escalofríos (como síntoma) Aumento de peso reciente (libra		S∏N S∏N	Vómitos Diarrea		□s□ □s□
		S □ N	Estreñimiento		□s□
ojos	_	_	GU		
Problemas de visión		S 🗌 N	Pérdida de control u		□s □
ENT			Fecha de la última r	nenstruación:	
Pérdida de audición		S□N	Embarazo		□ S □
CARDIOVASCULAR		•	PIEL Erupción		□s□
Polor o malestar en el pecho		S 🗌 N	NEUROLOGICOS		
RESPIRATORIO		e \square N	Caídas frecuentes a	ıl caminar	□s□
Dificultad para respirar		S 🗌 N			
PSICOANALIZAR Ansiedad		S 🗌 N			
Sueño deficiente		S □ N			
Depresión		S□N			



ANTIOCH

5801 Crossings Boulevard Antioch, TN 37013 Directora Medica: Brad Hill, DO

Q CENTENNIAL

2222 State Street
Suite C
Nashville, TN 37203
Directora Medica: Dan McHugh, MD

Q CLARKSVILLE

776 Weatherly Drive Suite B Clarksville, TN 37043 *Directora Medica: Tim Miller, MD*

Q COOKEVILLE

851 S. Willow Avenue Suite 112 Cookeville, TN 38501 Directora Medica: Jonathan Tran, MD

9 COOL SPRINGS

1642 Westgate Circle Suite 201 Brentwood, TN 37027 *Directora Medica: David Fritz, MD*

GALLATIN

405 Steam Plant Road Suite 200 Gallatin, TN 37066 *Directora Medica: Satish Reddy, MD*

PHENDERSONVILLE

320 New Shackle Island Road Hendersonville, TN 37075 *Directora Medica: Satish Reddy, MD*

9 MIDTOWN

300 20th Avenue North Suite 600 Nashville, TN 37203 *Directora Medica: Tim Miller, MD*

9 MT. JULIET

40 West Caldwell Street Suite 200 Mt. Juliet, TN 37122 Directora Medica: Jonathan Tran, MD

W MURFREESBORO

1547 Warrior Drive Suite A Murfreesboro, TN 37128 *Directora Medica: David Fritz, MD*

TENNESSEE PAIN SURGERY CENTER

5811 Crossings Boulevard Antioch, TN 37013

PAIN MANAGEMENT Group

