



NORTHERN CALIFORNIA PAIN SPECIALISTS

Justin Lo,Md J.Gabriel Tsang,Md Tanzina Khan,Md

Appointment: _____

2101 Forest Avenue - Suite #220A
San Jose, California 95128
Phn: 408-295-8628 Fax: 408-295-8061

Formas de Registracion

Informacion Personal

Fecha De Hoy

Nombre:

Sex M / F

Social Security Number:

☐☐

Direccion:

(Street, City, State, Zip)

Empleador

Direccion De su Trabajo

Nombre de Esposo /a

Aseguranza Primaria

Nombre de Aseguranza

Tipo de Cobertura PPO HMO EPO POS Private
circule

Numero Identificación de suscriptor #

Direccion

Numero de Telefono #

Cobertura Secundaria

Numero Identificación de suscriptor #

Por favor, reserve tiempo suficiente para encontrar estacionamiento y llegue a la OFICINA 15 minutos ANTES de la hora programada.

Fecha de Nacimiento:

Numero de Telefono:

Numero Alternativo

Correo Electronico

Contacto de Emergencia / Relacion

Numero de Telefono:

Workers Comp

Numero de Caso/Reclamo #

Decha del Accidente

Nombre de la Asuguranza

Nombre de su Ajustador

Numero de Telefono#

Numero de Fax#

Nombre Y Numero de Telefono de Farmacia

Quien Lo Refirio a esta Oficina ? Nombre

Direccion

Numero de Telefono

****Favor de traer Tarjeta de Aseguranza, Identificacion y Lista de Medicamentos actuales****

Contrato para prescripciones de sustancias controladas

Este contrato es un acuerdo entre el paciente y el médico para ayudar a facilitar mejor la distribución legal de sustancias controladas para el alivio del dolor. Entiendo que el objetivo del tratamiento mientras se usan sustancias controladas es mejorar la capacidad de trabajo para funcionar y aliviar la angustia del dolor. Me doy cuenta de que mi dolor puede no ser totalmente aliviado por el uso de potentes medicamentos de sustancias controladas:

- Soy responsable de mi medicamento de sustancias controladas (medicamento para el dolor).
- Si la receta o el medicamento se pierden, extravían o son robados o si se agotan antes de la duración prescrita, entiendo que el medicamento no será reemplazado.
- Guardaré todos los medicamentos en un lugar seguro, donde nadie pueda tener acceso a ellos (especialmente los niños). Los analgésicos pueden causar somnolencia, especialmente si se toman con otras personas hoy en día sedando drogas. No beberé alcohol mientras tomo ningún medicamento. Tendré cuidado al tomar otros medicamentos sedantes, incluidos los medicamentos sin receta (antihistamínicos).
- Tendré precaución antes de conducir un automóvil o usar equipo peligroso.
- Tomaré todos mis medicamentos exactamente como se los recetaron. No aumentaré ni suspenderé abruptamente la medicación sin hablar con mi médico. Todos los medicamentos narcóticos se tomarán de forma programada. Si mi dolor se alivia, puedo tomar gradualmente menos medicamentos.
- Debo denunciar el robo de medicamentos a la policía.
- No solicitaré ni aceptaré medicamentos de sustancias controladas desde ninguna otra posición con el propósito de controlar el dolor. Las únicas excepciones son si se prescribe cuando soy admitido en un hospital o referido a otro médico específicamente para el tratamiento de mi dolor.
- Solo un médico debe recetar todos los medicamentos de tipo narcótico en un momento dado. Recibiré todos los medicamentos de sustancias controladas de una farmacia si es posible.
- Si noto signos de cualquier reacción alérgica o abstinencia, notifico a mi médico por teléfono y hago una cita lo antes posible.
- Cuando mi receta para sustancias controladas haya sido escrita, debo revisar las cantidades totales que se dispensarán y asegurarme de que tendré suficiente hasta mi próxima cita de seguimiento.
- No almacenaré medicamentos y desecharé cualquier medicamento vencido.

Resurtidos de medicamentos para sustancias controladas:

- Los resurtidos se realizarán solo durante el horario regular de oficina de 9:00 a 5:00 de lunes a viernes, en persona durante una visita programada al consultorio.
- Las recargas no se realizarán en días festivos, viernes por la tarde, fines de semana o por la noche.
- No se realizarán recargas telefónicas para sustancias controladas.
- Llamaré con al menos 24 horas de anticipación si necesito ayuda con un medicamento.
- Las recargas no se realizarán en una "emergencia", como el viernes por la tarde.

Entiendo que si violo cualquiera de las condiciones anteriores, mis recetas y / o tratamiento de sustancias controladas pueden ser terminados inmediatamente. Si la violación implica la obtención de sustancias controladas de otra persona, también puedo ser reportado a mi médico de cabecera, instalaciones médicas locales y otras autoridades.

Mi médico me ha informado completamente sobre el potencial de dependencia psicológica (adicción) de las sustancias controladas. Todos los narcóticos se habitúan y crean tolerancia, que es la necesidad de aumentar la dosis del medicamento para lograr el mismo efecto de control del dolor durante un tiempo. Si estoy tomando medicamentos potentes durante varias semanas, sé que desarrollaré una tolerancia. Si la medicación narcótica se detiene abruptamente, se desarrollarán síntomas físicos de abstinencia, incluida la posibilidad de temblores, sudores, náuseas y diarrea. Debo disminuir gradualmente los medicamentos narcóticos y solo bajo supervisión médica o puedo tener síntomas de abstinencia. Ocasionalmente, una breve hospitalización puede ser necesaria para suspender la medicación narcótica, acepto cumplir si se me pide que desintoxique mi sistema de medicamentos narcóticos para ayudar en la evaluación de mi dolor. He leído el acuerdo anterior y he tenido todas las preguntas respondidas sobre los días de medicamentos controlados en mi dolor Programa de tratamiento.

"La base de datos Open Payments es una herramienta federal utilizada para buscar pagos realizados por compañías farmacéuticas y de dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en [https:// openpaymentsdata.cms.gov](https://openpaymentsdata.cms.gov)".

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Testigo: _____ **Fecha:** _____
(Personal de la Oficina)

Northern California Pain Specialists
2101 Forest Ave Suite#220-A
San Jose, California 95128
Phone: 408-295-8628 Fax: 408-295-8061

Regla de privacidad de HIPAA: reconocimiento por escrito de las prácticas de privacidad Recepción del consentimiento del nuevo paciente para el uso y divulgación de información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica

Yo, _____ entiendo que, como parte de mi atención médica, el Centro origina y mantiene registros en papel y/o electrónicos que describen mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan de atención o tratamiento futuro. Entiendo que la información sirve como:

- Una base para planificar mi atención y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado.
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura.
- Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados se proporcionaron realmente, y
- Una herramienta para las operaciones rutinarias de atención médica, como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud.

Entiendo y se me ha proporcionado un Aviso de prácticas de información que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar la notificación antes de firmar el consentimiento,
- Derecho a objetar el uso de mi información de salud para fines de directorio, y
- El derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo el tratamiento llamado un pago operaciones de atención médica.

Comprenda que el centro no está obligado a aceptar la restricción solicitada. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado medidas en función del mismo. También entiendo que al negarse a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratarme según lo permitido por la Sección 164. 506 del Código de Regulación Federal.

Además, entiendo que el Centro se reserva el derecho de cambiar su notificación y prácticas y la implementación previa, de acuerdo con la Sección 164.52 del Código de Regulaciones Federales. Si el Centro cambia su aviso, enviará una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado (ya sea correo postal de EE. UU. o, si estoy de acuerdo, correo electrónico).

Deseo tener las siguientes restricciones para el uso o divulgación de mi información de salud:

_____.

Entiendo que, como parte del tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica de esta organización, puede ser necesario divulgar mi información médica protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento para dicha divulgación para estos usos permitidos, incluidas las divulgaciones por fax.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Para Uso del Centro Solamente

Consentimiento recibido por: _____ Fecha: _____



Medical Records Release Authorization

Signature needed only

To: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Phone Number: _____ Fax Number: _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Age: _____ SSN#: _____

Records Requested:

- ☐ All Medical Records from: _____
- ☐ Recent MRI and X-ray reports
- ☐ Recent Progress notes
- ☐ Evaluation

Please provide medical records on/before: _____

I hereby authorize you, the above addressed physician, hospital or medical facility to release medical records or the information listed above to:

Justin Lo, MD

Jonelon Tsang, MD

Tanzina Khan, MD

Please send or fax records to:
Northern California Pain Specialists

2101 Forest Avenue Suite. #220A

San Jose, CA 95128

Phone: (408) 295-8628 Fax: (408)295-8061

Patient Signature/Guardian

Date

Patient/Guardian Name: _____



Justin Lo,Md

J.Gabriel Tsang,Md

Tanzina Khan,Md

2101 Forest Ave Suite#220-A
San Jose, California 95128

Phone: 408-295-8628
Fax: 408-295-8061

Responsabilidad del Seguro del Paciente

Por la presente reconozco que soy plenamente consciente de que es mi responsabilidad como paciente averiguar si mi seguro está contratado con el proveedor. Soy consciente de que si mi médico no está contratado y no acepta mi plan de seguro, seré totalmente responsable de todos los costos incurridos por las visitas al consultorio y los tratamientos realizados por el médico. Estoy de acuerdo en consultar con mi seguro qué tipo de plan de seguro tengo y entiendo que es mi responsabilidad confirmar mi tipo de plan de seguro. Si veo al médico a pesar de tener un seguro no contratado, entonces sé que soy totalmente responsable de todos los costos incurridos por las visitas al consultorio y los tratamientos. También es mi responsabilidad informar cualquier cambio de seguro, dirección y números de teléfono al personal de la oficina.

Nombre del Paciente: _____

Firma Del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma De Testigo: _____ **Fecha:** _____



Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

“La base de datos de pagos abiertos es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>”

“Solo con fines informativos, aquí se proporciona un enlace a la página web de pagos abiertos de los Centros federales de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La ley federal Physician Sunshine Act exige que se ponga a disposición del público información detallada sobre pagos y otros pagos de valor superior a diez dólares (\$10) de fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos a médicos y hospitales docentes”.

La divulgación de las relaciones financieras entre la industria y los proveedores de atención médica no pretende significar una relación inapropiada, Open Payments no hace nada para prohibir tales transacciones. Las colaboraciones entre la industria de productos médicos, los médicos, las centrales nucleares y los hospitales docentes contribuyen al diseño y la entrega de medicamentos, dispositivos, productos biológicos y suministros médicos que salvan vidas. Sin embargo, estas relaciones también pueden influir en la investigación, la educación y la toma de decisiones clínicas de manera que comprometan la integridad clínica y la atención al paciente y pueden conducir potencialmente a un aumento de los costos de atención médica. Si bien la divulgación por sí sola no es suficiente para diferenciar entre las relaciones financieras beneficiosas y las que pueden crear conflictos de intereses, la transparencia arrojará luz sobre la naturaleza y el alcance de las relaciones existentes y desalentará el desarrollo de relaciones inapropiadas.



Estimado Paciente

Lamentamos mucho que no haya podido asistir a la cita programada. Nuestros registros también reflejan que habíamos confirmado su cita sin cancelar ni reprogramar la cita. Nuestro equipo de cuentas nos ha informado que **debemos cobrar \$25 por la cita perdida.** Según nuestra política de oficina.

En las circunstancias actuales, no nos vemos obligados a tener otra opción que imponer los cargos por la cita perdida. Recibirá la factura por el trabajo perdido por correo postal al dirección registrada.

Nuestro objetivo es brindarle el mejor servicio de atención médica posible como proveedor de atención médica. Nosotros Espero que entienda por qué tuvimos que tomar esta decisión.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendido completamente la política de la oficina. I Entiendo que si tengo alguna pregunta o inquietud sobre esta política, es mi responsabilidad para discutir esto con la oficina.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____