

Christopher J. Baker, M.D.
Donald L. Behrmann, M.D., Ph.D.
Michael P. Bellew, M.D.
Melvin Field, M.D.
Ravi H. Gandhi, M.D.
Ankur Garg, M.D.
Frank R. Hellinger, Jr., M.D., Ph.D.
John A. Jenkins, M.D.
David S. Rosen, M.D.
Paul D. Sawin, M.D.



Cuenta: _____

**Aviso a los Pacientes
De Orlando Neurosurgery, P.A
Sobre La Dispensación De La Eliminación Del Dolor Opiáceo (narcótico)**

Estimado paciente:

En su respuesta a la "Crisis opioide". El 9 de Marzo del 2018, la Legislatura estatal de Florida aprobó por unanimidad el proyecto de ley de Sustancia Controlada (CS / CS / HB21). Este proyecto de ley fue promulgado por el gobernador Rick Scott el 19 de Mayo de 2018 y entrará en vigencia el 1 de Julio del 2018. La nueva ley afecta a todos los médicos con licencia de Florida, independientemente de la especialidad, y a sus pacientes.

La ley de Sustancias controladas regula la prescripción de productos farmacéuticos de la Lista II y la Lista III. Estos medicamentos a menudo se usan para tratar el "dolor agudo", como el dolor asociado con la cirugía. Los ejemplos de medicamentos de la Lista II incluyen analgésicos como Percocet (oxicodona) y Dilaudid (hidromorfona). Los medicamentos de la Lista III incluyen Tylenol + codeína.

La nueva ley exige las siguientes restricciones para las recetas utilizadas para tratar el dolor agudo (postquirúrgico):

Drogas de la Lista II

- Limitado a solo 3 días de suministro
- Con una "excepción de dolor agudo", se puede proporcionar un 7 días en circunstancias especiales
- Toda dispensación se limitará a los 14 días inmediatamente posteriores a la cirugía

Drogas de la Lista III

- Limitado a un suministro de 14 días
- Toda dispensación se limitará a los 14 días inmediatamente posteriores a la cirugía

Estas nuevas regulaciones tienen un impacto significativo en el control del dolor que su cirujano y el personal pueden brindarle después de la cirugía. Los medicamentos para el dolor narcótico, que han sido el elemento básico del control de la apnea posquirúrgica, ahora la ley permite que se administren solo en pequeñas cantidades y por un período de tiempo corto. Lamentamos cualquier inconveniente e incomodidad que estas nuevas restricciones puedan causarle a medida que se recupera de su procedimiento.

Si tiene alguna pregunta sobre las nuevas reglamentaciones de Sustancias Controladas, consulte a su cirujano o a su personal.

Cualquier comentario sobre cómo esta nueva legislación lo ha impactado (como un paciente que se recupera de una cirugía) debe dirigirse a su Representante del Senador de la Casa del Estado.

PARA EL PACIENTE:

He leído y entiendo esta información.

X _____
Firma

X _____
Imprimir nombre

X _____
Fecha



Información del Paciente/Patient Information

Apellido/Last Name _____ Nombre/First Name _____ Segundo Nombre/Middle Name _____

Fecha de Nacimiento/Date of Birth _____ Edad/Age _____ Sexo: ___F___M _____
Número de Seguro Social/S.S # _____

Dirección/Address _____ Ciudad/City _____ Código Postal/Zip _____

Teléfono de Casa/Home _____ Teléfono Celular/Cell _____ Teléfono Laboral/Work _____ Correo Electrónico/E-mail _____

Nombre del Empleador/Employer _____ Dirección del Empleador/Employer Address _____

Nombre del Cónyuge/Spouse Name _____ Nombre y Dirección de Empleador del Cónyuge/Spouse Employer & Address _____

Número de Seguro Social Cónyuge/S.S # _____ Teléfono Laboral del Cónyuge/Spouse Employer # _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge _____

Nombre del Contacto de Emergencia/Emergency Contact _____ Teléfono/Phone Number _____ Relación/Relationship _____

Nombre & Teléfono del Médico Primario/PCP Name _____ Nombre & Teléfono de Médico que Refirió/Ref. M.D. _____

Lenguaje Preferido/Preferred Language: () Español () Inglés () Otro: _____

Origen étnico/ Ethnicity: () Hispano ó Latino () No Hispano ó Latino () No Contestar

Raza: () Indio Americano/ Nativo de Alaska () Asiático () Moreno/ Afro-Americano () Blanco
() Nativo de Hawaii/ Nativo de las Islas del Pacifico () Otra Raza () No Contestar

Información del Seguro Médico/ Insurance Information

Empresa de Seguro/Insurance Company _____ Número de Póliza/Policy # _____ Número de grupo/Group # _____

Dirección & Teléfono de Empresa de Seguro/Address & Phone # of Insurance Company _____

Nombre de Titular de Póliza/Name of Insured _____ Relación con el Paciente/Relationship _____ Fecha de Nacimiento/DOB _____

Seguro Secundario/Secondary Insurance

Empresa de Seguro/Insurance Company _____ Número de Póliza/Policy # _____ Número de grupo/Group # _____

Dirección & Teléfono de Empresa de Seguro/Address & Phone # of Insurance Company _____

Nombre de Titular de Póliza/Name of Insured _____ Relación con el Paciente/Relationship _____ Fecha de Nacimiento/DOB _____

Su Condición, está relacionada con: **¿Accidente de Auto?** () Sí () No **¿Accidente de Trabajo?** () Sí () No

Nota: No aceptamos condiciones relacionadas con accidentes de auto y/o de trabajo.

Historial Médico y Social

Medical and Social History

Nombre/Name: _____ **Fecha/Date:** _____

Fecha de Nacimiento/ Date of Birth: _____

Por favor describe sus síntomas actuales/ Please list your current symptoms: _____

Historial Médico Pasado/ Past Medical History: Por favor haga una marca de cotejo si ha sido **diagnosticado ó tratado** para alguna de estas condiciones. (Please check if you have been diagnosed or treated for the following disorder.)

<input type="checkbox"/>	Anemia, Deficiencia de Hierro/Anemia Iron Deficiency	<input type="checkbox"/>	Hipertiroidismo/Hyperthyroidism
<input type="checkbox"/>	Angina/Angina (Ischemic Chest Pain)	<input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo/Hypothyroidism
<input type="checkbox"/>	Arritmia, Latido del corazón irregular/ Arrhythmia (Irregular heart rate/rhythm)	<input type="checkbox"/>	Colésterol Alto/High Cholesterol
<input type="checkbox"/>	Artritis/Arthritis	<input type="checkbox"/>	Síndrome del intestino irritable/Irritable bowel syndrome
<input type="checkbox"/>	Asma/Asthma	<input type="checkbox"/>	Soplo Cardíaco/Murmur
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Sanguínea/Bleeding Disorder	<input type="checkbox"/>	Neuropatía Periférica/Peripheral Neuropathy
<input type="checkbox"/>	Masa Cerebral ó Intracranial/Brain Mass: Intracranial Mass	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Vascul ar Periférica/ Peripheral Vascular Disease
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Cárdiovascular/Cardiovascular Disease	<input type="checkbox"/>	Convulsiones/Seizures
<input type="checkbox"/>	Insuficiencia Cardíaca Congestiva/ Congestive Heart Failure	<input type="checkbox"/>	Derráme Cerebral/Stroke
<input type="checkbox"/>	EPOC/COPD	<input type="checkbox"/>	Úlceras/Ulc ers
<input type="checkbox"/>	Diabetes/Diabetes	<input type="checkbox"/>	Cáncer/Cancer (Por favor provea detalles/Please provide details)
<input type="checkbox"/>	Reflujo Gástrico/ Gastric Reflux	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Gota/Gout		
<input type="checkbox"/>	Presión Arterial Alta/High Blood Pressure		

Por favor explique las condiciones cotejadas en la sección anterior/Please explain all Ticked boxes for the above disorders:

Historial Médico de la Familia/Family Medical History

Mencione enfermedades en sus familiares cercanos (Ej. Madre,Padre,Abuelos) y explique
Any family illness(es)? Please explain

Historial Social/Social History

¿Usted fuma?/Are you a smoker? Sí /Yes No

En caso de ser fumador, por cuántos años? /If so, how long? _____ ¿Cuántos al día? _____

Si fue fumador en el pasado, cuándo dejó de fumar? /If quit, when? _____

Consume bebidas alcohólicas? Nunca En Ocasiones Moderadamente

Estado Civil/Marital Status:

Casado(a)/Married Divorciado(a)/Divorced Soltero(a)/Single Viudo(a)/Widowed

Ocupación/Occupation: _____

Nombres de Médicos que visita actualmente (Ej. Especialistas, Médico que lo Refirio)/Name of
any doctors currently visit (Specialist and/or Referring doctor)

Síntomas/Symptoms: Por favor haga una marca de cotejo para Sí o No, si usted ha sufrido de los siguientes síntomas en los pasados 6 meses. /Please mark Yes or No if you have had the following symptoms in the past 6 months

Y	N	Constitucional
		Fatiga/Fatigue
		Dolores Corporales/Body Aches
		Fiebre/Fever
		Pérdida de Peso/Weight loss
		Escalofríos/Chills

Y	N	Oídos, Nariz y Garganta/ Ears, Nose and Throat
		Masa en la Tiroide/Thyroid Mass
		Vértigo/Vertigo
		Dolor Sinusal/Sinus Pain
		Dolor de Garganta/Sore Throat

Y	N	Cardiovascular
		Dolor de Pecho/Chest Pain
		Sincope, Pérdida de Conocimiento/Syncope, Loss of Consciousness
		Mareo/Lightheadedness
		Latido del Corazón Irregular/Irregular Heartbeat
		Edema de Extremidad Inferior, Inflamación/Lower Extremity Edema, Swelling
		Pulso Rápido/Rapid Heart Rate

Y	N	Respiratorio/Respiratory
		Dificultad para respirar/Shortness of breath
		Ronquera/Hoarseness
		Sibilancias/Wheezing
		Tós/Cough

Y	N	Gastrointestinal
		Naúseas/Nausea
		Estreñimiento/Constipation
		Vómitos/Vomiting
		Pérdida de Apetito/Loss of Appetite

Y	N	Ojos/Eyes
		Visión Borrosa/Blurred Vision
		Visión Doble/Double Vision
		Pérdida de Visión y/o Cambios de Visión/Visual Loss and/or Change in Vision

		Diarrea/Diarrhea
		Problemas al Tragar/Difficult Swallowing
		Dolor Abdominal/Abdominal Pain

Y	N	Genitourinario/Genitourinary
		Urgencia/Urgency
		Retención de Orina/Urinary Retention
		Frecuencia/Frequency
		Dificultad al Orinar/Difficulty Voiding
		Incontinencia/Incontinence
		Posible Embarazo/Possible Pregnancy
		Falta de Menstruación/Skipped Menstrual Cycle

Y	N	Neurológico/Neurological
		Debilidad Muscular/Muscular Weakness
		Dificultad al Hablar/Speech Difficulty
		Convulsiones/Seizures
		Pérdida de Balance, Caídas/Loss of Balance, Falls
		Dificultad al Recordar/Memory Difficulty
		Temblores/Tremors
		Lesiones de la Cabeza, Head Injuries
		Cosquilleo ó Adormecimiento/Tingling or Numbness

Y N Musculoesqueletal/Musculoskeletal

		Dolor en las Articulaciones, Inflamación/Join Pain,Swelling
		Dolor de Espalda/Back Pain
		Dolor de Cuello/Neck Pain
		Debilidad Muscular/Muscular Weakness
		Dolor Muscular/Muscle Pain
		Dolor en los Brazos/Arm Pain
		Dolor en las Piernas/Leg Pain

Y N Endocrino/Endocrine

		Pérdida del Cabello Inusual/ Unusual Loss of Hair
		Intolerancia de Frío ó Calor/Heat or Cold Intolerance
		Líbido Disminuido/Decreased Libido

Y N Psiquiátrica/Psychiatric

		Ansiedad/Anxiety
		Se Siente Confundido/Feeling Confused
		Problemas al Dormir/Difficulty Sleeping

¿Cuál es la Farmacia que utiliza?

Nombre	
Dirección	
Teléfono #	
Fax #	

Consentimiento y Aviso Conjunto de las Prácticas de Privacidad

El Paciente por este medio otorga consentimiento para utilizar ó divulgar su información médica individual e identificable (información médica protegida) y la información de sus antecedentes médicos por Orlando Neurosurgery (la Práctica) para poder llevar a cabo tratamientos, pagos, referidos y/o otras diligencias médicas. El Paciente debe revisar la Póliza de la Práctica sobre privacidad para una descripción más completa de los usos potenciales y la divulgación de esta información, y el Paciente tiene el derecho de revisar esta póliza antes de firmar este consentimiento.

La Práctica se reserva los derechos de modificar o cambiar los términos de esta póliza de privacidad en cualquier momento. Si la Práctica cambia estos términos, el Paciente puede obtener una copia de la actualización.

El Paciente tiene el derecho de requerir que la Práctica utilice restricciones adicionales para proteger la información utilizada y divulgada para tratamientos, pagos y otros referidos. La Práctica no esta obligada a estar de acuerdo con estas restricciones, sin embargo si la Práctica accede a la petición del paciente a restringir su información, la Práctica debe seguir tales restricciones.

El Paciente entiende y accede a que la Práctica puede utilizar su información médica protegida y sus antecedente médicos con los siguientes individuos, los cuales son familiares del Paciente, representantes legales, guardianes y/o con poder legal de un abogado utilizado por el paciente:

Si el Paciente está de acuerdo la Práctica puede divulgar el siguiente tipo de información, si la misma forma parte de sus antecedentes médicos. (Por favor ponga su inicial en las categorías aceptadas)

- Información de VIH/SIDA
- Información de Salud Metal
- Información de Abuso de Sustancias Controladas
- Información de Enfermedades de Transmisión Sexual
- Si el Paciente es menor de 18 años, información acerca de embarazos

En todo momento el Paciente retiene el derecho de revocar este consentimiento. Tal revocación debe ser sometida a la Práctica por escrito. La revocación será efectiva excepto a la parte que acciones ya han sido tomadas en conjunto con el consentimiento anteriormente firmado.

He leído y comprendido la información en este consentimiento. He recibido una copia de este consentimiento y soy el Paciente o la persona autorizada para actuar por el paciente para firmar este documento, verificando el consentimiento de todos los términos aquí mencionados.

Fecha

Firma del Paciente

Nombre Impreso

*Si este documento no esta firmado por el Paciente por favor explique su relación con el Paciente y facilite una copia de la autorización: _____

Acuerdo de Financiamiento del Paciente Financial Policy

Gracias por escogernos como su proveedor médico. Nuestro principal compromiso es que su tratamiento sea un éxito y su experiencia en nuestra oficina sea agradable. Esta forma es nuestra póliza financiera, por favor revisela cuidadosamente. Si tiene alguna pregunta no dude en contactar nuestro departamento de finanzas al 407-539-3985.

No nos será posible completar el tratamiento que le ha sido recomendado si usted no entiende y firma esta forma.

En la mayoría de los casos, le enviaremos sus cargos a su seguro médico. Por favor comprenda que esta es una cortesía de la oficina hacia nuestros pacientes. El contrato con su compañía de seguro médico es entre usted y su aseguradora. Es su responsabilidad entender los términos y beneficios que le ofrece su seguro, que son parte de su contrato. Nosotros tenemos como requisito que usted pague sus deducibles y co-pagos en el momento de su visita. Si usted no está seguro de cuales son sus beneficios debe contactar el departamento de beneficios para verificar su poliza antes de su visita con Dr. Baker, Behrmann, Bellew, Field, Hellinger, Lu, Sawin, ó Rosen. **ES IMPORTANTE QUE SEPA QUE NUESTRA OFICINA NO ACEPTA SEGURO DE AUTO ó DE ACCIDENTES LABORALES.**

En caso de que su seguro médico requiera un referido de su médico primario es **su responsabilidad** hacer los arreglos necesarios con la oficina de su médico primario para obtener tal documento antes de su visita en nuestra oficina. **Si un referido es necesario y NO está disponible al momento de su visita tendremos que cancelar su visita y darle una cita nueva una vez se reciba el referido.** Al ser nuestra oficina de especialistas no es posible ofrecer servicios sin el referido del medico primario.

En caso de que su compañía de seguro médico no haga pagos en su cuenta después de 60 días, esperamos que usted se encargue de los pagos a su cuenta. Balances restantes luego del pago de su seguro deben ser pagados no más de 30 días después de recibir su talonario de pago. Siempre recibira un comprobante de pago después que su seguro médico pague. En caso de un balance alto después de una cirugía podemos ofrecerle un arreglo de pago aceptable para todos los implicados.

Revisión de Radiografías Diagnosticas Para Pacientes Establecidos

Para pacientes que tengan estudios radiológicos después de su primera visita con el médico podrán escoger traer a la oficina esos estudios incluyendo el reporte para ser revisados por su médico, sin necesidad de hacer cita. Cuando su médico haya revisado su estudio procedera a dictar una carta que usted recibira, diciendole sus resultados y el plan de tratamiento a seguir. Un cargo por \$50.00 podría aplicar por este servicio, ya que no esta cubierto por servicio médico.

Opciones de Pago

Aceptamos las siguientes formas de pago: efectivo, Visa, Mastercard, American Express, Discover y tarjetas de débito.

He leído y comprendido esta poliza, y la seguiré. Además doy mi consentimiento en este momento para compartir mi información médica con mi compañía de seguro médico y documentos relacionados con mi diagnóstico y tratamiento para el Dr. Baker, Behrmann, Bellew, Field, Hellinger, Lu, Sawin, ó Rosen. Además autorizo que mi médico reciba el pago por servicios brindados.

Firma del Paciente/Patient Signature

Fecha/Date