



DIMURO PAIN MANAGEMENT

Atestación del Paciente

PORFAVOR LEA ESTA SECCIÓN CUIDADOSAMENTE JUNTO CON LOS DOCUMENTOS QUE SE REFIEREN..

Gracias por elegir DiMuro Pain Management. Asegúrese de haber recibido todos los documentos enumerados a continuación. Es importante que lea y revise detenidamente estos documentos antes de su consulta inicial con nuestro médico para el manejo del dolor. Inicialice su nombre una vez que haya leído, entendido y aceptado completamente cada uno de los documentos. Los documentos enumerados a continuación se utilizan para su beneficio para informarle sobre nuestras políticas y procedimientos.

1. Política sobre directivas anticipadas

Me dieron información sobre las directivas anticipadas / consentimiento de la organización para la póliza de medidas de reanimación. Cualquier pregunta, inquietud y / o desacuerdo con estos términos será mi responsabilidad de llamar la atención del personal apropiado.

Si tiene una directiva avanzada, ¿trajo una copia hoy? **Si** ___ **No** ___

Iniciales _____

2. Prácticas de privacidad y formulario de liberación conforme a HIPPA

Me dieron y leí, entendí y acepto las pólizas de privacidad de la organización y la liberación conforme a HIPPA y he completado el formulario de liberación.

Iniciales _____

3. Derechos y responsabilidades del paciente

Me dieron y he leído, entendido y estoy de acuerdo con los derechos y responsabilidades del paciente de la organización. En esta información se incluyó una lista de información de contacto sobre dónde y a quién puedo expresar mis inquietudes, y/o quejas.

Iniciales _____

4. Acuerdo de gravamen médico / asignación de beneficios

Me dieron y leí, entendí y estoy de acuerdo con el Acuerdo de embargo médico / Asignación de beneficios que me dio la organización. Cualquier pregunta, inquietud y / o desacuerdo con estos términos será mi responsabilidad de llamar la atención del personal apropiado y / o mi abogado.

Iniciales _____

5. Contrato de opioides y lista de medicamentos para el paciente

Me dieron (durante la consulta inicial), entendí y acepto que, si violara alguna de las condiciones escritas en el Contrato de opioides, que me dio la organización, podría resultar en el despido de esta práctica y la interrupción de la prescripción de narcóticos / sustancias controladas. He revelado honesta y completamente todos y cada uno de los medicamentos, incluidos los recetados, los de venta libre, los suplementos y las hierbas con dosis, frecuencia y razón para tomarlos.

Iniciales _____

6. Consentimiento general para tratamiento y consentimiento para procedimiento

Me dieron y he leído, entendido y he consentido en general y sobre el procedimiento por el que me someteré. El médico me ha explicado y entiendo el propósito y estoy de acuerdo. Si tengo alguna pregunta, es mi responsabilidad hacerla antes de la preparación del procedimiento.

Iniciales _____

Divulgación de la propiedad del médico:

Entiendo que DiMuro Facilities Services LLC es propiedad al 100% del Dr. John DiMuro, DO. Cualquier pregunta y / o inquietud será mi responsabilidad de tratar con el personal apropiado.

Iniciales _____

Certifico que he recibido documentación escrita de la lista 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 DiMuro Pain Management. 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 sobre su contenido, debo contactar a la gerencia o al personal apropiado para cualquier aclaración.

Firma

Nombre Escrito

Fecha



DIMURO PAIN MANAGEMENT

Pólizas de directivas avanzadas y consentimiento para medidas de resucitación

No es una revocación de directivas avanzadas o poderes médicos

Todos los pacientes tienen derecho a participar en sus propias decisiones de atención médica y a tomar directivas anticipadas o ejecutar poderes notariales que autoricen a otros a tomar decisiones en su nombre en función de los deseos expresados del paciente cuando el paciente no puede tomar decisiones o no puede comunicar decisiones DPM respeta y defiende esos derechos.

Sin embargo, a diferencia de un entorno hospitalario de cuidados agudos, DPM no realiza rutinariamente procedimientos de "alto riesgo". La mayoría de los procedimientos realizados en esta instalación tienen un riesgo mínimo. Por supuesto, ningún procedimiento es sin riesgo. Discutirá los detalles específicos de su procedimiento con su médico, quien puede responder sus preguntas sobre sus riesgos y la recuperación y atención esperadas después del procedimiento.

Por lo tanto, es nuestra póliza, independientemente del contenido de las Directivas avanzadas o instrucciones de un sustituto de atención médica o apoderado que, si ocurre un evento adverso durante su tratamiento, iniciaremos medidas de resucitación u otras medidas estabilizadoras y lo transferiremos a Un hospital para evaluación adicional. Una copia de su testamento en vida o directiva avanzada será parte del paquete de transferencia si usted nos la proporciona.

Si no está de acuerdo con esta póliza, le recomendamos que re programe el procedimiento.

Por favor marque la caja apropiada:

- Si, Tengo una directiva anticipada, testamento en vida o poder notarial para el cuidado de la salud.
 - He proporcionado una copia de dicho documento para que sea parte de mi registro médico.
 - No he proporcionado una copia de dicho documento para formar parte de mi registro médico.
- No, No tengo una directiva anticipada, testamento en vida o poder notarial para el cuidado de la salud.

Entiendo que las órdenes de NR (no resucitar) se suspenderán durante el procedimiento hasta que me recupere por completo de los efectos de la anestesia.

Reconozco que he leído y entiendo el contenido anterior y acepto la política como se describe a continuación:

Por: _____ (Firma del Paciente)	Presenciado por: _____ (Firma de Testigo)
Si no es paciente, relación: _____	

Apellido de Paciente:	Primer Nombre Legal de Paciente:	Fecha:
-----------------------	----------------------------------	--------



DEFINICIONES

- A. **Agente** – Una persona designada para tomar una decisión médica por otra persona, como en un Poder notarial duradero para atención médica (también llamado sustituto o apoderado).
- B. **Médico Tratante** – El médico seleccionado o asignado a un paciente que tiene la responsabilidad principal del tratamiento y la atención del paciente. Cuando más de un médico comparte dicha responsabilidad, dicho médico puede actuar como médico tratante.
- C. **Directiva Anticipada** – Un documento en el que una persona establece opciones de tratamiento médico o designa quién debe tomar decisiones de tratamiento si la persona pierde la capacidad de tomar decisiones. Ejemplos de estos documentos son un testamento en vida y un poder notarial duradero para la atención médica.
- D. **Capacidad de toma de decisiones** – La capacidad de tomar decisiones que reflejen una comprensión y apreciación de la naturaleza y las consecuencias de las acciones de uno y el paciente no ha sido declarado incapacitado por ningún tribunal ni se ha designado un tutor sobre su persona.
- E. **Declaración** – An Advance Directive.
- F. **Poder notarial duradero para la atención médica (DPAHC)**– Una directiva anticipada en la cual un individuo nombra a otra persona (el "agente" o "apoderado") para tomar decisiones de atención médica en caso de que el individuo no pueda tomarlas por sí mismo. El DPAHC también puede incluir instrucciones sobre las elecciones de atención médica específicas que se deben tomar.
- G. **Testamento Vital** – Un documento escrito ejecutado por el paciente que indique que, si el paciente tiene una condición terminal, los procedimientos de mantenimiento de la vida serán retenidos o retirados.
- H. **Directiva para Cuidado de Salud Final** – Un documento escrito ejecutado por el paciente que combina el Poder notarial duradero para la atención médica y los documentos del testamento vital.



DIMURO PAIN MANAGEMENT

FORMA DE ACUERDO DE OPIOIDES

Nombre de Paciente:

Número de Registro Medical:

Estampa del Destinatario:

ACUERDO PARA RECETAS DE SUSTANCIAS CONTROLADAS A LARGO PLAZO

El uso de _____ (escribir los nombres de medicación(es)) puede causar adicción y es solo un parte del tratamiento para: _____ (escribir los nombres de condiciones-p.ej., dolor, ansiedad, etc.).

Los objetivos de este medicamento son:

- Para mejorar mi habilidad para trabajar y funcionar en casa.
- Para ayudar a mi _____ (escribir los nombres de condiciones -p.ej., dolor, ansiedad, etc.) cuanto más se pueda sin causar efectos secundarios peligrosos.

Se me ha dicho:

1. Si yo tomo alcohol o uso drogas ilícitas, es posible que no pueda pensar claramente y podría tener sueño y correr el riesgo de lesiones personales.
2. Puedo volverme adicto a esta medicación.
3. Si yo o alguien de mi familia tiene antecedentes de problemas de drogas o alcohol, hay una mayor probabilidad de adicción.
4. Si yo necesito dejar de tomar este medicamento, debo dejarlo lentamente o puedo enfermarme mucho.

Estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Yo soy responsable de mis medicamentos. Yo no compartiré, venderé, o comerciaré mis medicamentos. Yo no tomaré los medicamentos de ninguna otra persona.
- Yo no aumentaré mi medicación hasta que hable con mi doctor o enfermera.
- Mi medicamento no puede reemplazarse si se pierde, me lo roban, o se gasta antes de lo recetado.
- Yo guardaré a todas citas de mi doctor (p.ej., médico de atención primaria, fisioterapeuta, de la salud mental, del tratamiento para el abuso de sustancias ilícitas, y del tratamiento del dolor)
- Yo traeré los frascos de pastillas con cualesquiera pastillas restantes de medicina a cada visita clínica.
- Yo estoy de acuerdo en dar una muestra de sangre u orina, si se pide, para probar para el uso de drogas.

Recargas

Las recargas se realizarán solamente durante el horario normal de oficina – Lunes por Viernes, 8:00AM-4:30 PM. No se recarga en noches, días feriados, o fines de semana. Yo debo llamar con tres (3) días hábiles de anticipación (Lunes a Viernes) para solicitar una recarga de mi medicina. **Sin excepción.** Yo no vendré al médico de atención primaria para mi recarga hasta que me llame la enfermera.

Yo haré un seguimiento de mis medicamentos. No se hará ninguna recarga temprana o de emergencia.

Farmacia

Solamente usaré una farmacia para conseguir mi medicamento. Mi doctor puede hablar con el farmacéutico concerniente mis medicinas. El nombre de mi farmacia es _____.

Prescripción de Otros Doctores

Si veo a otro médico que me da medicina de sustancias controladas (por ejemplo, un dentista, un doctor del Cuarto de Emergencia, u otro hospital, etc.) Yo traeré aquella medicina a mi médico de atención primaria en el frasco original, aún si no quedan pastillas.



DIMURO PAIN MANAGEMENT

Privacidad

Mientras que tome este medicamento, mi médico puede necesitar contactar otros médicos o miembros de mi familia para obtener información sobre mi tratamiento y/o el uso de este medicamento. Se me pedirá que firme una autorización en ese momento.

Terminación del Acuerdo

Si yo rompo alguna de las reglas, o si mi doctor decide que esta medicina me está dañando más que me ayuda, mi médico puede suspender este medicamento de forma segura.

Yo he hablado de este acuerdo con mi médico y entiendo las reglas anteriores.

Responsabilidades del Proveedor

Como su doctor, yo acepto realizar controles regulares para averiguar tan bien está funcionando el medicamento.

Yo acepto brindarle atención primaria, incluso si ya no recibe medicamentos controlados de mi parte.

Firma de Paciente

Fecha

Firma del Médico Residente

Firma del Médico Tratante

- Este documento ha sido discutido y firmado por el médico y el paciente. (Una copia firmada y estampada con la tarjeta del paciente se debe enviar al departamento de registros médicos y se debe dar una copia al paciente.)



DIMURO PAIN MANAGEMENT

Lista de medicamentos en el hogar del paciente (Según provisto por el paciente)

- No se conocen alergias.
- Alergias: (Lista cada una y sus reacciones.) _____

Nombre de Medicamento 	Dosis	frecuencia (Cada cuanto?)	Rason por Tomar	Fecha de Visita: ----- Ultima ves tomado (Fecha/Tiempo)

Ordenas del Doctor:

Descarga de Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Comentarios:

Physician/Staff signature: _____ Fecha: _____ Tiempo: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____ Tiempo: _____



DIMURO PAIN MANAGEMENT

Cuestionario antes del procedimiento

Instrucciones para el paciente: Por favor imprima o indique con una marca de verificación (✓) su respuesta a cada pregunta.

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____

Altura _____ Peso (lbs.) _____ Mano-Derecha Mano-izquierda

Lista todas las cirugías anteriores (y cuándo):

Si **No**

- Ha tenido usted o su familia fiebre alta o inexplicable (hipertermia) durante o después de la cirugía?
- Usted o su familia han tenido alguna reacción inusual a la anestesia?
- Tiene o está tomando drogas "callejeras"? En caso de si, última fecha tomada _____
- Usa marihuana medicinal? Si es sí, última fecha: _____
- Ha tenido un cambio de peso reciente (cantidad significativa)?
- Esta embarazada?
- Fumas? En caso de si, (cuántos) _____ cigarrillos por día
- Toma bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, cuánto _____, ultima vez _____
- Ha tomado alguno de los siguientes medicamentos? (Por favor circule cualquier tomo en la última semana)
Aspirina, Plavix, Coumadin, Anti-inflamatorio
- Alguna vez ha experimentado alguna reacción a los productos de goma o látex? En caso que si, describa:

- Tiene algún dispositivo implantado (marcapasos, alfileres, etc.)?

¿Tiene o alguna vez has tenido alguno de los siguientes?

Si **No**

- Glaucoma
- TMJ (disfunción de la articulación temporomandibular)
- Rigidez en el cuello o la mandíbula
- Falta de respiración
- Asma
- Tos crónica
- La gripe en el mes pasado
- Ataque al corazón
- Dolor de pecho; Angina
- Palpitaciones
- Alta presión
- Hepatitis? Si es que si, tipo A B C
- Hernia hiatal
- Fiebre reumática
- Úlceras

Si **No**

- Derrame Cerebral
- Convulsiones
- Apagones
- Enfermedad muscular
- Artritis
- Diabetes
- Problemas tiroideos
- Tendencias de sangrar
- Anemia falciforme
- Transfusiones de sangre
- Enfermedad del riñón
- SIDA / VIH positivo
- Otros (por favor describa)



DIMURO PAIN MANAGEMENT

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO

NOMBRE DE PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

FECHA DE ACCIDENTE: _____ ABOGADO: _____

Consentimiento para el tratamiento

Doy mi consentimiento para los procedimientos que se pueden realizar durante mi estadía en DiMuro Pain Management o "DPM" de forma ambulatoria, que pueden incluir, entre otros: procedimientos de laboratorio, procedimientos de diagnóstico, examen de rayos X, anestesia, medicina, o Tratamiento o procedimientos quirúrgicos. A las pacientes mujeres se les realizara una prueba de embarazo a menos que no hayan tenido un periodo menstrual en 5 años o se hayan sometido a una histerectomía O a menos que la paciente rechace la prueba de embarazo. Su medica tratante es: Dr. John DiMuro, DO Otra: _____

Fotografía

Entiendo que los proveedores de atención médica en DPM 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. Adicionalmente, otorgo la autorización de DPM para usar cualquier imagen con propósitos educativos.

Consentimiento Informado

DR. JOHN DIMURO, anestesiología y medicina para el dolor es responsable de obtener mi consentimiento informado antes de realizar cualquier servicio médico o procedimiento quirúrgico propuesto. Si no puedo dar mi consentimiento para el tratamiento, Dr. DiMuro es responsable 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 recibido, a pesar de si hay fondos del seguro o fondos de liquidación disponibles para pagarlos.

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

I understand that if care and services are received as a result of an injury for which I receive a monetary award, settlement or verdict and that if the amount I receive will not pay the balance on the account, that DiMuro Professional Services, LLC and DiMuro Facilities Services, LLC DBA DiMuro Pain Management or "DPM" will accept the amount I receive as a partial payment and that acceptance of partial payment will not discharge my financial obligation for the remaining balance.

Retencion

DPM retendrá los detalles financieros de mi cuenta durante el período requerido por la ley. Los registros médicos de pacientes mayores de 18 años serán destruidos después de 5 años. Los registros médicos de pacientes menores de 18 años serán destruidos 5 años después de que el paciente cumpla 18 años.

Asignación de Beneficios

Asigno a DPM, 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 el cesionario.

Liberación de información

I acknowledge that DPM, the physicians and other health professionals involved in my care will share healthcare information necessary for treatment, payment or healthcare operations as allowed by law. Information may be released to any person entity liable for payment on my behalf to verify coverage, answer payment questions or for any other purpose related to benefit payment.

Comunicaciones sobre mi salud



DIMURO PAIN MANAGEMENT

A menos que solicite restricciones de privacidad, entiendo que mi información de atención médica puede ser revelado 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 designe yo. Mi nombre, ubicación y condición estarán disponibles para ellos mediante visitas del personal médico, llamadas telefónicas u otros servicios de directorio.

Otro Reconocimiento

Entiendo que los proveedores que brindan servicios pueden ser contratistas independientes y no empleados o agentes de DPM, los contratistas independientes son responsables de sus propias acciones y DPM no es responsable de los actos u omisiones de ningún contratista independiente. Los contratistas independientes pueden facturar por separado por sus servicios. Entiendo que los médicos u otros profesionales de la salud pueden ser llamados para que me brinden atención o servicios en mi nombre, pero en realidad no puedo ver ni ser examinado por dichos médicos o profesionales de la salud que participan en mi atención. Por ejemplo, es posible que no vea médicos que brinden servicios de anestesiología o radiología

Objetos de Valor personales

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

Nombre escrito de Paciente: _____

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** _____ **Tiempo:** _____

Nombre escrito de Testigo: _____

Firma de Testigo: _____ **Fecha:** _____ **Tiempo:** _____

