

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. El nuevo la 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 _____ Inicia./Middle _____

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 Particular/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 Pacífico 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 describa 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 Vasculat 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/Ulcers
<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:

¿Qué mano utiliza más?(Mano dominante) ___ Derecha (Right) ___ Izquierda(Left)
 (Are you Right handed or Left handed?)

Historial Quirúrgico Anterior/ Past Surgical History

Por favor marque los estudios que se ha realizado para sus síntomas presentes/ Past test or treatments for these symptoms (Marque todos los que apliquen/Please check all that apply)

- Terapia /Therapies Tratamiento Quiropráctico/Chiropractic Treatment
 Inyecciones Epidurales/Epidural Blocks Estudio de Conducción de Nervios/EMG

Por favor mencione Hospitalizaciones y/o Intervenciones Quirúrgicas, provea la fecha y procedimiento (Please list all surgeries and major hospitalization- Date and Procedure)

Marque si nunca ha sido hospitalizado ó intervenido quirúrgicamente/If none please check

Medicamentos/Medications

Mencione todos los medicamentos y/o supplements que está tomando actualmente/List all medications and supplements you are currently taking.

Marque aquí si no está tomando ninguno/ If none, please check

Medicamento/Prescripción/ Suplemento Medication/Prescription/Supplement	Dosis Dosage MG	Frecuencia Frequency # Veces/Times	Razón/Condición Reason/Condition Treated	Médico Prescriptor/ Prescriber

** Si necesita más espacio puede incluir una lista adicional/Attach list if you need more space.

Alergias/Allergies:

Si no es alérgico por favor marque /If none please check

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 alcoholicas? ___ Nunca ___ En Ocasiones ___ Moderadamente

Estado Civil/Marital Status:

___ Casado/Married ___ Divorciad@/Divorced ___ Solter@/Single ___ Viud@/Widowed

Ocupación/Ocupation: _____

Nombres de Médicos que visita actualmente (Ej. Especialistas, Médico que lo Refirió)/Names of any doctors you 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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga/Fatigue
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Body Aches/Dolores Corporales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre/Fever
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Peso/Weight Loss
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escalofríos/Chills

Y N Ojos/Eyes

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión Borrosa/Blurred Vision
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión Doble/Double Vision
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Visión y/o Cambios de Visión/Visual Loss and/or Change in Vision

**Y N Oídos, Nariz y Garganta/
Ears, Nose and Throat**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Masa en la Tiroide/Thyroid Mass
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vértigo/Vertigo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor Sinusal/ Sinus Pain
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Garganta/Sore Throat

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea/Diarrhea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas al Tragar/Difficult Swallowing
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor Abdominal/Abdominal Pain

Y N Cardiovascular

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Pecho/Chest Pain
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síncope, Pérdida de Conocimiento/Syncope, Loss of Consciousness
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareo/Lightheadedness
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latido del Corazón Irregular/Irregular heartbeat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edema de Extremidad Inferior, Inflamación/Lower Extremity Edema, Swelling
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulso Rápido/Rapid Heart Rate

Y N Genitourinario/Genitourinary

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urgencia/Urgency
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retención de Orina/Urinary Retention
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuencia/Frequency
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad al Orinar/Difficulty Voiding
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinencia/Incontinence
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Posible Embarazo/Possible Pregnancy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de Menstruación/Skipped Menstrual Cycle

Y N Respiratorio/Respiratory

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar/ Shortness of breath
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ronquera/Hoarseness
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sibilancias/Wheezing
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tós/Cough

Y N Neurológico/Neurological

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad Muscular/Muscular Weakness
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad al Hablar/Speech Difficulty
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones/Seizures
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Balance, Caídas/Loss of balance, Falls
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad al Recordar/ Memory Difficulty
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temblores/Tremors
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones de la Cabeza/Head Injuries
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cosquilleo ó Adormecimiento/ Tingling or Numbness

Y N Gastrointestinal

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náuseas/Nausea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento/Constipation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómitos/Vomiting
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Apetito/Loss of Appetite

Y N Musculoesqueletal/Musculoskeletal

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en las Articulaciones, Inflamación/Joint Pain, Swelling
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Espalda/Back Pain
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Cuello/ Neck Pain
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad Muscular/Muscular Weakness
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor Muscular/Muscle Pain
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en los Brazos/Arm Pain
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en las Piernas/Leg Pain

Y N Endocrino/Endocrine

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida del Cabello Inusual/ Unusual Loss of Hair
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intolerancia de Frío ó Calor/ Heat or Cold Intolerance
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Líbido Disminuido/Decreased Libido

Y N Psiquiátrica/Psychiatric

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad/Anxiety
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se Siente Confundido/Feeling Confused
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 Mental
- _____ 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 póliza 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 recibirá 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 recibirá, 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