



## Políticas de la Oficina

**Consentimiento médico:** Doy mi consentimiento a todos los cuidados, tratamientos, diagnósticos por imagen, pruebas de laboratorio y otros procedimientos médicos realizados o prescritos por un médico de Orlando Neurosurgery y sus designados.

**Derecho a Rechazar el Tratamiento:** Entiendo que tengo derecho a tomar decisiones informadas sobre todos los aspectos de mi tratamiento. Debo pedir a mi médico que me aclare y explique todo lo que no entienda. Tengo derecho a rechazar el tratamiento.

**Confirмо haber recibido los Derechos del Paciente y del Aviso de Prácticas de Privacidad:** He reconocido que he recibido ambos avisos, el Aviso de Derechos/Responsabilidades del Paciente y el Aviso de Prácticas de Privacidad HIPPA.

**Autorización de Información Médica:** Autorizo a Orlando Neurosurgery a divulgar cualquier información necesaria para facilitar la tramitación de denuncias médicas, o la auditoría de pagos en relación con mi atención y tratamiento. También autorizo la divulgación de cualquier información necesaria a otros centros, agencias o proveedores de asistencia médica según el criterio de Orlando Neurosurgery. Esta orden permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito.

**Política Financiera:** Certifico que la información sobre el seguro que he facilitado a Orlando Neurosurgery es exacta, completa y actual. Certifico que no existe ninguna otra cobertura de seguro. Es mi responsabilidad entender los términos y beneficios de mi plan de seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no pagados por mi seguro. Es posible que deba abonar copagos, coaseguros o franquicias en el momento del servicio, a menos que se hayan establecido otros acuerdos por adelantado. Orlando Neurosurgery hará todo lo posible por notificarme con antelación si un servicio no está cubierto. Si mi compañía de seguros no ha abonado la totalidad de mi factura en un plazo de 60 días, deberé pagar el saldo restante en un plazo de 30 días. En caso de que se deba un saldo elevado por una operación, Orlando Neurosurgery podrá acordar un plan de pago adecuado para todas las partes implicadas.

**Formularios y Registros Médicos:** Si usted requiere que nuestra oficina complete cualquier formulario, hay un cargo de \$15 por formulario. Los formularios se completarán en un plazo de 10 a 14 días hábiles. Si necesita una copia de su historial médico, deberá firmar un formulario de divulgación de historial médico y deberá pagar \$1.00 por página por las primeras 25 páginas y \$0.25 por página a partir de entonces al recibir su solicitud. Su solicitud se completará en un plazo de 10 a 14 días laborables.

**Inasistencia a la cita / Cancelaciones:** Si es necesario cancelar/reprogramar su cita, por favor hágalo 24 horas ANTES de la hora de su cita programada. Si no cancela una cita o no se presenta, será responsable de un cargo de \$25.00. El cargo de \$25.00 debe ser pagado por el paciente y no es facturable a ningún seguro.

**Cancelaciones de cirugía:** Si usted debe cancelar una cirugía programada, por favor notifique a nuestra oficina antes de las 12:00PM diez (10) días laborables (de lunes a viernes) antes de su cirugía para evitar un cargo por cancelación de \$250.

**Dispensación de analgésicos opiáceos (narcóticos):** En respuesta a la «Crisis de los Opioides», La Legislatura del Estado de Florida aprobó la Ley de Sustancias Controladas (CS/CS/HB 21) que regula la prescripción de productos farmacéuticos de la Lista II y la Lista III. Esta normativa afecta a las recetas que sus proveedores pueden recetarle después de una intervención quirúrgica. Los narcóticos de la Lista II están limitados a un suministro de tres (3) días para la «excepción de dolor agudo». Se puede suministrar un suministro para siete (7) días en circunstancias especiales. Nuestra oficina limitará la dispensación de prescripciones de horario II y III a 14 días postoperatorios. Es importante entender que Orlando Neurosurgery no trata el dolor crónico. Si usted necesita tratamiento por un dolor crónico, nos complace proporcionar una referencia a un especialista en este campo.

**Devolución de CDs/Archivos de Imágenes:** Es importante para nuestros proveedores revisar sus imágenes para un diagnóstico y tratamiento adecuados; sin embargo, nuestra oficina no tiene capacidad para almacenar estos materiales.. Una copia de sus imágenes será descargada a nuestro sistema en su cita. Sus imágenes le serán devueltas al final de su cita. Si por cualquier motivo deja sus imágenes pasada la fecha de su cita, las almacenaremos durante 90 días como cortesía. Durante estos 90 días, usted tiene la opción de recogerlas en la oficina sin cargo alguno, o podemos enviárselas por un cargo de \$10 por servicio y manejo. Después de 90 días, cualquier CD/video restante será desechado según las directrices de la HIPAA.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre Escrito

\_\_\_\_\_  
Fecha