



Educación del paciente sobre sustancias controladas

Uso apropiado

1. Siga cuidadosamente las instrucciones de uso, incluido el momento de las dosis, si se debe tomar el medicamento con o sin alimentos y cualquier alimento u otro medicamento que se deba evitar mientras se toma el medicamento;
2. Si tiene problemas de visión o problemas de visión, use anteojos cuando tome el medicamento y no lo tome en la oscuridad;
3. Lea la etiqueta del envase de la receta cada vez para confirmar la dosis;
4. No utilice el medicamento después de la fecha de vencimiento;
5. No tome el medicamento con alcohol u otros sedantes;
6. Por favor no tome medicamentos para ayudarlo a dormir (a menos que lo indique el médico);
7. No rompa, triture ni mastique el medicamento (a menos que lo indique el médico);
8. Recuerde que el calor externo, la fiebre y el esfuerzo pueden aumentar la absorción de productos transdérmicos, provocando una sobredosis potencialmente mortal;
9. Comuníquese inmediatamente con nuestra oficina para informar cualquier reacción adversa; y,
10. Es ilegal compartir, vender o regalar sustancias controladas.

Seguridad en la conducción y en el trabajo

1. Recuerde que las sustancias controladas pueden causar somnolencia, pensamiento nublado, disminución de la concentración, reflejos más lentos o falta de coordinación, todo lo cual puede crear un peligro para usted y para los demás al conducir u operar cierto tipo de maquinaria;
2. Evite, si es posible, conducir o participar en otros trabajos u otras actividades potencialmente peligrosas, durante un período de tiempo específico hasta que los efectos iniciales de las sustancias controladas ya no creen tales peligros;
3. Recuerde que la ingestión de sustancias, como alcohol, benzodiazepinas o algunos remedios para el resfriado, al mismo tiempo que está tomando sustancias controladas recetadas puede aumentar el deterioro cognitivo y motor.

Embarazo

Si usted es una paciente pospúber:

1. Se le ha aconsejado sobre los posibles riesgos y beneficios del uso de sustancias controladas durante el embarazo y se le recomienda que no use sustancias controladas o que solo use sustancias controladas de forma mínima durante el embarazo, a menos que los beneficios de dicho uso superen los riesgos;
2. Ha dado su consentimiento informado por escrito para las sustancias controladas recetadas durante el embarazo;
3. Recuerde los signos de reacción adversa o efecto secundario, o condiciones que crean riesgo de peligro para usted o el feto y las medidas que se deben tomar al observar dichos signos o incidentes específicos.

Potencial de sobredosis y respuesta

1. Recuerde que el uso de sustancias controladas crea un riesgo de depresión respiratoria, que puede resultar en daños graves o la muerte, y que usted y otras personas deben estar atentos a las siguientes señales de advertencia de sobremedicación:
 - I. Comportamiento en estado de ebriedad, como confusión, dificultad para hablar o tropiezos;
 - II. Sensación de mareo y desmayos;



- III. Actuar muy somnoliento o aturdido;
 - IV. Ronquidos, jadeos o resoplidos inusuales durante el sueño; y/o
 - V. Dificultad para despertarse del sueño o dificultad para mantenerse despierto.
2. Eduque a los que lo rodean para que llamen inmediatamente al "911" o a un servicio de emergencia al observar o experimentar cualquiera de las siguientes condiciones:
- I. El paciente no puede ser despertado o despierto, o el paciente no puede hablar después de ser despertado;
 - II. El paciente tiene dificultad para respirar, respiración lenta o ligera, o ha dejado de respirar;
 - III. Ruidos de gorgoteo provenientes de la boca o la garganta del paciente;
 - IV. El cuerpo del paciente está flácido, parece sin vida;
 - V. La cara del paciente está pálida o húmeda;
 - VI. Las uñas o los labios del paciente se vuelven morados o azules; y/o,
 - VII. Los latidos cardíacos del paciente son lentos, inusuales o se detienen.

Almacenamiento seguro de sustancias controladas

- 1. Recuerde que existe la posibilidad de que sus parejas, familiares u otras personas obtengan indebidamente sus sustancias controladas si esas sustancias no se almacenan de manera segura;
- 2. Mantenga las sustancias controladas prescritas o dispensadas en el envase original;
- 3. Almacene las sustancias controladas en un gabinete cerrado con llave u otra unidad de almacenamiento segura, que esté fresca, seca y fuera de la luz solar directa, como:
 - I. Una caja fuerte existente;
 - II. Una bolsa de viaje a prueba de cortes;
 - III. Una caja de seguridad portátil diseñada para viajar; o,
 - IV. Una caja médica con cerradura.
- 4. Por favor, no almacene sustancias controladas en:
 - I. Un botiquín sin llave;
 - II. En el coche; o,
 - III. En un refrigerador o congelador a menos que lo recomiende específicamente el farmacéutico o el recetador; y,
- 5. Notifique inmediatamente a nuestra oficina si cualquier sustancia controlada recetada o dispensada es robada o tomada indebidamente por otra persona.

Eliminación adecuada

- 1. Es importante desechar de manera segura y adecuada las sustancias controladas no utilizadas que hayan sido recetadas;
- 2. Deseche de inmediato las sustancias controladas no utilizadas después de la fecha de vencimiento de la receta o después de que ya no necesite las sustancias controladas para tratar la afección médica;
- 3. Para deshacerse de manera segura de las sustancias controladas, debe entregar las sustancias controladas no utilizadas como parte de un programa gubernamental aprobado de devolución de medicamentos. Debido a razones ambientales, no debe tirar sustancias controladas por el inodoro; y,
- 4. Debe eliminar personalmente cualquier información de identificación, incluido el número de receta, de un recipiente vacío de sustancias controladas y luego desechar adecuadamente el recipiente vacío.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____ mm/dd/yyyy

Firma del testigo: _____ **Fecha:** _____ mm/dd/yyyy



Autorización y consentimiento del paciente

Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) se compromete a cumplir con todos los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 2003.

Sección A: Autorización

Debe completarse para todas las autorizaciones. El paciente o su representante debe leer y poner sus iniciales en las siguientes declaraciones:

- 1. Autorizo a Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) a divulgar cualquier información médica o de seguro necesaria para procesar mis reclamos médicos y coordinar o administrar mi atención médica.

Iniciales: _____

- 2. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) por escrito. Pero, si revoco esta autorización, mi revocación no tendrá ningún efecto en ninguna acción que Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) tomó antes de recibir mi revocación.

Iniciales: _____

- 3. Usted puede revocar esta autorización firmando un formulario de Autorización de Revocación y devolviéndolo a Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute). Para requerir un formulario de autorización de revocación, puede preguntar a la recepcionista o comunicarse con nuestra oficina al:

Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute)
1000 Lipscomb St, Ste 110
Fort Worth, TX 76104

- 4. Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) no basará la condición para el tratamiento o el pago de servicios de atención médica en que usted complete y firme esta autorización.

Iniciales: _____

Para obtener información adicional sobre la divulgación de los usos de mi información de salud, reconozco que puedo obtener una copia de Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) "Notify of Privacy Practice" en cualquier momento de la recepcionista o comunicándome con la oficina comercial mencionada anteriormente.

Iniciales: _____

Sección B: Consentimiento

En el caso de que un miembro de la familia o cuidador asista a mi visita al consultorio y esté en la sala de examen en el momento de la evaluación y/o tratamiento, le doy permiso a Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) y a sus médicos o empleados para discutir libremente mi condición, tratamiento, diagnóstico o problemas de seguro/pago con esa persona.

Iniciales: _____

¿Con quién **NO podemos** discutir o divulgar información sobre su atención, tratamiento o diagnóstico?

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____ mm/dd/yyyy



Acuerdo con el paciente

De acuerdo con que Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) me acepte como nuevo paciente para aquellos problemas por los cuales acepta verme, estoy de acuerdo con lo siguiente:

Cesión de beneficios

Por la presente asigno a Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute), todos los beneficios de seguro médico a los que pueda tener derecho ahora o en el futuro en relación con los servicios médicos prestados a Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) y su personal. Por la presente autorizo y dirijo a terceros (seguros) directamente a Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) los beneficios que se me deben por sus servicios.

Pago/Impago

Entiendo y acepto que el pago vence en el momento en que se prestan los servicios médicos, a menos que se hayan hecho otros arreglos previamente. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no pagados por un tercero (seguro). En caso de incumplimiento en el pago de las facturas relacionadas con mi tratamiento por parte de Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute), por la presente acepto pagar todos los cargos de cobro y otros, incluidos los honorarios de abogados y los costos judiciales, que resulten del esfuerzo de cobro o litigio relacionado con dichas facturas.

Divulgación de información

Por la presente doy mi consentimiento para que Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) divulgue toda la información médica protegida o entregue informes verbales que considere útiles para los siguientes fines:

- Para llevar a cabo el tratamiento, obtener el pago por los servicios prestados o por las operaciones de atención médica (incluida la entrega de mensajes relacionados con mis citas, análisis de laboratorio u otros informes, o mi estado médico, a personas o dispositivos de respuesta, números de teléfono que pueda identificar como medio para comunicarse conmigo, incluidos números de teléfono celular, del trabajo o de la casa o de fax, o por correo electrónico a cualquier dirección de correo electrónico que identifique como medio para comunicarse conmigo.
- Para facilitar la comunicación por teléfono, fax o correo electrónico con personas que se identifiquen como representantes de cualquier agencia gubernamental estatal o federal que regule la atención médica o cualquier compañía de seguros que pueda ser responsable del pago de las facturas de Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) u otros beneficios que se me adeuden.
- A cualquier persona que me acompañe en caso de que me someta a un procedimiento quirúrgico u otro procedimiento.
- A médicos, centros u otros proveedores de atención médica anteriores y futuros involucrados en mi atención, o a cualquier abogado que pueda designar de vez en cuando para que me represente..
- A mí en presencia de cualquier persona que me acompañe a visitas clínicas u otros encuentros con el Dr. Aggarwal, el Dr. Mitchell, el Dr. Bartis, el Dr. Bhatla o su personal.
- Acepto específicamente que es mi responsabilidad excluir de tales encuentros a las personas que no deseo que conozcan mi información médica protegida.

Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad de Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) y a revocar los consentimientos relacionados con el uso de información médica protegida para la cual se requiere consentimiento.

Entiendo que Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) tiene el derecho de negarse a tratarme en caso de que no firme este consentimiento y entiendo y acepto que no existirá ninguna relación médico-paciente entre Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) y yo a menos y hasta que firme este acuerdo sin restricciones. Entiendo que tengo derecho a revocar este acuerdo en cualquier momento. Este acuerdo seguirá siendo válido y estará en



pleno vigor y efecto hasta el momento en que pueda revocarlo. Mi autorización para divulgaciones u otras acciones bajo la autoridad de este acuerdo realizadas antes de dicha revocación sobrevivirá a dicha revocación. Además, acepto que si revoco cualquier parte de este consentimiento, también acepto no intentar volver a ser visto por el Dr. Aggarwal / Dr. Mitchell / Dr. Bartis / Dr. Bhatla o su personal como paciente sin renunciar o reactivar este consentimiento en su totalidad, o en el caso de que este consentimiento tenga que ser modificado, revisado, reemplazado, a cualquier consentimiento enmendado, revisado o reemplazado que Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) requiera en ese momento. Además, por la presente libero y libero a Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) de cualquier responsabilidad debido a cualquier acto anterior realizado por Ved V. Aggarwal, MD / Kent Mitchell, MD / Cristina Bartis, MD / Neerav Bhatla, MD, o su personal.

Confidencialidad de los menores

Si soy menor de 18 años, por la presente autorizo a Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) a compartir toda la información actual o adicional con mis padres o tutores sobre mi(s) condición(es) médica(s).

Limitación de la relación médico-paciente

Entiendo que Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) está subespecializado y restringido a aquellas áreas en las que está capacitado como seguidor: manejo intervencionista del dolor. Con el fin de tener acceso a su experiencia dentro de sus subespecialidades, como se limitó anteriormente, acepto eximir de responsabilidad a Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) por todas y cada una de las fallas en el diagnóstico, tratamiento o divulgación de condiciones médicas, otras condiciones o hechos que no forman parte de esta restricción clínica, incluidas, entre otras, todas las afecciones que no son para el manejo del dolor. Además, estoy de acuerdo en que nuestra relación médico-paciente se limita al manejo de solo aquellos problemas que Ved V. Aggarwal, MD / Kent Mitchell, MD / Cristina Bartis, MD / Neerav Bhatla, MD de vez en cuando acepta tratar, y específicamente acepto que Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) tiene el derecho de negarse a diagnosticar o tratar cualquier problema adicional que pueda tener o pueda desarrollar en el futuro. Por ejemplo, a modo de ilustración, pero no a modo de limitación, Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. no tendrá ninguna obligación de verme o tratarme por un dolor de hombro o cuello que desarrolle el día siguiente a la fecha de este acuerdo o en cualquier momento posterior, a menos que él esté de acuerdo en el momento de tal ocurrencia.

Testimonio legal

En el caso de que el paciente o los tutores legales, herederos, herederos, herederos, cesionarios o representantes personales del paciente presenten una reclamación contra un tercero que resulte en una obligación para Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) de prepararse para el testimonio legal, ya sea como experto o testigo material, el paciente acepta compensar a Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Instituto del Dolor de Texas) por todo el tiempo empleado por Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Instituto del Dolor de Texas) para proporcionar y preparar testimonios, incluidos, entre otros, el tiempo dedicado a viajar, a su tarifa habitual y acostumbrada como testigo experto vigente en el momento de dicho testimonio, y para reembolsar a Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) por todos los gastos incurridos en la prestación de dicho testimonio, incluidos, entre otros, el costo de viaje, y además acepta que el pago de dicho testimonio se pagará por adelantado. En caso de falta de pago por adelantado, el paciente acepta que se realizará el pago de cualquier forma de recuperación de dicha reclamación como primera prioridad sobre todas las demás reclamaciones, antes del desembolso de dicha recuperación al paciente.

Divisibilidad

Este acuerdo será legalmente vinculante para mí, el paciente y los padres o tutores legales del mismo si es menor de edad, sus herederos, patrimonio, cesionarios, incluidos todos los hijos menores de edad, y representantes personales, y se interpretará de acuerdo con las leyes del Estado de Texas. Cualquier disputa que surja en virtud de este acuerdo, incluida la interpretación del mismo, se litigará en el condado de Tarrant, Texas, y el lugar será el condado de Tarrant, Texas. Si alguna parte, cláusula, disposición o condición de este acuerdo se considera nula,



inválida o inoperante, dicha anulación, invalidez o inoperabilidad no afectará a ninguna otra parte, cláusula, disposición o condición del mismo, pero el resto de este acuerdo será efectivo como si la parte, cláusula, disposición o condición nula, inválida o inoperante hubiera sido contenida en este documento.

Registros médicos de otros proveedores

Por la presente autorizo y ordeno a todos los proveedores de atención médica anteriores, actuales y futuros que proporcionen a Ved V. Aggarwal, M.D., P.A., a petición suya, cualquier parte o la totalidad de sus registros médicos, radiografías, informes u otra información relacionada con mi atención médica en su posesión.

Consentimiento de Enfermera Practicante / Asistente Médico

Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) emplea asistentes médicos y enfermeras practicantes para ayudarlo en la prestación de su atención médica. Los asistentes médicos y las enfermeras practicantes no son médicos. Un asistente médico (PA, por sus siglas en inglés) es un graduado de un programa de capacitación certificado y tiene licencia de la junta estatal. Una enfermera practicante (NP) es una enfermera registrada que ha recibido una educación y capacitación avanzadas en la prestación de atención médica. Los asistentes médicos y las enfermeras practicantes de Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) pueden diagnosticar, tratar y controlar los trastornos de dolor complejos y de rutina. Si lo atiende un PA o NP, por lo general Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. revisará su caso el día de su visita. He leído y entiendo que en esta práctica se utiliza un "enfoque de equipo", con mis problemas y/o necesidades únicas presentados y discutidos con uno o ambos médicos en el desarrollo de mi plan de atención. También entiendo que, por lo general, un médico dirigirá mi atención general, pero de vez en cuando es posible que me vea alguno o todos los profesionales de esta práctica, incluido un asistente médico o una enfermera practicante. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento a los servicios prestados por un asistente médico o una enfermera practicante.

Por la presente reconozco que la exactitud de la información en los formularios que he completado es fundamental para brindarme la atención médica adecuada y que la probabilidad de errores en el diagnóstico y el tratamiento aumenta significativamente por inexactitudes u omisiones en estos formularios, por la presente certifico que la información que he proporcionado en el paquete de información del paciente es precisa y completa a mi leal saber y entender.

Nombre del paciente (imprenta): _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____ mm/dd/yyyy

Nombre del tutor (imprenta): _____

Firma del guardián: _____ **Fecha:** _____ mm/dd/yyyy

Relación del tutor con el paciente: _____



Política financiera

Con el fin de informarle de nuestra política financiera y de oficina actual, lea el documento a continuación y firme el acuerdo financiero. Nuestros proveedores, personal clínico y de oficina están aquí para ayudarlo de cualquier manera posible y se esfuerzan por hacer que su experiencia con nosotros sea placentera y reconfortante. Guarde una copia de este documento para sus registros y si tiene alguna pregunta, no dude en preguntar a uno de nuestros asociados.

Por favor, manténganos informados de cualquier cambio de dirección, número de teléfono, seguro o nombre. Si no podemos comunicarnos con usted con respecto a su factura, remitiremos el saldo a nuestra agencia de cobro externa.

Notifique a nuestra oficina dentro de las 24 horas para reprogramar o cancelar una cita. Esto permitirá a nuestro personal ofrecer esta franja horaria a otro paciente que necesite una cita.

Aceptamos las siguientes formas de pago: efectivo, tarjetas de crédito (VISA, Mastercard y Discover), cheques de caja, giros postales y cheques personales.

Cheques devueltos

- Los cheques devueltos acumularán un cargo por cheque devuelto de \$35.00, un cargo administrativo de \$10.00, así como cualquier cargo bancario aplicable a su cuenta.

Seguro

- Es su responsabilidad conocer su nivel de beneficios por los servicios prestados. Como nuestros proveedores son especialistas, muchos servicios requieren contar con autorización previa por parte de la compañía de seguros y/o PCF. Póngase en contacto con su compañía de seguros antes de su cita para asegurarse de que se otorgue la autorización adecuada. Nuestros especialistas en seguros verifican los beneficios para todos los pacientes, pero estos son una estimación del pago adeudado, ya que no estamos seguros de cuál será el saldo del paciente hasta que la compañía de seguros procese su reclamo.
- El pago de cuotas, copagos, coseguros y deducibles se debe realizar en el momento del servicio.
- Los copagos son un requisito que le impone su compañía de seguros y, por lo tanto, no se pueden eximir ni reducir. Si olvida o no puede proporcionar su copago en el momento de la visita, se le pedirá que re programe su cita.
- Usted es el único responsable de su saldo en forma de coseguro, deducible o servicios no cubiertos según lo requiera su compañía de seguros.
- Nos comunicaremos con usted antes de su cita y se le notificará de cualquier saldo adeudado en su cuenta y se espera que traiga el pago a su cita. Se le pedirá que haga arreglos con el asesor financiero si no puede pagar el saldo en su totalidad.
- En caso de que algún saldo permanezca impago más de 90 días después de la fecha de procesamiento con la compañía de seguros, se enviará un estado de cuenta al garante de la cuenta y el pago vencerá al recibir el estado de cuenta.

Compensación de Trabajadores

- Manténgase en contacto con su ajustador antes y después de su cita para recibir cualquier información pertinente sobre su reclamo y lesión.
- Es posible que se requieran autorizaciones para ciertos procedimientos y podrían tardar hasta una semana en obtenerse.



TEXAS PAIN INSTITUTE

Phone: (817) 348-8600 Fax: (817) 348-8602

- En caso de que su caso se cierre, se someta a una revisión por pares o se determine que se ha alcanzado la Mejoría Médica Máxima, debe comunicarse con su médico remitente y ajustador para obtener la aprobación por escrito antes de programar cualquier cita o servicio.



Acuerdo de Política Financiera

Yo, _____, he leído y entiendo la política financiera y estoy de acuerdo con sus términos. Entiendo que la facturación del seguro es una cortesía que me proporciona Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute), y asumo toda la responsabilidad financiera por el saldo en el que incurro. Entiendo que los copagos, el coseguro y los deducibles se deben pagar en el momento de mi visita, así como cualquier saldo anterior que pueda adeudar.

Iniciales: _____

Se me ha explicado que si decido realizarme algún procedimiento en Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute), mi compañía de seguros y yo recibiremos dos estados de cuenta, uno por los honorarios del anesthesiólogo y otro por los servicios profesionales prestados por los proveedores de Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute).

Iniciales: _____

Asigno los beneficios para que sean pagados por mi compañía de seguros directamente al proveedor de los servicios que me prestan. Además, si la compañía de seguros emite un cheque a mi nombre, notificaré a Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) de inmediato y organizaré el pago de mi saldo. Si cobro cualquier cheque emitido por mi compañía de seguros destinado al reembolso de los servicios prestados, asumiré la responsabilidad total del saldo y pagaré el saldo dentro de los 30 días. Entiendo que Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) proporcionará una tarifa con descuento para igualar mis beneficios dentro de la red si tengo alguna cobertura fuera de la red disponible.

Iniciales: _____

Entiendo que mi saldo será remitido automáticamente a una agencia de cobro externa en caso de que mi cuenta supere los 90 días sin actividad de pago. Acepto pagar todos los honorarios razonables de abogados, cobro o cheques devueltos en caso de incumplimiento de pago de mis cargos o arreglos de saldo.

Iniciales: _____

PACIENTES MENORES: Para todos los servicios prestados a pacientes menores de edad, el padre que registra al paciente es responsable del pago y DEBE acompañar al paciente menor.

He leído y entiendo la política financiera de la práctica, y acepto estar sujeto a sus términos. También entiendo/acepto que dichos términos pueden ser modificados de vez en cuando.

También autorizo a Ved V. Aggarwal, M.D., P.A. (Texas Pain Institute) a obtener cualquier registro médico de otras instalaciones médicas según sea necesario para el cobro de mi cuenta.

Paciente (Nombre impreso)

Firma del garante

Fecha (mm/dd/yyyy)

Testigo (Nombre impreso)

Firma del testigo

Fecha (mm/dd/yyyy)



Acuerdo de estupefacientes

El propósito de este acuerdo es mantener un plan de tratamiento seguro y controlado. Estoy pidiendo analgésicos narcóticos porque otros tratamientos y medicamentos que he recibido no me han proporcionado suficiente alivio del dolor. Es poco probable que algún medicamento me quite por completo el dolor, pero se me pueden administrar analgésicos narcóticos mientras mi dolor continúe, siempre que cumpla con los términos de este acuerdo.

Entiendo que las posibles complicaciones de la terapia con narcóticos a largo plazo incluyen: dependencia química, física y adicción, estreñimiento que podría ser lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico, dificultad para orinar, somnolencia, náuseas, picazón, respiración lenta y función sexual reducida. Si tomo más medicamentos de los recetados, podría producirse una situación peligrosa, como coma, daño a los órganos o incluso la muerte. Entiendo que si se me acaba la medicación demasiado pronto, o si se suspende la medicación de repente, podría tener síntomas de abstinencia de narcóticos, que pueden ser muy incómodos o peligrosos. Si quedo embarazada, existen riesgos conocidos y desconocidos para el feto. Estos incluyen la adicción a los narcóticos del bebé y la posibilidad de que el bebé experimente abstinencia de narcóticos después del nacimiento. Asumo la responsabilidad de informar a mis médicos si estoy embarazada. Entiendo que me ayudarán a encontrar formas de controlar mi dolor sin narcóticos.

Los términos del acuerdo narcótico incluyen lo siguiente:

1. Solo se utilizará una farmacia para surtir recetas de narcóticos. El nombre, la dirección y el número de teléfono de esa farmacia son:

Nombre de la farmacia:	
Dirección de la farmacia:	
Farmacia Teléfono #:	

2. Acepto recibir medicamentos narcóticos **SOLO** del Instituto del Dolor de Texas y no de ningún otro médico o fuente.
3. El Instituto del Dolor de Texas no reabastece medicamentos narcóticos sin ver al paciente. Para otros medicamentos, es necesario que mi farmacéutico llame al Instituto del Dolor de Texas para reabastecer sus recetas. El farmacéutico puede llamar al (817) 348-8600. Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de tener suficientes medicamentos para pasar el fin de semana, los días festivos o fuera del horario de atención y *que todas las solicitudes de reposición requieren un aviso de 72 horas.*
4. Los médicos de guardia fuera del horario de atención, los días festivos y los fines de semana **NO volverán** a surtir mis medicamentos. No tienen las historias clínicas disponibles para su revisión a fin de tomar decisiones con respecto a los medicamentos.
5. Acepto estar bajo el cuidado de un médico de atención primaria. Informaré al Instituto del Dolor de Texas si cambio a un médico de atención primaria diferente. Mi médico de atención primaria es:

Nombre del médico de atención primaria:	
--	--

Iniciales: _____

6. Firmaré una divulgación de información para permitir que el personal del Instituto del Dolor de Texas se comunique con cualquier otro proveedor de atención médica involucrado en mi atención, pasado o actual, con respecto a todos y cada uno de los aspectos de mi tratamiento.



7. Notificaré al Instituto del Dolor de Texas sobre narcóticos y otros medicamentos relacionados con el dolor y los efectos secundarios. NO me **pondré** en contacto con médicos que no trabajen en el Instituto del Dolor de Texas con respecto a las preocupaciones anteriores, a menos que por alguna razón no pueda comunicarme con los médicos del Instituto del Dolor de Texas. Si tengo un efecto secundario grave que ocurre fuera del horario de atención, en un día festivo o durante un fin de semana, es apropiado ir a la sala de emergencias del hospital más cercano.
8. Estoy de acuerdo en tomar el medicamento narcótico exactamente como lo indica el Instituto del Dolor de Texas. NO **SE ME PERMITE** cambiar las cantidades de dosis o alterar el horario de toma del medicamento sin *la aprobación de mi médico del Instituto del Dolor de Texas o su representante*.
9. Soy responsable de la seguridad de mis medicamentos. Entiendo que no es política del Instituto del Dolor de Texas reemplazar ningún medicamento o receta narcótica extraviada, derramada, inaccesible o perdida. Si me lo roban, debo presentar un informe policial y el Instituto del Dolor de Texas puede comunicarse con la policía para verificar mi informe.
10. Debo asistir a todas las citas según lo recomendado por los médicos del Instituto del Dolor de Texas.
11. El Instituto del Dolor de Texas **NO** aceptará solicitudes telefónicas de recetas o resurtidos de nadie que no sea *mi farmacéutico*.
12. Todas las recetas de narcóticos deben ser recogidas por mí. Si estoy demasiado discapacitado o enfermo, se puede permitir una excepción a discreción del Instituto del Dolor de Texas y la persona que designe para recoger mi receta de narcóticos es: _____ (se necesita una identificación emitida por el gobierno).
13. Entiendo que los beneficios de los medicamentos narcóticos se evaluarán regularmente utilizando los siguientes criterios: (1) aumento en el nivel general de funcionamiento y aumento en las actividades de la vida; (2) disminución de los niveles de intensidad del dolor; (3) ausencia de efectos secundarios adversos inaceptables o intolerables; y (4) mejora del estado de ánimo.
14. Acepto participar en sesiones de psicoterapia y pruebas psicológicas según lo considere apropiado el personal del Instituto del Dolor de Texas.
15. Acepto participar en un grupo de manejo de analgésicos si así lo recomienda el personal del Instituto del Dolor de Texas.
16. Acepto someterme a pruebas de drogas en orina para otros medicamentos y drogas. Me doy cuenta de que estos cargos se enviarán a mi compañía de seguros para su pago, pero si mi compañía de seguros rechaza el pago, seré responsable del pago total de esta prueba.
17. Me han dado información sobre el uso de medicamentos narcóticos, incluidos los posibles riesgos y efectos secundarios adversos, como el desarrollo de tolerancia, dependencia, adicción y abstinencia. Acepto someterme a una terapia antinarcótica.

Iniciales: _____

18. No responsabilizaré a ningún miembro del personal del Instituto de Texas por los problemas causados por la toma de medicamentos narcóticos o la interrupción de los medicamentos narcóticos.
19. No acumularé medicamentos narcóticos.
20. No voy a la prescripción de narcóticos más tarde.
21. No combinaré mis medicamentos narcóticos con el consumo de alcohol.
22. No usaré ninguna sustancia controlada ilegal, incluida la marihuana, la cocaína, etc.
23. No compartiré, venderé ni intercambiaré mis medicamentos con nadie.
24. Entiendo que una conversación verbal con un miembro del personal clínico del Instituto del Dolor de Texas constituye una notificación apropiada de violación de los términos de este contrato, incluidos los términos del Monitoreo del Tratamiento de Narcóticos que se indican *en la siguiente sección*.



- 25. **Entiendo que, si se viola alguno de los términos de este acuerdo**, mi caso será revisado inmediatamente por el personal del Instituto del Dolor de Texas. Lo entiendo:
 - I. Es posible que me descuenten mi medicamento narcótico.
 - II. Es posible que me remitan a un especialista en adicciones o a un programa de desintoxicación de drogas.
 - III. Podría ser despedido de la práctica.
- 26. Entiendo que el Instituto del Dolor de Texas es un centro multidisciplinario. Esto significa que hay muchos profesionales diferentes en el personal que trabajan juntos como un equipo. Entiendo que el equipo se reúne regularmente para discutir mi tratamiento y progreso. Doy permiso para que el equipo comparta información sobre mi caso.
- 27. Doy fe de lo siguiente:
 - I. Que no estoy usando drogas ilícitas o medicamentos recetados para alguien que no sea yo.
 - II. No estoy en tratamiento por dependencia o abuso de sustancias.
 - III. Que nunca he estado involucrado en la venta, posesión ilegal o transporte de drogas.
 - IV. Solo para mujeres: Que no estoy embarazada y que informaré al personal médico del Instituto del Dolor de Texas si quedo embarazada. Entiendo que puede haber efectos nocivos en el feto si tomo medicamentos narcóticos.
- 28. Entiendo que el uso de analgésicos narcóticos en personas mayores o gravemente debilitadas puede predisponerlos a un deterioro del equilibrio que resulte en caídas. Esto aumentará su riesgo de traumatismo craneal, huesos rotos y lesiones en los órganos internos. Estoy de acuerdo en que este aumento del riesgo es aceptable en comparación con los riesgos del dolor no tratado.
- 29. Entiendo que se ha determinado la seguridad absoluta o el riesgo relativo de operar vehículos motorizados (automóvil, bote, avión, vehículo todo terreno, cortadora de césped, etc.) mientras se toman analgésicos narcóticos. Si operé un vehículo motorizado mientras tomaba analgésicos narcóticos y me involucré en cualquier accidente que resulte en una lesión personal o daños a la propiedad a mí mismo o a otros, acepto no responsabilizar al Instituto del Dolor de Texas ni a ningún miembro del mismo.

Iniciales: _____

- 30. Entiendo que el Instituto del Dolor de Texas puede, a su entera discreción, suspender la prescripción de analgésicos narcóticos en cualquier momento.

Autorizo al médico y a mi farmacia a cooperar plenamente con cualquier agencia policial de la ciudad, el estado o el gobierno federal, incluida la Junta de Farmacia de este estado, en la investigación de cualquier posible uso indebido, venta u otro desvío de mi analgésico. Autorizo a mi médico a proporcionar una copia de este Acuerdo a mi farmacia. Acepto renunciar a cualquier privilegio o derecho de privacidad o confidencialidad aplicable con respecto a estas autorizaciones.

Este formulario me ha sido explicado completamente, lo he leído o me lo han leído, y entiendo completamente todos los elementos enumerados. **He recibido una copia de las tres páginas de este acuerdo y las dos páginas adicionales de las hojas informativas sobre narcóticos, y estoy de acuerdo con todos los términos que contienen.**

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____ mm/dd/yyyy

Firma del testigo: _____ **Fecha:** _____ mm/dd/yyyy



Información sobre medicamentos narcóticos

Los medicamentos narcóticos pueden ser una parte eficaz y segura de mi manejo del dolor. Mi uso de narcóticos será cuidadosamente monitoreado y controlado. Incluso cuando mis medicamentos se toman según lo prescrito, es posible que haya complicaciones y efectos secundarios. El Instituto del Dolor de Texas quiere que sea plenamente consciente de todos los problemas que pueden estar asociados con el tipo de medicamentos que estoy recibiendo.

La siguiente es una lista de los efectos secundarios más comunes y complicados relacionados con el uso de medicamentos narcóticos. También es posible que se produzcan otros efectos secundarios y complicaciones menos comunes. El Instituto del Dolor de Texas también ha preparado una lista de precauciones y tratamientos preventivos para algunos de estos problemas.

<u>Problema(s)</u>	<u>Tratamiento</u>
Estreñimiento (Queja común)	Aumente su ejercicio regular y aumente la ingesta de líquidos y agregue más alimentos formadores de volumen a su dieta. Ocasionalmente puede tomar laxantes de venta libre.
Náuseas y vómitos	Suspenda los medicamentos y llame al Instituto del Dolor de Texas.
Somnolencia excesiva	Por lo general, esto mejorará a medida que continúe con el medicamento. NO conduzca ni opere maquinaria durante este tiempo. Su familia debe estar al tanto de los medicamentos que está tomando y recibir instrucciones de llamar al Instituto del Dolor de Texas, para llevarlo a la sala de emergencias si se vuelve difícil de despertar. Si su dolor le ha hecho perder el sueño, es posible que esté durmiendo mucho después de tomar los medicamentos narcóticos. Es posible que simplemente esté obteniendo el descanso que necesita. En este caso, no está experimentando un efecto secundario del medicamento, sino un beneficio del medicamento.
Picazón	Llame al Texas Pain Institute.
Retención urinaria (No puede orinar)	Llame al Texas Pain Institute. Es posible que necesite un cateterismo temporal de la vejiga para ayudar a drenar la orina.
Insomnio	Llame al Texas Pain Institute.
Depresión	Llame al Texas Pain Institute lo antes posible.
Deterioro del razonamiento o del juicio	Llame al Texas Pain Institute lo antes posible.
Depresión respiratoria (Si hay respiración lenta y superficial o si la respiración se detiene)	Este es un efecto secundario extremadamente raro pero potencialmente grave. Suspenda los medicamentos. Comuníquese con el Texas Pain Institute <u>de inmediato</u> y/o lleve al paciente a la sala de emergencias o llame al 911. Si las depresiones respiratorias no se detectan, existe el riesgo de complicaciones relacionadas con la falta de oxígeno, incluida la Muerte.
Impotencia	Llame al Texas Pain Institute.
Tolerancia (la necesidad de una cantidad creciente de un	Los pacientes con dolor crónico ocasionalmente desarrollan tolerancia a los medicamentos narcóticos. Si se desarrolla tolerancia, se pueden tomar



medicamento para lograr el mismo alivio del dolor))	nuevos medicamentos de igual concentración que sustituyan a los medicamentos que ha estado tomando.
Dependencia física y emocional de narcóticos (puede ocurrir adicción)	Esos problemas son raros en pacientes con dolor crónico, pero puede valer la pena arriesgarse para lograr el alivio del dolor. Ocasionalmente, puede ser necesaria la abstinencia y la desintoxicación.
Interrupción repentina de la medicación	Siga su receta al pie de la letra y disminuya los medicamentos solo según las indicaciones del médico. Esto podría resultar en síntomas de abstinencia.

No todas las farmacias tienen todos los medicamentos. Es posible que desee llamar primero a su farmacia para ver si se lo proporcionarán.

LAS REPOSICIONES DE MEDICAMENTOS NO CONSTITUYEN UNA EMERGENCIA.

Este formulario me ha sido explicado completamente, lo he leído o me lo han leído, y entiendo y estoy de acuerdo con los términos de este acuerdo de medicamentos narcóticos, y entiendo los posibles efectos secundarios y posibles problemas de los analgésicos narcóticos. Estoy totalmente de acuerdo en tomar los analgésicos narcóticos, pido que me receten analgésicos narcóticos y acepto plenamente los posibles riesgos y efectos secundarios asociados con tomar los analgésicos narcóticos.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____ mm/dd/yyyy

Firma del testigo: _____ **Fecha:** _____ mm/dd/yyyy

Reconocimiento de las prácticas de privacidad

Se me ha dado la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de esta clínica, que explica cómo se usará y divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, si desea una copia, notifique a la recepcionista y se le entregará una. Una copia está colgada en el vestíbulo junto al área de recepción para su lectura.

Paciente o Tutor: _____ **Fecha:** _____ mm/dd/yyyy

**Nombre del paciente
impreso:** _____



Autorización para utilizar o divulgar la información protegida de salud

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Por favor, lea este formulario completo antes de firmar y complete todas las secciones que correspondan a sus decisiones relacionadas con la divulgación de Información Médica Protegida (PHI).

- Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información de salud relacionada con mi atención y tratamiento se divulgue como se establece en este formulario de acuerdo con la Ley de Privacidad Médica de Texas (Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.001) y la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA).
- Entiendo que no se requiere autorización para divulgaciones relacionadas con el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica, la realización de ciertas funciones de seguros o según lo autorice la ley.
- Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios estarán condicionados a mi autorización de esta divulgación.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al Instituto del Dolor de Texas. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.
- Entiendo que la PHI utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser redivulgada por el destinatario y es posible que su confidencialidad ya no esté protegida por la ley federal o estatal.
- Período de vigencia.** Esta autorización es válida hasta que ocurra la muerte de la persona, lo que ocurra primero; que el individuo llegue a la edad de madurez; o se retira el permiso; o la siguiente fecha específica (opcional):
Mes _____ Día _____ Año _____

Autorizo a las siguientes personas a divulgar la información médica protegida de la persona:

Texas Pain Institute
1000 Lipscomb St, Ste 110, Fort Worth, TX 76104
Phone: (817) 348-8600 Fax: (817) 348-8602

Quién puede recibir y usar la información de salud?

Persona/Organización: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

Firma: _____
Firma de la persona o del representante legalmente autorizado de la persona Fecha

Nombre impreso del representante legalmente autorizado (si corresponde): _____
Si es representativo, especifique la relación con la persona: ___ Padre de un menor ___ Guardián ___ Otro _____

Se requiere la firma de una persona menor de edad para la divulgación de ciertos tipos de información, incluyendo, por ejemplo, la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de atención reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y abuso de drogas, alcohol o sustancias, y tratamiento de salud mental (véase, por ejemplo, Código Familiar de Texas § 32.003).

Firma: _____
Firma de la persona menor de edad Fecha