



ACUERDO DE DOLOR

Este es un **contrato medico** entre (nombre de paciente) _____ y Munshi Modern Pain. El propósito de este acuerdo es para dar una idea general de las pólizas con respecto a las sustancias controladas, que incluyen narcóticos (Hidrocodona, Morfina, Fentanyl, etc.). Este **acuerdo ayudara a asegurar que cumplimos con regulaciones estatales y federales**. Una prueba terapéutica de opioide será considerada para dolor moderado a severo con el objetivo de reducir dolor y aumentar función. **El éxito de este tratamiento será basado en la honestidad y confianza entre el paciente y médico**. Por favor de leer completamente este acuerdo cuidadosamente y preguntar por clarificaciones o preguntas de algo al no entender.

1. **Solamente un médico podrá recetar narcóticos.** Si hay algún cambio o una situación de emergencia nuestra oficina será notificada inmediatamente.
2. Solamente una farmacia será usada para cualquier receta de sustancia controlada.
3. Medicamento debe ser tomado solamente a como a sido recetado.
4. Si su **medicamento es perdido o robado, un reporte policial debe ser archivado y la oficina debe ser notificada inmediatamente.** Medicamento no será reemplazado por ninguna razón.
5. Sin notificación un examen urinario ocurrirá con el curso de tratamiento y se espera su cumplimiento. Resultados positivos de drogas ilícitos o resultados negativos del medicamento que ha sido recetado será posible de terminación de la clínica.
6. **Analgésicos de Opiode no serán recetados por teléfono y tampoco receta podrá ser mandado por correo.**
7. El medicamento es solamente para el/ la paciente al cual se ha recetado.
8. Traeré todos los frascos de opioides a mi cita y conteo de pastillas tomara lugar. Conteo de pastillas inconsistente causara la terminación de la clínica.
9. Cuestiones o recargas de medicamentos solamente será dirigido durante horarios regulares de oficina y no después o fin de semanas.
10. Entiendo que mi médico estará verificando que este recibiendo sustancias controladas de solamente un prescriptor y solamente una farmacia al checar con en el programa monitoreo de prescripción en el sitio web periódicamente en todo el tiempo de tratamiento.
11. El uso de cualquier droga ilegal o ilícito (Cocaína, Marihuana, Heroína, Metanfetamina, etc.) es prohibido con medicamento de opioide.
12. **El uso de alcohol durante el tratamiento de opioide es prohibido.**
13. Munshi Modern Pain recomienda que el paciente no conduzca u opere maquinaria pesada mientras toma opioides u otro medicamento controlado.
14. **No intentare obtener cualquier opioides de cualquier otro proveedor.**
15. Hay efectos secundarios asociados con la terapia de opioides que incluyen: náusea, vomito, estreñimiento, anomalías del sueño disfunción sexual, depresión respiratoria, sedación, edema, sudor, erupción cutánea, y/o muerte.
16. Hay un riesgo que usted pueda ser adicto/a los opioides. Adicción es una enfermedad crónica de neurobiológico caracterizada por el uso continuado a pesar del daño, impedimento de control de uso, uso compulsivo o antojos. Adicción podrá afectar la calidad de vida de paciente.

Munshi Modern Pain

12553 Gulf Freeway, Houston, TX 77034

5420 West Loop S Suite 1100, Bellaire, TX 77401

PHONE: 281-922-9979

FAX: 281-929-0804



17. Usted está de acuerdo con permitir que su médico a contactar cualquier médico, farmacia, miembro familiar, agencia legal, o autoridad reguladora para obtener o proporcionar información acerca de su cuidado solamente si el medico lo encuentra necesario.
18. Debe llamar a la oficina 5 días antes fecha de recarga para asegurar que su recarga esté listo para su recogida.
19. Debe tener una licencia valida de Texas.
20. Debe presentarse para sus seguimientos para evaluar la terapia.
21. La farmacia que se utilizará para todas mis sustancias controladas será:

Farmacia: _____ Número Telefónico: _____

Cualquier violación de este acuerdo causara la terminación de sustancias controladas y posiblemente de la clínica.

Gracias por su comprensión. Nuestro objetivo es brindar atención compasiva al tiempo que garantizamos la salud y la de nuestros pacientes y nuestra comunidad.

Firma (paciente): _____ Fecha: _____

Firma (medico): _____ Fecha: _____

Munshi Modern Pain

12553 Gulf Freeway, Houston, TX 77034

5420 West Loop S Suite 1100, Bellaire, TX 77401

PHONE: 281-922-9979

FAX: 281-929-0804



ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA Y COMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. PORFAVOR REVISE CON CUIDADO.

Usos y divulgaciones

Tratamiento. Su información médica puede ser usada por miembro de la oficina o divulgado a otro profesional de la salud para el propósito de evaluar su salud, diagnosticar condiciones médicas, y proporcionar tratamiento. Por ejemplo, los resultados de las pruebas de laboratorios y los procedimientos estarán disponibles en su registro medico a todos los profesionales de la salud que puedan proporcionar tratamiento o que puedan ser consultados por los miembros del personal.

Pago. Su información médica puede usarse para solicitar el pago de su plan de salud, de otras fuentes de cobertura, como aseguradora de automóviles, o de compañías de tarjetas de crédito que puede usar para pagar los servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar y recibir información de fechas de servicio, los servicios prestados, y la condición médica que será tratada.

Operaciones de cuidado de la salud. Su información de salud puede usarse según sea necesario para respaldar las actividades cotidianas y el manejo de Neurocirugía, P.A. Por ejemplo, la información sobre los servicios que recibió puede ser utilizada para respaldar el presupuesto y la información financiera, y las actividades para evaluar y promover la calidad.

Cumplimiento de la Ley. Su información de salud se puede divulgar a las agencias de aplicación de la ley para apoyar las auditorias e inspecciones gubernamentales, facilitar las investigaciones policiales y cumplir con los informes obligatorios del gobierno.

Informes de Salud Pública. Su información de salud se puede divulgar a las agencias de salud pública según lo que exija la ley. Por ejemplo, estamos obligados a informar a ciertas enfermedades transmisibles al departamento de salud publica del estado.

Otros usos y divulgaciones requieren su autorización. Revelación de su información de salud o su uso para cualquier fin distinto de los mencionados anteriormente requiere su autorización escrita específica. Si usted cambia de opinión des pues de autorizar el uso o divulgación de su información puede enviar una revocación por escrito. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectara o deshace algún uso o divulgación de información que ha ocurrido antes de que usted nos a notificado de su decisión para revocar su autorización.

Usos adicionales de la Información Su información médica será utilizada por nuestro personal para enviarle recordatorios de su cita.

Información de Tratamiento. Su información de salud puede ser utilizada para enviarle información que puede interesarle sobre el tratamiento y la gestión de su afección médica. También Podemos enviarle información que describa otros productos y servicios relacionados con la salud que creemos que puedan interesarle.

Derechos Individuales

Usted tienes ciertos derechos bajo los estándares de privacidad federales. Estos incluyen:

- El derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información se su salud protegida.
- El derecho de recibir comunicación confidencial sobre su condición médica y tratamiento.
- El derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida.
- El derecho de enmendar o enviar correcciones a su información de salud protegida.
- El derecho a recibir una cuenta de cómo y a quien se le ha revelado su información de salud protegida.
- El derecho a recibir una copia impresa de este aviso.

Los Deberes de Munshi Modern Pain

La ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud protegida y proporcionarle este aviso de prácticas de privacidad. También estamos obligados a cumplir con las políticas y prácticas de privacidad que se describen es este aviso.

Munshi Modern Pain

12553 Gulf Freeway, Houston, TX 77034

5420 West Loop S Suite 1100, Bellaire, TX 77401

PHONE: 281-922-9979

FAX: 281-929-0804



Aviso de Prácticas de Privacidad

Como es requerido por la ley, nosotros reservamos el derecho de emendar o modificar nuestra prácticas y pólizas de privacidad. Estos cambios podrían ser requeridos por las leyes federales o estatales. Siendo pedido, nosotros le proveeremos la noticia más reciente cada visita de oficina. El aviso de prácticas de privacidad será aplicado a toda la información protegida que mantengamos.

Solicitudes para inspeccionar información de salud protegida

El paciente tiene el derecho de inspeccionar u obtener copia de su información médica que nosotros mantengamos. Como es permitido por regulaciones federal, nosotros requerimos que el paciente solicite inspeccionar o obtener copia por escrito. La oficina tendrá la pagina de solicitud y con gusto le podemos proveer la solicitud. Su solicitud será revisada y generalmente será aprobada a no ser que aiga razones legales o medicas para negar la solicitud.

Preocupaciones/Quejas

Si gustaría enviar un comentario o queja sobre las prácticas de privacidad, lo puede hacer mandando una letra dando sus quejas a:

**Diana Ramirez
Munshi Modern Pain
12553 Gulf Freeway
Houston, TX 77034**

Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados, por favor de llamar el asunto a nuestra atención, mandando una letra a la dirección dada anteriormente, explicando la causa de sus preocupaciones.

No será penalizado/a por presentar una queja con nuestra oficina.

Yo firmando confirmo que eh leído y entendido las prácticas de privacidad de Munshi Modern Pain:

Firma

Nombre

Fecha

Munshi Modern Pain

12553 Gulf Freeway, Houston, TX 77034

5420 West Loop S Suite 1100, Bellaire, TX 77401

PHONE: 281-922-9979

FAX: 281-929-0804



POLITICA FINANCIERA

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Gracias por elegirnos su proveedor de servicios médicos que usted. Por favor lea lo siguiente para una comprensión completa de nuestra política financiera. **La responsabilidad lo/a obliga a asegurar el pago completo de nuestros cargos.** De cortesía, verificaremos su cobertura con su aseguranza y cobraremos a su aseguranza. Sin embargo, el paciente es responsable por el pago de su cuenta.

Usted es responsable por el pago de su deducible y cualquier copago que a sido determinado por su contrato con su aseguranza. Nosotros esperamos estos pagos en el tiempo de servicio. Muchas de las compañías de aseguranza tienen estipulaciones adicionales que pueden afectar su cobertura. **Usted es el responsable por cualquier cantidad que no sea cubierta por su aseguranza.** Si su aseguranza niega una parte del reclamo, o usted llega a ver el doctor después de que la cobertura a sido terminada por su aseguranza, usted será el responsable por el balance que llegue a tener.

E leído la política financiera que subraya mi responsabilidad financiera a Munshi Modern Pain, por proveer los servicios médicos a mi o al paciente nombrado. Yo certifico que la información, al mejor de mi saber, es cierto y preciso. Yo autorizo a mi aseguranza o la aseguranza del paciente nombrado, page los beneficios que aplican directamente a Munshi Modern Pain, en la cantidad que aplica para los servicios hechos y si necesario me hago responsable por cualquier cantidad que aplique al paciente después de el pago de mi aseguranza.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Firma del guarantor: _____ Fecha: _____

(Si el guarantor no es el paciente)

Munshi Modern Pain

12553 Gulf Freeway, Houston, TX 77034

5420 West Loop S Suite 1100, Bellaire, TX 77401

PHONE: 281-922-9979

FAX: 281-929-0804



PORTAL PARA PACIENTES

Munshi Modern Pain ofrece visualización segura y comunicación como un servicio a los pacientes que desean ver partes de sus registros y comunicarse con nuestro personal y médico. La mensajería segura puede ser una herramienta de comunicación valiosa, pero como ciertos riesgos. Para gestionar estos riesgos, debemos imponer algunas condiciones de participación. Este formulario está destinado a mostrar que ha sido informado de estos riesgos y las condiciones de participación, y que acepta los riesgos y acepta las condiciones de participación.

Cómo Funciona el Portal del paciente

Un portal web seguro es un tipo de página web que usa el cifrado para evitar que personas no autorizadas lean comunicaciones, información o archivos adjuntos. La información y los mensajes seguros solo pueden ser leídos por alguien que conoce la contraseña o contraseña correcta para iniciar sesión en el sitio del portal. Debido a que el canal de conexión entre su computadora y el sitio web utiliza tecnología de capa de conexión segura, puede leer o ver información en su computadora, pero todavía está encriptada en la transmisión entre el sitio web y su computadora.

Protegiendo su información de salud privada y riesgos

Este método de comunicación y visualización evita que personas no autorizadas puedan acceder o leer mensajes mientras están en transmisión. Ningún sistema de transmisión es perfecto y haremos nuestro mejor esfuerzo para mantener la seguridad electrónica. Sin embargo, mantener los mensajes seguros depende de dos factores adicionales: el mensaje seguro debe llegar a la dirección de correo electrónico correcta, y solo la persona correcta (o alguien autorizado por esa persona) debe poder acceder a él.

Solo usted puede asegurarse de que estos dos factores estén presentes. Necesitamos que se asegure de que tengamos su dirección de correo electrónico correcta y que se nos informe si alguna vez cambia. También necesita realizar un seguimiento de quién tiene acceso a su cuenta de correo electrónico para que solo usted o alguien a quien autorice pueda ver los mensajes que recibe de nosotros. Si recoge mensajes seguros de un sitio web, debe evitar que personas no autorizadas aprendan su contraseña. Si crees que alguien ha aprendido tu contraseña, debes ir rápidamente al sitio web y cambiarla.

Reconocimiento y Acuerdo del Paciente

Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento y las Políticas y Procedimientos relacionados con el Portal del paciente que aparece al iniciar sesión. Entiendo los riesgos asociados con las comunicaciones en línea entre mi médico y yo, y otorgamos nuestro consentimiento a las condiciones aquí descritas. Además, acepto seguir las instrucciones establecidas en este documento e incluir las políticas y procedimientos establecidos en la pantalla de inicio de sesión, así como cualquier otra instrucción que mi médico pueda imponer para comunicarse con los pacientes a través de comunicaciones en línea. Todas mis preguntas han sido respondidas y entiendo y estoy de acuerdo con la información provista en las respuestas.

Correo Electronico: _____

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Munshi Modern Pain

12553 Gulf Freeway, Houston, TX 77034

5420 West Loop S Suite 1100, Bellaire, TX 77401

PHONE: 281-922-9979

FAX: 281-929-0804



MUNSHI MODERN PAIN., LLC
Interventional Pain Specialists
Physicians Board Certified in Pain Management

Estimado Paciente,
 ¡Nuestra oficina está creciendo!

- En un esfuerzo para mantener nuestros costos administrativos bajos, debemos enfatizar nuestra política de tarifas de administración del paciente. Esto cubre el tiempo del personal y los gastos de oficina nos obligaron a completar formularios.
- **No facturamos a las compañías de seguros ni a los abogados por estos gastos.** Si considera que estas tarifas pueden ser reembolsables, guarde su (s) recibo (s) y envíelos a su compañía de seguros / abogado. Usted es responsable de los honorarios de abogados / litigios para cobrar las facturas pendientes por estas tarifas que tienen más de 90 días.
- Honorarios de cancelación de cita de visita / procedimiento se esperan en la próxima visita a la oficina o procedimiento. Aceptamos Visa, MasterCard, Discover, Cash o Cheques echo a “Munshi Modern Pain”.

	Tarifas
Procedimiento cancelado menos de 24 horas antes de la cita / No se presenta para los procedimientos:	\$150.00
Visita cancelada de la oficina menos de 24 horas antes de la cita / No se presenta a la cita de la oficina:	\$25.00
Cargo por cheque devuelto:	\$25.00
Aplicación del departamento de vehículo de motor/ discapacidad temporal:	\$25.00
Tarifa de reimpresión de la receta	\$15.00
Formularios de Deshabilitad (Seguro Social, Empleador, FMAL, EEO)	\$45.00
Copias de sus récord médicos	Primeras 25 Páginas son \$25.00 y luego 75 centavos por cualquier paginas adicionales.

Tasas de papeleo para evaluaciones de asentamiento / peritaje / audiencias judiciales / otras -solicitada por su abogado o compañía de seguro / litigio se les cobrará directamente a ellos.

EN EL CASO de una emergencia, clima inclemente u otras circunstancias atenuantes, **POR FAVOR LLAME** y deje un mensaje. Nuestro personal de la oficina se comunicará con usted. Si hay alguna pregunta o problema con respecto a estas tarifas, puede hablar con nuestro gerente de oficina, Diana.

Agradecemos su cooperación y esperamos seguir ayudándole a lograr un funcionamiento menos doloroso, y una vida más sana y feliz

Atentamente,

Dr. Omer F. Munshi
El personal de Munshi Modern Pain, L,L,C

Recibo De Paciente

Entiendo y acepto los honorarios de la oficina administrativa arriba mencionados. Entiendo que estas tarifas pueden cambiar según sea necesario sin mi notificación previa.

Firma de Paciente

Date

Munshi Modern Pain

12553 Gulf Freeway, Houston, TX 77034

5420 West Loop S Suite 1100, Bellaire, TX 77401

PHONE: 281-922-9979

FAX: 281-929-0804



FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE PROPIEDAD DEL MÉDICO

A los pacientes de Munshi Modern Pain, durante el curso de tratamiento con el Dr. Munshi, usted podría ser referido a Next Health, GenTox, cualquier centro de radiografía, Doctor United Surgical Center, HPH, (un "centro").

En relación con cualquier referencia a una de estos centros, se le informa que Munshi Modern Pain tiene un interés de inversión en estos centros y, por lo tanto, recibirá, directa o indirectamente, una remuneración como resultado de dicha referencia.

Esta información se le brinda al momento del primer contacto de Munshi Modern Pain con usted como paciente y también se le proporcionará en el momento de la derivación, si corresponde, para ayudarlo a tomar una decisión informada sobre su atención médica. Usted tiene derecho a elegir a su proveedor de atención médica. Usted tiene la opción de obtener atención médica ordenada por su médico en un centro diferente al de la Instalación. Su médico, el personal del médico o el Centro no lo tratarán de manera diferente si elige utilizar un centro diferente.

Si Omer Munshi MD, (Munshi Modern Pain) en cualquier momento lo deriva a un centro, y usted prefiere utilizar un proveedor de atención médica diferente, se le informará sobre proveedores de atención médica alternativos y su derecho a elegir uno de estos proveedores de atención médica alternativos.

Nombre de el Paciente

Firma del Paciente

Munshi Modern Pain

12553 Gulf Freeway, Houston, TX 77034

5420 West Loop S Suite 1100, Bellaire, TX 77401

PHONE: 281-922-9979

FAX: 281-929-0804



Divulgación de información (HIPPA Formulario de Autorización)

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Divulgación de Información

Yo autorizo la divulgación de mi información que incluye mi diagnóstico, mis récords, las exámenes e información de mis reclamos. Esta información es de ser repartida con:

Esposo: _____

Hijo(a): _____

Otro: _____

La información no es de compartida con nadie.

Este *Formulario de Autorización* seguirá en efecto hasta que sea terminado por mí en escrito.

Por favor de llamar mi número de casa mi número de trabajo mi celular
Número de Teléfono: _____

Si no me pueden contactar:

puede dejar un mensaje detallado

nomas de dejar su nombre/número y yo regresare su llamada.

El mejor tiempo de contactarme es (día) _____ entre las horas _____.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Testigo: _____ Fecha: ____/____/____

Munshi Modern Pain

12553 Gulf Freeway, Houston, TX 77034

5420 West Loop S Suite 1100, Bellaire, TX 77401

PHONE: 281-922-9979

FAX: 281-929-0804