

HOLISTIC INNOVATIVE INTERVENTIONAL PAIN ASSOCIATES

Dr. Sara Goel, DO

7700 Main Street, Suite 400
Houston, TX 77030

Teléfono: 346-230-4070
Fax: 281-605-6804

POLÍTICA FINANCIERA

Información General:

Para su conveniencia, aceptamos efectivo y tarjetas de débito/crédito. Le ayudaremos con preguntas relacionadas con su seguro. Sin embargo, **es su responsabilidad conocer los beneficios de su seguro, incluida la elegibilidad, los beneficios cubiertos y los procedimientos médicamente necesarios.** Por favor, comuníquese con el departamento de servicio al cliente de su compañía de seguros si tiene preguntas sobre su cobertura. Cualquier saldo pendiente deberá ser pagado antes de que se pueda brindar tratamiento adicional.

Pacientes con Seguros de Salud (Managed Care):

Nuestra clínica tiene contratos con varias compañías de seguros. Para los pacientes que participan en estos planes, presentaremos un reclamo a su aseguradora por los servicios prestados. Toda la información necesaria del seguro y los formularios debidamente completados deben ser presentados y verificados por nuestro personal antes de su cita.

En cada visita, podríamos solicitar y obtener información actualizada de su seguro (copia de su tarjeta) y una identificación válida (licencia de conducir). Para facturar correctamente a su aseguradora, requerimos que divulgue toda la información del seguro, incluyendo seguros primarios y secundarios, así como cualquier cambio en su cobertura o información personal. **El no proporcionar información completa y precisa podría resultar en que la factura total sea considerada únicamente su responsabilidad financiera.**

Los pagos de copagos, deducibles y/o coseguros, según lo especificado por su aseguradora, se cobrarán al momento del servicio. Los copagos se cobrarán al llegar. Para deducibles y coseguros, haremos una estimación de buena fe de su parte correspondiente, basada en nuestro contrato con su plan. Es posible que reciba un estado de cuenta por cualquier saldo pendiente después de que su aseguradora procese el reclamo. **Se espera el pago al momento del servicio, tanto para procedimientos como para consultas.** Usted puede rechazar un procedimiento por razones financieras; sin embargo, esto podría afectar nuestra capacidad de brindarle el nivel de atención esperado de un especialista certificado.

Usted es responsable financieramente por cualquier cargo no cubierto por su seguro, incluyendo cargos denegados por falta de necesidad médica o beneficios no cubiertos. No alteramos documentación ni diagnósticos para influir en las determinaciones de cobertura del seguro.

Si su plan de seguro requiere una referencia de su médico de atención primaria o una autorización previa de su aseguradora, **es su responsabilidad asegurarse de obtenerla antes de su cita.** Si no se recibe la autorización al momento de su cita, la visita podría reprogramarse. La falta de obtener autorización o referencia podría resultar en la denegación de cobertura, en cuyo caso usted será responsable del pago total.

Reclamos por Lesiones Personales:

Los reclamos validados por lesiones personales pueden facturarse a su abogado o aseguradora. Si la aseguradora deniega un reclamo previamente validado, usted será responsable financieramente de todos los cargos.

Por la presente, autorizo y ordeno a mi abogado, así como a cualquier abogado posterior que pueda contratar, a pagar directamente a Holistic Innovative Interventional Pain Associates todos los montos adeudados por los servicios prestados, incluidos aquellos no relacionados con el accidente.

Compensación Laboral (Workers' Compensation):

Los servicios validados bajo compensación laboral se facturarán al empleador o a su aseguradora. Si su empleador no confirma que la lesión está relacionada con el trabajo, usted será responsable del pago. En caso de que un reclamo previamente validado sea posteriormente denegado, el paciente será responsable de todos los servicios prestados.

Compensación Laboral Fuera del Estado o Lesiones Laborales No Verificadas:

Se requiere el pago total al momento de la visita. Se le proporcionará una factura para que lo presente a su aseguradora. Usted o su representante legal seguirán siendo responsables de todos los cargos si el reclamo es denegado o no pagado.

Asignación de Beneficios de Seguro y Liberación de Información:

Por la presente, autorizo y solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare u otro seguro se realice a nombre mío, directamente a **Holistic Innovative Interventional Pain Associates**, por cualquier servicio médico o quirúrgico prestado por sus grupos médicos afiliados.

Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a que la divulgue a la **Administración del Seguro Social, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), sus agentes o aseguradoras, y a mi compañía de seguros**, cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Entiendo que debo notificar al proveedor de atención médica sobre cualquier otra parte que pueda ser responsable del pago de mi tratamiento.

Reconocimiento de Responsabilidad Financiera y Acuerdo:

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, comprendido y acepto los términos descritos en esta Política Financiera. Acepto la responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por mi seguro.

Nombre del/la paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Firma del/la paciente: _____ **Fecha:** _____

O Firma del representante autorizado: _____ **Fecha:** _____

HOLISTIC INNOVATIVE INTERVENTIONAL PAIN ASSOCIATES

Dr. Sara Goel, DO

7700 Main Street, Suite 400
Houston, TX 77030

Teléfono: 346-230-4070
Fax: 281-605-6804

CONSENTIMIENTO PARA MANEJO DEL DOLOR

Por favor, escriba **sus iniciales** en **cada línea** y **firme** en **la segunda página**.

- _____ Entiendo que la Dra. Sara Goel ("mi doctora") puede recomendarme opioides para tratar mi dolor.
- _____ Entiendo que muchos medicamentos pueden interactuar con los opioides, aumentando o disminuyendo su efecto. Por lo tanto, he indicado todos los medicamentos, suplementos y tratamientos que estoy recibiendo actualmente, incluyendo medicamentos de venta libre, y acepto notificar a mi doctora de inmediato sobre cualquier nuevo medicamento o tratamiento recibido.
- _____ He informado a mi doctora sobre mi historial completo de consumo de sustancias y cualquier antecedente familiar relevante.
- _____ Entiendo que el inicio del tratamiento con medicación opioide se considera una **prueba terapéutica**, y que su continuación dependerá de la mejora funcional, la tolerabilidad a los efectos secundarios y el cumplimiento del plan de tratamiento.
- _____ Entiendo que si no experimento una mejora significativa en mi función o calidad de vida, o si los efectos secundarios superan los beneficios, mi médica puede reducir la dosis, cambiar los medicamentos o suspender el tratamiento.
- _____ Entiendo que tomar medicamentos opioides conlleva ciertos riesgos, que incluyen, pero no se limitan a:
- Reacciones alérgicas
 - Sobredosis (que puede llevar a hospitalización o muerte)
 - Disminución de la frecuencia respiratoria
 - Enlentecimiento de reflejos o tiempo de reacción
 - Somnolencia, mareos y/o confusión
 - Deterioro del juicio e incapacidad para operar maquinaria o conducir vehículos
 - Problemas gastrointestinales (ej. estreñimiento, náuseas, vómitos)
 - Cambios hormonales (ej. reducción de la libido, irregularidades menstruales)
 - Riesgo de caídas (especialmente en pacientes mayores o médicamente frágiles)
 - Hiperalgnesia (aumento de la sensibilidad al dolor)
 - Picazón
 - Dependencia física o tolerancia a los efectos analgésicos del medicamento (Si se suspende, reduce o interactúa con otros fármacos, puede experimentar secreción nasal, bostezos, pupilas dilatadas, piel de gallina, dolor/cólicos abdominales, diarrea, irritabilidad, dolores corporales y síntomas similares a la gripe. Estos pueden ser dolorosos, pero generalmente no ponen en peligro su vida).
 - Adicción
 - Falta de alivio del dolor
- _____ Si quedo embarazada o planeo estarlo, notificaré de inmediato a mi doctora y a mi ginecólogo-obstetra, ya que los opioides pueden dañar al feto y ocasionar síndrome de abstinencia neonatal.
- _____ Tomaré los medicamentos solo como se me receten. No modificaré la dosis o frecuencia sin autorización expresa de mi doctora.
- _____ Entiendo que cambios no autorizados pueden agotar el medicamento antes de tiempo. **No se permitirán recetas anticipadas bajo ninguna circunstancia.**
- _____ Entiendo que el uso inadecuado o la suspensión abrupta pueden causar síntomas de abstinencia, como ansiedad, sudoración, náuseas, vómitos, cólicos abdominales y malestar general.
- _____ Obtendré todas las recetas de opioides **exclusivamente** de la Dra. Goel y su clínica afiliada.

- _____ No solicitaré opioides fuera de horario, fines de semana o a otros proveedores sin autorización previa.
- _____ No consumiré alcohol mientras esté en tratamiento con opioides.
- _____ Entiendo que, incluso si poseo una tarjeta estatal que autorice el consumo de marihuana medicinal, **no se me recetarán opioides si consumo marihuana** en cualquier modalidad (inhalada, comestible, tópica o en tintura).
- _____ Acepto someterme a **conteos aleatorios de pastillas, pruebas de drogas en orina (UDTs), sangre u otros monitoreos requeridos** por mi doctora para confirmar el cumplimiento y detectar uso de sustancias ilícitas o no autorizadas.
- _____ Entiendo que **la evidencia de sustancias no recetadas, drogas ilícitas o ausencia del medicamento prescrito en mis análisis resultará en la suspensión inmediata de la terapia con opioides** y posible derivación a un programa de tratamiento por uso de sustancias.
- _____ No compartiré, venderé, intercambiaré ni permitiré que otros accedan a mi medicación. **Entiendo que hacerlo es ilegal y puede llevar al término la relación como paciente y a la debida notificación a las autoridades.**
- _____ Guardaré mi medicación en un lugar seguro. **Los medicamentos robados no serán repuestos sin un reporte policial y se evaluarán caso por caso.**
- _____ Entiendo que esta clínica cumple con las leyes estatales y federales de prescripción, incluyendo el monitoreo del PDMP (Programa de Vigilancia de Prescripciones), y autorizo la revisión de mi historial de prescripciones y farmacia.
- _____ Entiendo que esta clínica tiene una **política de tolerancia cero** ante conductas abusivas, amenazantes o deshonestas relacionadas con narcóticos. Las violaciones a esta política pueden resultar en la suspensión inmediata de su permanencia como paciente de la clínica.
- _____ HE LEÍDO O ME HAN LEÍDO ESTE FORMULARIO.
- _____ ENTIENDO TODOS SUS CONTENIDOS.
- _____ HE TENIDO OPORTUNIDAD DE QUE SE RESPONDAN TODAS MIS PREGUNTAS SOBRE ESTE TRATAMIENTO A MI SATISFACCIÓN.
- _____ AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO Y VOLUNTARIO PARA EL USO DE OPIOIDES EN EL TRATAMIENTO DE MI DOLOR.
- _____ ENTIENDO QUE EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE ACUERDO SE CONSIDERARÁ NO CONFORMIDAD Y PODRÍA RESULTAR EN LA SUSPENSIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE OPIOIDES Y POSIBLE SUSPENSIÓN INMEDIATA COMO PACIENTE DE LA CLÍNICA.

Nombre del/la paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Firma del/la paciente: _____ **Fecha:** _____

O Firma del representante autorizado: _____ **Fecha:** _____

Firma del médico: _____ **Fecha:** _____

HOLISTIC INNOVATIVE INTERVENTIONAL PAIN ASSOCIATES

Dr. Sara Goel, DO

7700 Main Street, Suite 400
Houston, TX 77030

Teléfono: 346-230-4070
Fax: 281-605-6804

POLÍTICAS PARA LAS CITAS

Estamos comprometidos a brindar a todos los pacientes atención médica de alta calidad de manera oportuna y eficiente. Las siguientes políticas están implementadas para garantizar una programación fluida, comunicación efectiva y continuidad en la atención.

A conocimiento de todos los pacientes:

Aunque nos esforzamos por mantener nuestro horario, pueden ocurrir retrasos imprevistos. Se recomienda a los pacientes evitar programar otras citas o compromisos al menos hasta dos horas después de su visita programada. Si esto representa un conflicto, notifique a nuestro personal de recepción para ayudarlo a reprogramar.

Debe proporcionar un número de teléfono válido y una dirección de correo electrónico para recibir recordatorios de citas y facilitar la comunicación. Nuestra política de confirmación se aplica estrictamente.

En algunas visitas, se le puede solicitar una muestra de orina. Para evitar demoras, favor de llegar preparado para proporcionarla.

Nuestro personal se esfuerza por mantener su historial médico actualizado con laboratorios, resonancias magnéticas (MRI) y otros estudios de imagen antes de su cita. Por favor, infórmenos cuando se realicen nuevos estudios y dónde se llevaron a cabo para que podamos obtenerlos. Si visita a otro proveedor médico, solicite amablemente que se envíe una copia del informe a nuestra oficina.

Pacientes de Seguimiento:

Las citas de seguimiento deben confirmarse mediante mensaje de texto o correo electrónico. Un recordatorio final se enviará al menos 48 horas antes de la cita programada. Las citas no confirmadas serán canceladas.

Los pacientes incurrirán en un cargo de **\$50 por no presentarse**, si cancelan o reprograman su cita con menos de 24 horas de anticipación. Esta política nos permite ofrecer atención oportuna a otros pacientes que la necesitan.

Las cancelaciones de último momento o las inasistencias reiteradas limitan el acceso a la atención y reducen la disponibilidad de citas para otros. Los saldos pendientes deberán resolverse antes de programar futuras citas.

Agradecemos su cooperación. Valoramos la oportunidad de atenderle y estamos comprometidos a brindarle el servicio de más alta calidad.

— La Administración

He leído y comprendo las políticas de cita descritas en los párrafos anteriores.

Nombre del/la paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Firma del/la paciente: _____ **Fecha:** _____

O Firma del representante autorizado: _____ **Fecha:** _____

HOLISTIC INNOVATIVE INTERVENTIONAL PAIN ASSOCIATES

Dr. Sara Goel, DO

7700 Main Street, Suite 400
Houston, TX 77030

Teléfono: 346-230-4070
Fax: 281-605-6804

MEDICAL RECORDS RELEASE AUTHORIZATION

Person Allowed to Disclose Information: _____

Medical Information to be disclosed

- Medical Consultations
- Discharge Records
- History & Physical Exams
- Imaging Reports
- Laboratory & Pathology Reports
- Progress Notes
- Psychological Tests
- Other: _____

Other Information allowed to be disclosed

- I give consent to the release of my HIV/AIDS testing information if there is any.
- I give consent to the release of information pertaining to drugs and alcohol.
- I give consent to the release of my genetic information and family background information, I give consent to the release of information pertaining to mental health diagnosis or treatment.

Patient Name: _____ **DOB:** _____

Patient Signature: _____ **Date:** _____

OR Authorized Representative Signature: _____ **Date:** _____