

## PATIENT REGISTRATION FORM FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Date/Fecha:		Reason for Visit/Razón de la vista:					
LAST NAME APELLIDO		FIRST NAME PRIMER NOMBRE			MIDDLE NAME SEGUNDO NOMBRE		
SOCIAL SECURITY # N.º DE SEGURO SOCIAL		SEX/SEXO <input type="checkbox"/> Male/M <input type="checkbox"/> Female/F		IDENTIFY MYSELF AS ME IDENTIFICO COMO <input type="checkbox"/> Male/Hombre <input type="checkbox"/> Female/Mujer <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____		BIRTH DATE (mm/dd/yyyy) FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	
MAILING ADDRESS DIRECCIÓN POSTAL			CITY CIUDAD		STATE ESTADO	ZIP CÓDIGO POSTAL	
HOME PHONE TELÉFONO DEL HOGAR		WORK PHONE TELÉFONO DEL TRABAJO		MOBILE PHONE CELULAR	E-MAIL ADDRESS CORREO ELECTRÓNICO		
MARITAL STATUS/ESTADO CIVIL M S D W <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V		INTERPRETER NEEDED? ¿NECESITA INTERPRETE? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No	PREFERRED LANGUAGE IDIOMA PREFERIDO		RACE/RAZA <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra		ETHNICITY/ETNICIDAD <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> No hispánico
RELIGION RELIGIÓN		COMMUNICATION PREFERENCE/PREFERENCIA DE COMUNICACIÓN Mail Phone Email Patient Portal <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Tel. <input type="checkbox"/> Correo elec. <input type="checkbox"/> Portal del paciente			PRIMARY CARE PHYSICIAN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA		
<b>EMPLOYER INFORMATION/INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR</b>							
PATIENT'S EMPLOYER EMPLEADOR DEL PACIENTE			OCCUPATION PUESTO DE TRABAJO		WORK PHONE TELÉFONO DEL TRABAJO		
BUSINESS ADDRESS DIRECCIÓN DEL NEGOCIO			CITY CIUDAD		STATE ESTADO	ZIP CÓDIGO POSTAL	
<b>EMERGENCY CONTACT INFORMATION/INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA</b>							
NAME NOMBRE		RELATIONSHIP PARENTESCO		HOME PHONE TELÉFONO DEL HOGAR	WORK PHONE TELÉFONO DEL TRABAJO	MOBILE PHONE CELULAR	
<b>GUARANTOR INFORMATION (IF PATIENT IS UNDER 18 YEARS OLD) INFORMACIÓN DEL FIADOR (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD)</b>							
GUARANTOR'S NAME NOMBRE DEL FIADOR			RELATIONSHIP PARENTESCO		SOCIAL SECURITY # N.º DE SEGURO SOCIAL		
ADDRESS (IF DIFFERENT FROM ABOVE) DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE DE LA DE ARRIBA)					DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO	SEX SEXO	
EMPLOYER EMPLEADOR			HOME PHONE TELÉFONO DEL HOGAR		WORK PHONE TELÉFONO DEL TRABAJO	MOBILE PHONE CELULAR	
EMPLOYER'S ADDRESS DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		CITY CIUDAD	STATE ESTADO	ZIP CÓDIGO POSTAL	NAME OF ADULT PRESENTING MINOR FOR TREATMENT NOMBRE DEL ADULTO QUE PRESENTA EL MENOR PARA EL TRATAMIENTO		
						RELATIONSHIP PARENTESCO	
<b>INSURANCE INFORMATION/INFORMACIÓN DEL SEGURO</b>							
INSURANCE COMPANY (PAYOR) COMPAÑÍA DE SEGURO (PAGADOR)		SUBSCRIBER NAME NOMBRE DEL SUSCRITOR	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO	SOCIAL SECURITY # N.º DE SEGURO SOCIAL	SUBSCRIBER ID IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRITOR	GROUP ID IDENTIFICACIÓN DE GRUPO	
SECONDARY INSURANCE (PAYOR) SEGUNDO SEGURO (PAGADOR)		SUBSCRIBER NAME NOMBRE DEL SUSCRITOR	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO	SOCIAL SECURITY # N.º DE SEGURO SOCIAL	SUBSCRIBER ID IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRITOR	GROUP ID IDENTIFICACIÓN DE GRUPO	
						PATIENT RELATIONSHIP TO SUBSCRIBER PARENTESCO DEL PACIENTE CON EL SUSCRITOR	
						PATIENT RELATIONSHIP TO SUBSCRIBER PARENTESCO DEL PACIENTE CON EL SUSCRITOR	
<b>INJURY/ACCIDENT INFORMATION (IF APPLICABLE)/INFORMACIÓN SOBRE LA LESIÓN/ACCIDENTE (SI ES PERTINENTE)</b>							
<input type="checkbox"/> Auto/MVC/Auto/Colisión automovilística <input type="checkbox"/> Worker's Comp/Compensación de trabajadores <input type="checkbox"/> Other Accident/Otro accidente: _____							
DATE FECHA		TIME HORA		PLACE LUGAR		NATURE TIPO	
Who may we thank for referring you to our office? ¿A quién podemos agradecer por remitirle a nuestra oficina?							
How did you hear about our office? ¿Cómo se enteró sobre nuestra oficina?							
<b>PLEASE GIVE THE RECEPTIONIST YOUR INSURANCE CARD(S) AND DRIVER'S LICENSE. SÍRVASE DARLE A LA RECEPCIONISTA SU TARJETA(S) DE SEGURO Y SU LICENCIA DE CONDUCIR</b>							

**CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIONES ANUALES**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para tratamiento:**

- Por este medio se autoriza cualquier procedimiento médico o quirúrgico, radiografía, prueba de drogas o de análisis clínicos, medicamento o examen que el médico, el auxiliar médico (physician assistant), la enfermera practicante (nurse practitioner) o la enfermera partera pudiera considerar necesario.
- Entiendo que tengo el derecho a ver a un médico si así lo decido, y que tengo el derecho a ver a un médico antes de que un profesional clínico con formación superior implemente la orden para un dispositivo o medicamento de dispensación con receta.
- En el caso de un menor de edad no emancipado, el consentimiento a continuación se da en su nombre.

**Consentimiento para divulgar información médica a un cónyuge, miembro de la familia o pareja:**

Díganos con quién podemos dialogar sobre su información médica protegida:

(Nombre y relación o parentesco - por ejemplo: Juana Pérez, esposa; Ana Pérez, hija)

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

- Si usted no autoriza que se divulgue información a nadie, haga favor de marcar esta declaración.

**No autorizo la divulgación de ninguna información a nadie que no sea yo.**

**Por este medio, autorizo que se dejen mensajes en un sistema de buzón de voz o contestadora. Por favor, indique el (los) número(s) al(los) que el personal de NGPG puede llamar para dejarle un mensaje:**

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

- Para la divulgación de información de expedientes médicos, consulte el formulario C-45.

**Responsabilidad financiera:**

Entiendo que cada paciente es responsable de que se haga el pago de los servicios médicos recibidos en esta oficina. Por este medio autorizo que cualquier beneficio del seguro se pague directamente al Northeast Georgia Physicians Group, y reconozco mi responsabilidad de pagar todos los servicios no cubiertos. Asimismo, autorizo la divulgación de toda información necesaria para procesar una reclamación del seguro. Los cargos para todos los menores de edad son la responsabilidad de los padres, los tutores o la persona que presente al niño para tratamiento.

Por este medio autorizo al Northeast Georgia Physicians Group, o a cualquiera de sus filiales, agentes, contratistas o socios comerciales, para que me contacten (por medio de cualquier número telefónico, dirección de correo electrónico u otro punto de contacto que yo o alguien más haya proporcionado en mi nombre) por medio de un sistema de llamadas automáticas, por formas pregrabadas de sistemas de voz o de mensajes, por correo electrónico que sea propiedad de, o usado por, el garante o parte responsable, por mensajes de texto, por teléfono o por teléfono celular, por motivos relacionados con los servicios que recibí en el Northeast Georgia Physicians Group o por el pago de los servicios que recibí en el Northeast Georgia Physicians Group incluidos, entre otros, los motivos del cobro de deudas.

**Acuse de recibo del Aviso sobre la Ley Antidiscriminatoria:**

Al escribir mis iniciales, reconozco que recibí una copia del Aviso sobre la Ley Antidiscriminatoria.

**Reconocimiento de los derechos de privacidad:**

Al firmar a continuación, reconozco que estoy enterado del Aviso de NGHS sobre las prácticas de protección de la privacidad y los derechos individuales. Puede que usemos o divulguemos su información médica con el personal que participe en su atención en el Health System. También es probable que divulguemos su información médica a personas fuera del Health System, como las que participan en los sistemas de intercambio de información médica. El Aviso de NGHS sobre las prácticas de protección de la privacidad contiene más información sobre las políticas y las prácticas que protegen la privacidad del paciente.

**Reconozco que he leído la información anterior, que estoy dando mi consentimiento a lo indicado arriba y, además, reconozco que se me ha informado de mis derechos a la privacidad.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Responsabilidad financiera del paciente

Gracias por elegir al Northeast Georgia Physicians Group (NGPG) para su atención médica. Le agradecemos por depositar su confianza en nosotros para prestarle atención de la salud; estamos comprometidos a proporcionarle la mejor atención posible como paciente. La siguiente información describe nuestras expectativas en cuanto a la responsabilidad financiera que tiene con nuestra oficina.

Los pacientes o sus representantes legales son los responsables en última instancia de todos los cargos por los servicios prestados. Todos los servicios que se presten a pacientes menores de edad serán la responsabilidad del adulto que los acompañe, el padre que tenga su custodia o el tutor legal.

NGPG está obligado bajo contrato a cobrar los copagos aplicables al momento en que se presten los servicios. También estamos obligados a cobrar los montos de cualquier deducible o coaseguro que el seguro médico considere ser la responsabilidad del paciente.

Los pacientes que no tengan seguro (es decir, que paguen por cuenta propia) deberán hacer un pago mínimo de \$150 al momento del servicio cuando registren su llegada. Este pago se aplicará a los servicios que se presten ese día. Si los cargos por los servicios superan el pago mínimo que se cobró al momento del servicio, el paciente recibirá un estado de cuenta con el saldo restante. Ofrecemos un descuento del 25 % para los pagos por cuenta propia a los pacientes que hagan su pago mínimo al momento del servicio.

**Desembolso inicial (depósito) para procedimientos:** a los pacientes que estén programados para un procedimiento quirúrgico se les puede pedir un desembolso inicial que se aplique al monto estimado de la responsabilidad financiera del paciente. Este monto consistiría en los copagos y los coaseguros aplicables o en cualquier cantidad de los deducibles restantes. Nuestro personal contactará a su compañía de seguros y le proporcionará a usted una **estimación** de los cargos del procedimiento programado en base a los beneficios de su plan. El desembolso inicial para el procedimiento se puede pagar en efectivo, con cheque o tarjeta de crédito.

El personal del hospital también lo contactará a usted para proporcionarle la misma información para sus cargos hospitalarios previstos.

Por favor, tenga en cuenta que es probable que reciba un estado de cuenta de otras entidades, tales como anestesia, laboratorio, patología, etc. Cualquier pregunta que tenga respecto a esos cargos, necesitará dirigirla a la oficina correspondiente. NGPG no procesa las facturas para estos servicios.

Si no puede pagar el 100 % del monto estimado antes de su procedimiento, nuestro personal le dará información sobre las opciones de financiamiento. Se le pedirá hacer algún tipo de pago que se aplique a su monto estimado antes del procedimiento.

Al firmar este formulario, usted acepta que ha leído y que entiende sus responsabilidades financieras.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Lea nuestra política de pagos a continuación y escriba sus iniciales cuando sea necesario.  
Sus iniciales nos dicen que acepta cumplir con estas partes de la política.**

**Política de pago**

\_\_\_\_\_ Inicial

1. De acuerdo con la nueva ley federal, le pediremos una identificación con foto y un comprobante de seguro médico *en cada visita*. También podemos tomarle su fotografía la primera vez que visita nuestra oficina.
2. No es factible que nuestro personal tenga plena conciencia de los requisitos específicos de cada plan de seguro de salud o coberturas. Haremos todo lo que podamos para ayudarlo; sin embargo, es su responsabilidad verificar que NGPG esté incluido como proveedor dentro de la cobertura de su plan de seguro y saber qué es lo que cubre y qué es lo que no cubre dicho plan.
3. Es su responsabilidad conocer qué limitaciones puede tener su plan de seguro sobre la cantidad de veces que se le puede ver en la oficina, tener tratamientos realizados, cuándo se requieren referidos a especialistas para recibir atención, o recibir otros tipos de atención médica.
4. Usted será responsable de pagar cualquier gasto en el que incurra con nosotros que no sea pagado por su seguro de salud según nuestros acuerdos existentes. Le enviaremos una factura a su plan de seguro como cortesía para usted.
5. Si no tiene seguro médico, con gusto le atenderemos. Ofrecemos un descuento a los pacientes no asegurados en aquellos servicios que normalmente se facturarían a una compañía de seguros. Para calificar para este descuento, requerimos un mínimo de \$ 75.00 a pagar al momento de registrarse. Este pago se aplicará a cualquier cargo por su visita. Si no puede hacer el pago mínimo al registrarse, se le pedirá reprogramar su cita a menos que tenga una necesidad urgente de ser atendido.
6. Continuaremos proporcionándole atención mientras pague los saldos pendientes adeudados. Tendrá que pagar en su totalidad los cargos en los que incurra en el momento del servicio mientras paga los saldos pendientes. Se puede hacer una excepción si su proveedor determina que su visita se necesita con urgencia. Si no puede pagar por completo en el momento del servicio, pregunte sobre nuestras opciones de pago.
7. Usamos una agencia de cobro para las cuentas que no hacen un esfuerzo de buena fe para pagar los servicios médicos que brindamos.

**Política de reabastecimiento de recetas**

\_\_\_\_\_ Inicial

Espera 48 horas para todos los resurtidos de recetas. Para acelerar el proceso, solicite a su farmacia que envíe una solicitud de reabastecimiento a la clínica.

**Política de registros médicos**

\_\_\_\_\_ inicial

Nos complace proporcionarle una copia de sus registros médicos. Primero debe darnos una liberación de información firmada y debidamente verificada para las copias proporcionadas por correo electrónico, CD o en papel. Se puede asociar un costo dependiendo del número de páginas solicitadas.

**Cambios en su información personal**

\_\_\_\_\_ inicial

Usted es responsable de informarnos sobre cualquier cambio en su nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico o cobertura de seguro médico. Si no lo hace, puede afectar su cobertura de seguro y / o nuestra capacidad de brindarle información importante sobre su salud.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del representante legal/padre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## ACUERDO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

PÁGINA 1 DE 2

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Historia Médica #** \_\_\_\_\_

Mi médico y yo tenemos un objetivo de tratamiento común para mejorar mi capacidad para funcionar y / o trabajar. En consideración a ese objetivo, estoy siendo tratado con medicamentos como (narcóticos, sedantes, relajantes musculares, estimulantes y / o barbitúricos). Estos medicamentos pueden afectar mi estado de alerta, reflejos, coordinación y juicio. El uso de muchos de estos tipos de medicamentos está controlado y monitoreado por agencias locales, estatales y federales. Estos medicamentos pueden ser altamente efectivos cuando se toman según las indicaciones bajo supervisión médica, pero tienen el potencial de abuso y mal uso.

Me informaron que puede haber dependencia psicológica, dependencia física y adicción a las sustancias controladas. Si esto sucede, seguiré las indicaciones de mi médico y participaré en los programas de tratamiento recomendados; que podría incluir la referencia a un programa o instalaciones para tratamiento de abuso de sustancias, asesoramiento psicológico y / o tratamiento médico.

Acepto ser sincero con todos mis médicos con relación a mi historial, enfermedad y uso de medicamentos.

Nunca me han diagnosticado ni tratado un problema de abuso de sustancias. Si esta no es una declaración verdadera, por favor explique:

Nunca he estado involucrado en la venta ilegal, posesión o transporte de sustancias controladas.

Entiendo que la entrega o venta de mi medicamento recetado a cualquier otra persona es ilegal y puede dar lugar a que me despidan de esta institución médica, así como también a ser reportado a una organización de cumplimiento de la ley.

Entiendo que no debo consumir alcohol con este tipo de medicamentos.

Asumo plena responsabilidad por las consecuencias de conducir un vehículo motorizado, operar maquinaria o realizar cualquier otra actividad en la que se requiera estado de alerta, reflejos, coordinación y / o juicio.

### Estoy de acuerdo en cumplir con las siguientes condiciones:

- a. Seguiré el plan de tratamiento que mi médico y yo acordamos.
- b. Informaré a mi médico de inmediato cualquier sospecha de efectos secundarios.
- c. Entiendo que mi médico no está obligado o que ni él / ella ordenarán automáticamente las recetas de los medicamentos controlados que he estado recibiendo de otro médico.
- d. No solicitaré ni aceptaré medicamentos o recetas médicas de sustancias controladas no aceptadas de parte de ningún otro individuo o médico mientras esté recibiendo tal medicamento en esta oficina médica. Esto no solo es ilegal, sino que podría poner en peligro mi salud. La única excepción a esto sería si estuviera hospitalizado.
- e. Tomaré los medicamentos según las indicaciones. Si termino mis medicamentos antes del tiempo recetado, entiendo que no se volverán a ordenar hasta que llegue el momento programado para que se puedan surtir.
- f. Traeré la porción no utilizada de mis medicamentos a la oficina para ser contados si así lo solicita mi médico.
- g. En el caso de que mi receta deba cambiarse a otra, entiendo que se me puede pedir que devuelva la porción restante de la receta anterior para ser desechada.
- h. Entiendo que la dosis de mi medicación puede necesitar aumentarse o disminuirse dependiendo de mi condición. No seré quien ajuste mi medicación y entiendo que si necesito más medicamentos debido a un empeoramiento de mi condición, debo ver a mi médico para ser reevaluado antes de que se me aumente la medicación.
- i. Entiendo que dejar de tomar medicamentos abruptamente puede ser peligroso y provocar síntomas de abstinencia. Si los medicamentos necesitan suspenderse, seguiré la supervisión de mi médico.

...CONTINÚA EN LA PÁGINA 2

## ACUERDO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

PÁGINA 1 DE 2

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Expediente #** \_\_\_\_\_

Mi proveedor y yo tenemos un objetivo común de tratamiento para mejorar mi capacidad para funcionar y/o trabajar. Estoy siendo tratado con medicamentos como (narcóticos, opioides, sedantes, relajantes musculares, estimulantes, benzodiazepinas y/o barbitúricos). Estos medicamentos pueden afectar mi estado de alerta, reflejos, coordinación y juicio. El uso de muchos de estos tipos de medicamentos están controlados y supervisados por agencias locales, estatales y federales. Estos medicamentos pueden ser altamente efectivos cuando se toman según las indicaciones bajo supervisión médica, pero tienen el potencial de abuso y uso indebido.

Me han informado que puede ocurrir dependencia psicológica, física y adicción a sustancias controladas. Si esto sucede, seguiré la orientación de mi proveedor y participaré en cualquiera de los programas de tratamiento recomendados, que podría incluir suspensión de una sustancia controlada recetada, derivación a un programa o centro de tratamiento de abuso de sustancias, asesoramiento y/o tratamiento médico.

Acepto siempre decir la verdad a todos mis proveedores con respecto a mi historial, enfermedad y uso de medicamentos. Nunca me han diagnosticado ni tratado por un problema de abuso de sustancias. Si esta no es una declaración verdadera, por favor explique:

\_\_\_\_\_

Nunca he estado involucrado en la venta, posesión o transporte ilegal de sustancias controladas.

Entiendo que dar o vender mi medicamento recetado a cualquier otra persona es ilegal y puede dar lugar a que me despidan de esta práctica, así como a que se informe a una organización encargada de hacer cumplir la ley.

Entiendo que no debo consumir alcohol al tomar este tipo de medicamentos debido a la posibilidad de elevar los efectos secundarios.

Asumo toda la responsabilidad por las consecuencias de conducir un vehículo motorizado, operar maquinaria o realizar cualquier otra actividad en la que el estado de alerta, los reflejos, la coordinación y/o el juicio sean necesarios debido a la naturaleza de los efectos secundarios de este medicamento que puede alterar/deteriorar la función cognitiva y operativa.

Entiendo el aumento del riesgo de depresión respiratoria y muerte si uso múltiples o altas dosis de sustancias controladas (incluida la terapia combinada con benzodiazepinas y opioides)

Entiendo el aumento del riesgo de sobredosis de drogas y muerte con el uso de sustancias controladas.

### Acepto Cumplir con las Sigüientes Condiciones:

- a. Seguiré el plan de tratamiento que mi proveedor y yo hemos acordado.
- b. Informaré inmediatamente a mi proveedor sobre cualquier efecto secundario sospechoso.
- c. Entiendo que mi proveedor no está obligado, ni reabastecerá automáticamente las recetas de medicamentos controlados que he estado recibiendo de otro proveedor.
- d. No pediré ni aceptaré medicamentos con sustancias controladas ni recetas de ninguna otra persona o proveedor mientras reciba dichos medicamentos en el consultorio de este proveedor, esto incluye recetas para procedimientos dentales y control del dolor posoperatorio. Esto no solo es ilegal, sino que podría poner en peligro mi salud. La única excepción a esto sería si fuera hospitalizado.
- e. Tomaré los medicamentos según las indicaciones. Si uso mi medicamento antes de lo recetado, entiendo que no se volverá a surtir hasta que llegue el momento de la recarga programada.
- f. Llevaré la porción no utilizada de mi medicamento a la oficina para un conteo de medicamentos si así lo solicita mi proveedor.
- g. En caso de que sea necesario cambiar mi receta por otro medicamento, entiendo que se me puede pedir que devuelva la parte restante de la prescripción previa para su eliminación.
- h. Entiendo que es posible que sea necesario aumentar o disminuir la dosis de mi medicamento según mi condición. No haré ajustes a mi medicación por mi cuenta y entiendo que, si necesito más medicación debido a un empeoramiento de mi condición, debo ver a mi proveedor para ser reevaluado antes de que aumenten mis medicamentos.
- i. Entiendo que dejar de tomar los medicamentos abruptamente puede ser peligroso y puede provocar síntomas de abstinencia. Si es necesario suspender los medicamentos, seguiré la supervisión de mi proveedor.
- j. Entiendo que mi proveedor puede recetar Narcan para uso doméstico en caso de que se presenten síntomas de sobredosis.

Continúa en página 2

## ACUERDO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

PÁGINA 2 DE 2

### Acepto Cumplir con las Sigüientes Condiciones:

- k. Acepto participar en un programa de control de drogas para asegurarme de cumplir con este acuerdo. El control puede incluir recuentos de píldoras al azar y análisis de drogas aleatorio de muestras de orina, saliva, sudor o sangre que yo proporcionaré al azar. El monitoreo aleatorio no se limita al muestreo en las visitas programadas al consultorio, sino que también puede incluir el muestreo entre visitas. El incumplimiento del programa de control puede descalificarme para seguirme recetando opioides u otras sustancias controladas. Entiendo que seré financieramente responsable de cualquier prueba requerida.
- l. Entiendo que si el resultado de mi prueba de detección de drogas revela alguno o todos los siguientes:
  - i. la presencia de sustancias controladas no recetadas,
  - ii. la ausencia de sustancias controladas prescritas,
  - iii. la presencia de drogas consideradas ilegales en el estado de Georgia para el tratamiento de su condición dolorosa (ESTO ACTUALMENTE INCLUYE MARIHUANA)

Es posible que mi proveedor actual de NGPG me descalifique para continuar con el tratamiento con opioides recetados (es decir, narcóticos).

- m. Entiendo que las reglas, emitidas por la Junta de Examinadores Médicos del Estado de Georgia, pueden requerir que vea a mi proveedor de recetas al menos cada 3 meses, o con más frecuencia si así lo ordena el proveedor tratante, para evaluar mi condición y cumplimiento de un régimen de tratamiento de sustancias controladas. Si no puedo ir a la oficina durante un período de 90 días debido a una dificultad grave, acepto proporcionar documentación escrita de dicha dificultad, que luego deberá revisarse y puede o no ser aprobada por el proveedor que receta.
- n. Autorizo a mi proveedor y a mi farmacia a cooperar plenamente con cualquier agencia de aplicación de la ley federal, de la ciudad o estado, incluido el consejo farmacéutico, en la investigación de cualquier posible uso indebido, venta u otras desviaciones de mis medicamentos controlados. Autorizo a mi proveedor a proporcionar una copia de este Acuerdo a mi farmacia. También autorizo a mi farmacia a proporcionar registros a mi proveedor que documenten las recetas que he recibido si este así lo solicita. Acepto renunciar a cualquier privilegio o derecho de privacidad o confidencialidad aplicable con respecto a estas autorizaciones.
- o. Entiendo que soy responsable de mis medicamentos. Si mis medicamentos o recetas se pierden, extravían, son robados o desaparecen por cualquier motivo, no serán repuestas hasta la fecha de recarga prevista.
- p. Soy responsable de hacer un seguimiento de la cantidad de medicamento y planificaré con anticipación los resurtidos de manera oportuna, para que no quedarme sin medicamento. Entiendo que este tipo de medicamentos solo serán reabastecidos por mi proveedor durante el horario comercial habitual. No serán reabastecidos por otros proveedores en la oficina, por teléfono, fuera del horario de atención, los fines de semana o los días festivos.
- q. Para Mujeres: No estoy embarazada y acepto utilizar métodos anticonceptivos en todo momento mientras tomo este tipo de medicamentos. Acepto notificar a mi proveedor de inmediato si quedo embarazada. Acepto el riesgo para mi bebé y para mí si debo usar estos medicamentos durante el embarazo.

Mi firma a continuación significa que he leído y entendido los términos de este acuerdo y he recibido respuestas satisfactorias a todas mis preguntas. Entiendo que, si violo este acuerdo, mis recetas de sustancias controladas y/o el tratamiento de este proveedor pueden cancelarse de inmediato. Además, entiendo que la violación de este acuerdo es motivo de despido del grupo.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_ Nombre con Letra de Molde: \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

**CURRENT MEDICATIONS**

Please list all medications that you are currently taking (please include over the counter medications, herbals and any nutritional supplements)

MEDICATION NAME AND STRENGTH	DATE STARTED	REASON FOR MEDICATION

**PAST PSYCHIATRIC/MENTAL HEALTH MEDICATIONS**

Please list ALL past Psychiatric/Mental Health medications you have tried in the past and why they did not work for you.

MEDICATION NAME AND STRENGTH	DATE STARTED	DATE STOPPED	Reason for Stopping Medication

IF YOU NEED MORE SPACE PLEASE USE THE BACK OF THIS FORM

**CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha preocupado por alguno de estos siguientes problemas? (use "4" para indicar su respuesta).*

	Nunca	Varios días	Más de la mitad del día	Casi todos los días
1. Tener poco interés o falta de placer en hacer las cosas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Sentirse desanimado, deprimido o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Problemas para dormirse, quedarse dormido o duerme demasiado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Sentirse cansado o con poca energía	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Tener poco apetito o comer en exceso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Sentirse mal consigo mismo, que es un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo o ha decepcionado a su familia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Dificultad para concentrarse en las cosas, tal como leer el periódico o ver televisión	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Moverse o hablar tan despacio que otra gente lo ha notado, o lo opuesto, estar tan nervioso o inquieto que se mueve mucho más de lo acostumbrado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Se le ocurren pensamientos de que sería mejor estar muerto o de que se haría daño	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

(Profesional de atención médica: Para la interpretación del **TOTAL**, consulte la tarjeta de puntaje adjunta).

Sume las columnas  +  +

**TOTAL:**

10. Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil ha sido cumplir con su trabajo, ocuparse de cosas del hogar o llevarse bien con otras personas?	Nada difícil	<input type="checkbox"/>
	Algo difícil	<input type="checkbox"/>
	Muy difícil	<input type="checkbox"/>
	Extremadamente difícil	<input type="checkbox"/>

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: / /

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (Por Favor Marque)

¿Se siente nervioso, ansioso ó desesperado?	Ninguna vez (0)	Varios días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
¿No es capaz de detener ó controlar las preocupaciones?	Ninguna vez (0)	Varios días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)

Si su puntaje es 3 ó más, favor de completar todo el cuestionario.

¿Preocuparse demasiado por cosas diferentes?	Nunca en absoluto (0)	A veces (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
¿Problemas para relajarse?	Nunca en absoluto (0)	A veces (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
¿Está tan inquieto que es difícil sentarse quieto?	Nunca en absoluto (0)	A veces (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
¿Se molesta ó irrita fácilmente?	Nunca en absoluto (0)	A veces (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
¿Se siente asustado como si algo terrible pudiera suceder?	Nunca en absoluto (0)	A veces (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil le han resultado estos problemas para que haga su trabajo, se haga cargo de las cosas en casa o se lleve bien con otras personas?	Nada en absoluto	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil



Northeast Georgia  
PHYSICIANS GROUP

Información del Cliente: Adultos

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Quién vive con usted en su casa?

Nombre	Edad	Parentesco con el Paciente	¿Es esta relación un factor estresante?
--------	------	----------------------------	---

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Tiene su familia antecedente de problemas de salud mental o abuso de sustancias?    Sí    No

En caso afirmativo, describa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuáles considera que son sus tres principales factores estresantes en su vida?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene algún hábito que le interese cambiar para ayudar a mejorar su salud?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Evaluación de Riesgos:** (marque con un círculo SÍ o NO)

- |   |       |
|---|-------|
| 1. ¿Alguna vez ha sentido que ya no quiere vivir?   | Sí No |
| 2. En caso afirmativo, ¿tiene un plan específico para terminar con su vida? Explique por favor: |       |
| Sí No   |       |
| 3. ¿Tiene acceso a alguna arma?   | Sí No |
| 4. ¿Alguna vez ha hecho algo para lastimarse a propósito?                                       | Sí No |
| 5. ¿Alguna vez ha escuchado voces que le dicen que se haga daño?                                | Sí No |
| 6. ¿Alguien en su familia se suicidó?   | Sí No |
| 7. ¿Alguna vez ha lastimado a alguien o destruido una propiedad a propósito?                    |       |
| Sí No   |       |
| 8. ¿Alguna vez ha sido arrestado o detenido por comportamiento violento?                        | Sí No |
| 9. ¿Alguna vez ha estado en la cárcel por alguna razón?   |       |
| Sí No   |       |

- |   |  |
|---|--|
| 10. ¿Alguna vez ha estado en libertad condicional por alguna razón?   | Sí No  |
| 11. ¿Actualmente tiene problemas con el dolor?                        | Sí No  |
| 12. ¿Está trabajando?   | Sí No  |
| 13. ¿Cuál es su estado civil actual?                                  | Soltero    Casado    Divorciado    Viudo    Separado |
| 14. ¿Tiene hijos?   | Sí No  |
| 15. ¿Ha experimentado algún abuso? (físico, sexual, verbal)           | Sí No  |
| 16. ¿Sus eventos de la infancia contribuyen a los problemas actuales? | Sí No  |
| 17. ¿Qué tan satisfecho está con su vida familiar actual?             |  |
| Muy Insatisfecho    Insatisfecho    Satisfecho    Muy Satisfecho      |  |

**Consumo de sustancias:**

1. En el último año, ¿alguna vez bebió alcohol o consumió drogas más de lo que planeó? Sí No
2. ¿Alguna vez ha descuidado algunas de sus responsabilidades habituales debido al alcohol o las drogas?  
Sí No
3. En el último año, ¿ha sentido que necesita reducir su consumo de alcohol o drogas? Sí No
4. ¿Alguien ha tenido algún problema con su consumo de alcohol o drogas (como un familiar, médico, consejero, policía, etc.)? Sí No
5. ¿Alguna vez se ha encontrado pensando mucho en beber o usar drogas? Sí No
6. ¿Alguna vez ha consumido alcohol o drogas para aliviar el desasosiego emocional, como la tristeza, la ira o el aburrimiento? Sí No

**Objetivos del Tratamiento:**

¿Cuáles son sus objetivos del tratamiento? En otras palabras, ¿qué cosas le gustaría ver cambiar o ser diferente sobre usted?

---



---

Para obtener ayuda inmediata en caso de crisis, comuníquese con Georgia Crisis & Access Line (GCAL) al 1-800-715-4225, disponible 24/7.