MINT
Minimally Invasive Neurosurgery of Texas

Scott C. Kutz, MD
Neurosurgeon

Estimado Paciente:

Agradecemos tenerlo como paciente de Scott C. Kutz, MD. Como médico, enfermeras y personal de oficina, nuestro deseo es brindarle la mejor atención médica posible. Es posible que tenga preguntas sobre nuestras políticas de la clínica, y esta carta está diseñada para responder algunas de sus preguntas.

CITAS: Para facilitar el proceso de su cita, por favor asegúrese de traer los siguientes ítems:

1. Todas las páginas de los formularios completamente llenadas.
2. Licencia de conducir y tarjeta de seguro.
3. Todos los CD/películas radiológicas e informes (es decir, MRI, CT, Rayos-X). **No tener estos resultará en la reprogramación de su cita.**
4. Referencias si son requeridas por su compañía de seguros. (Contacte a su médico de atención primaria si no está seguro)

POR FAVOR, LLEGUE 20 MINUTOS ANTES DE SU HORA DE CITA.

HORARIO DE OFICINA: Nuestro horario regular de oficina es de 8 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Las citas para pacientes están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. Sabemos que su tiempo es valioso, al igual que el nuestro, y hacemos nuestro mejor esfuerzo para atenderlo en su horario programado. Si encuentra necesario cancelar una cita con nosotros, por favor danos un aviso de 24 horas para que podamos abrir ese espacio de tiempo para otro paciente. N**o hacerlo puede resultar en un cargo de $50.00.**

LLAMADAS TELEFÓNICAS: Contestamos nuestros teléfonos de 8 a.m. a 4:30 p.m. Cuando llame con una pregunta sobre su atención médica, el personal de oficina puede encontrar necesario tomar un mensaje telefónico ya que el doctor y la enfermera practicante pueden estar con otros pacientes. El mensaje será entregado ya sea al doctor o a la enfermera practicante, y uno de ellos retornará su llamada tan pronto como sea posible. Por favor notifique al personal de oficina si su llamada es una emergencia.

Si su llamada es respecto a información de seguro o facturación, su llamada será dirigida al personal de facturación que puede ayudarlo con esta necesidad. Si desea hacer una cita, el personal de oficina le ayudará.

Si encuentra necesario contactar al doctor fuera de nuestro horario regular de oficina, el servicio de contestación pasará el mensaje al médico de guardia.

RECETAS DE MEDICAMENTOS: Las recetas de medicamentos se realizarán únicamente durante el horario habitual de oficina. Deberá pedir a su farmacia que envíe una solicitud de recarga por fax al (972) 535-2180. Si el médico aprueba la recarga, se devolverá por fax a la farmacia lo antes posible. **Por favor, permita de 1 a 3 días laborables para todas las recargas de medicamentos. No hacemos solicitudes de recarga después de las 2:00 p.m.**

LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS: Para proteger su privacidad, requerimos una firma autorizada de su parte para liberar sus registros médicos. En algunos casos en los que interviene un abogado, el abogado necesitará obtener su firma autorizada, la cual debe ser notariada, y la oficina del abogado necesitará solicitar la liberación de sus registros médicos.

PAPELEO DE DISCAPACIDAD/FMLA: El papeleo de discapacidad se completará después de que su cirugía haya finalizado. **Hay una tarifa de $25.00 por cada conjunto de papeles. Por favor, permita de 7 a 10 días laborables después de su cirugía para completar su papeleo.**

No dude en llamar a la oficina al (972) 244-3491 si tiene alguna pregunta. Esperamos conocerle y atender sus necesidades médicas.

Atentamente,

Scott C. Kutz

Scott C. Kutz, MD

MINT
Minimally Invasive Neurosurgery of Texas

Scott C. Kutz, MD
Neurosurgeon

INFORMACIÓN DE LA OFICINA DE PACIENTES

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____/_____/_____

DIRECCIÓN: _____ **NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:** _____-_____-_____

CIUDAD: _____**ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____

CASA #: (_____)_____-_____ **CELULAR #:** (_____)_____-_____ **TRABAJO #:** (_____)_____-_____**xt.**_____

EMAIL ADDRESS: _____ **OTRO #:** (_____)_____-_____

EMPLEADOR: _____ **DIRECCIÓN:** _____

CONTACTO DE EMERGENCIA/RELACIÓN: _____ **TELÉFONO #:** (_____)_____-_____

QUIÉN O CÓMO SE REFIRIÓ: _____ **TELÉFONO #:** (_____)_____-_____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:_____**TELÉFONO #:** (_____)_____-_____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

NOMBRE DE LA COM. DE SEGUROS PRINCIPAL _____**TELÉFONO #:** (_____)_____-_____

DIRECCIÓN DE RECLAMACIONES: _____

TITULAR DE LA PÓLIZA DE SEGURO: _____ **RELACIÓN:** _____

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: _____-_____-_____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____/_____/_____

NOMBRE DE LA COM. DE SEGUROS SECUNDARIA: _____**TELÉFONO #:** (_____)_____-_____

DIRECCIÓN DE RECLAMACIONES: _____

TITULAR DE LA PÓLIZA DE SEGURO: _____ **RELACIÓN:** _____

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: _____-_____-_____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____/_____/_____

La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. He leído las políticas de la oficina proporcionadas y las entiendo completamente. Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier saldo pendiente. También autorizo a MINT, Inc. o a mi compañía de seguros a divulgar cualquier información necesaria para procesar mis reclamaciones.

_____ _____ _____
FIRMA **NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA** **FECHA**

5425 Spring Creek Pkwy. Ste 133, Plano, TX 75024 ● 972.244.3491● 972.535.2180

Cuestionario de Historial Médico

Gracias de antemano por tomarse el tiempo para completar el cuestionario detallado y confidencial.

Nombre: _____ Médico que remite: _____

Fecha_____ Altura: _____ Peso: _____ Edad: _____ Lateridad: Derecha ☐ Izquierda ☐

Motivo de la consulta (razón de la visita):

_____

_____

Antecedentes médicos (marque todos los problemas médicos anteriores o actuales):

Diabetes ☐ Corazón ☐ Cáncer ☐ Artritis ☐ Hígado ☐ Pulmones ☐ Presión arterial alta ☐

Accidente cerebrovascular ☐ Convulsión ☐ Coágulo sanguíneo ☐ Úlcera estomacal ☐ Problema de tiroides ☐

Cirugías previas (enumerar fechas):

_____

_____

_____

Antecedentes Familiares

¿Alguien en tu familia inmediata (padres, abuelos y hermanos) ha tenido o tiene alguna de las siguientes enfermedades? Si están fallecidos, ¿a qué edad y de qué enfermedad? (Coloca una "X" en blanco)

Familiar	Diabetes	Presión Arterial Alta	Enfermedad Cardíaca	Accidente Cerebrovascular	Cáncer	Fallecido
Madre						
Padre						
Hermano/a						
Hermano/a						
Abuela materna						
Abuelo materno						
Abuela paterna						
Abuelo paterno						

Medicamentos Actuales: **Nombre** **Cantidad/Dosis** **Frecuencia** **Razón**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Alergias a Medicamentos: _____

Historia Social

Estado Civil (marque uno)**:** Soltero/a ☐ En pareja ☐ Casado/a ☐ Divorciado/ ☐ Viudo/a ☐

Estrés (marque uno)**:** Hogar ☐ Relación ☐ Trabajo ☐ Escuela ☐

¿Vives en un(a): Casa ☐ Apartamento Otro: _____ **¿Hay escaleras?** _____

¿Fuma usted? No ☐ Si ☐ **En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por día?** ____ **Fecha de Dejar:**_____

¿Mastica tabaco?_____ **El uso recreativo de drogas:** No ☐ Si ☐ **¿Última fecha de uso?:** _____

¿Bebes alcohol? No ☐ Si ☐ **¿Cuánto al día??** _____

Cuestionario de salud para Scott C Kutz, MD

Marque **sí** para los elementos que ha experimentado / **no** para los elementos que no ha experimentado.
Deje en blanco los elementos desconocidos.

Enfermedades de la infancia

Sarampión	si ☐	no ☐	Paperas	si ☐	no ☐	Rubéola	si ☐	no ☐
Difteria	si ☐	no ☐	Tétanos	si ☐	no ☐	Poliomielitis	si ☐	no ☐
Viruela	si ☐	no ☐	Fiebre Reumática	si ☐	no ☐	Tos ferina	si ☐	no ☐
Tuberculosis	si ☐	no ☐	Escarlatina	si ☐	no ☐	Varicela	si ☐	no ☐

Neurológico

Desmayos	si ☐	no ☐	Convulsione	si ☐	no ☐	Migrañas	si ☐	no ☐
Conmociones	si ☐	no ☐	Golpe en la Cabeza	si ☐	no ☐	Enfermedad de Lyme	si ☐	no ☐
Cirugía Cerebral	si ☐	no ☐	Inconsciencia	si ☐	no ☐	Epilepsia	si ☐	no ☐
Mareos	si ☐	no ☐	Accidente Cerebrovasculare	si ☐	no ☐	Dificultad Caminar	si ☐	no ☐
Visión Borrosa	si ☐	no ☐	Visión Doble	si ☐	no ☐	Dificultad para Escuchar	si ☐	no ☐

Cardiovascular

Angina	si ☐	no ☐	Palpitaciones	si ☐	no ☐	Arritmia	si ☐	no ☐
Mareos	si ☐	no ☐	Desmayos	si ☐	no ☐	Cirugía de Bypass	si ☐	no ☐
Hipertensión	si ☐	no ☐	Presión Arterial Baja	si ☐	no ☐	Anemia	si ☐	no ☐
Enfermedad Cardíaca	si ☐	no ☐	Marcapasos	si ☐	no ☐	AICD	si ☐	no ☐
Mononucleosis	si ☐	no ☐	Tendencia a Sangrar	si ☐	no ☐	Prolapso de la Válvula Mitral	si ☐	no ☐

Respiratorio

Fiebre del Heno	si ☐	no ☐	Bronquitis	si ☐	no ☐	Cirugía de Pulmón	si ☐	no ☐
Alergias	si ☐	no ☐	Enfisema	si ☐	no ☐	Edema Pulmonar	si ☐	no ☐
Asma	si ☐	no ☐	Sibilancias	si ☐	no ☐	Neumonía	si ☐	no ☐
Falta de Alient	si ☐	no ☐						

Tuberculosis si ☐ no ☐ Si es así, fecha de la ppd_____ o fecha de la última radiografía de tórax

Gastrointestinal

Reflujo	si ☐	no ☐	Náuseas	si ☐	no ☐	Vómitos Persistentes	si ☐	no ☐
Diarrhea	si ☐	no ☐	Hernia Hiatal	si ☐	no ☐	Intolerancia a la Lactosa	si ☐	no ☐
Estreñimiento	si ☐	no ☐	Úlcera Péptica	si ☐	no ☐	Vómito de Sangre	si ☐	no ☐

Genitourinario

Incontinencia	si ☐	no ☐	Secreción	si ☐	no ☐	Micción Dolorosa	si ☐	no ☐
Frecuencia	si ☐	no ☐	Infección de Vejiga	si ☐	no ☐	Enfermedad Venérea	si ☐	no ☐
Enfermedad Renal	si ☐	no ☐	Sangre en la Orina	si ☐	no ☐			

Otros

Cataratas	si ☐	no ☐	Enfermedad de Tiroides	si ☐	no ☐	Glaucoma	si ☐	no ☐
Artritis	si ☐	no ☐	Ateroesclerosis	si ☐	no ☐	Mala Circulación Sanguínea	si ☐	no ☐
Problemas Sinusales	si ☐	no ☐	Cáncer	si ☐	no ☐	Trasplante de Órganos	si ☐	no ☐
HIV/AIDS	si ☐	no ☐	Hernia D o I	si ☐	no ☐	Hemorrhoids	si ☐	no ☐
Urticaria o Eccema	si ☐	no ☐	Pérdida de Peso Inexplicada	si ☐	no ☐	Aumento de Peso Inexplicado	si ☐	no ☐
Transfusión de Sangre	si ☐	no ☐	Si es así, cuándo_____			Problemas de Espalda	si ☐	no ☐
Diabetes	si ☐	no ☐	Erupción Cutánea Inexplicada	si ☐	no ☐	Hepatitis A B C D E	si ☐	no ☐

Tipo de Control de Natalidad:_____ ¿Tiene claustrofobia? si ☐ No ☐

Explique cualquier respuesta de Sí.: _____

_____

_____

_____

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

¿Qué causó su enfermedad/dolor? ☐ Enfermedad ☐ Accidente ☐ Cirugía ☐ Otro_____
Describa lo que sucedió_____
_____

Comienzo del dolor Repentino Gradual El dolor es: ☐ Constante ☐ Intermitente ☐ Ocasional
El dolor se irradia/dispara: Si ☐ No ☐ ¿Dónde?_____
¿Cuántas horas al día tiene dolor? _____
¿El dolor afecta su sueño? Si ☐ No ☐ ¿Cuántas horas duerme por noche?__
¿Qué alivia su dolor? _____
¿Qué agrava su dolor? _____
¿Qué actividades se ven más afectadas por el dolor?_____
Califique su dolor: (sin dolor) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ (dolor severo)
Hoy _____ Día Promedio _____ Buen Día _____ Mal Día_____
¿Qué pruebas diagnósticas ha tenido? Xray CT Scan MRI EMG Otro _____
¿Qué tratamientos ha recibido? Terapia Física TENS Cirugía
Acupuntura Inyecciones de Esteroides Manipulación Otro:_____
¿Ha tenido lesiones laborales anteriores? No ☐ Si ☐ Explique_____
¿Hay un abogado involucrado en su caso? No ☐ Si ☐ Nombre:_____

_____

POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN SOLAMENTE SI SE LESIONÓ EN EL TRABAJO O EN UN ACCIDENTE

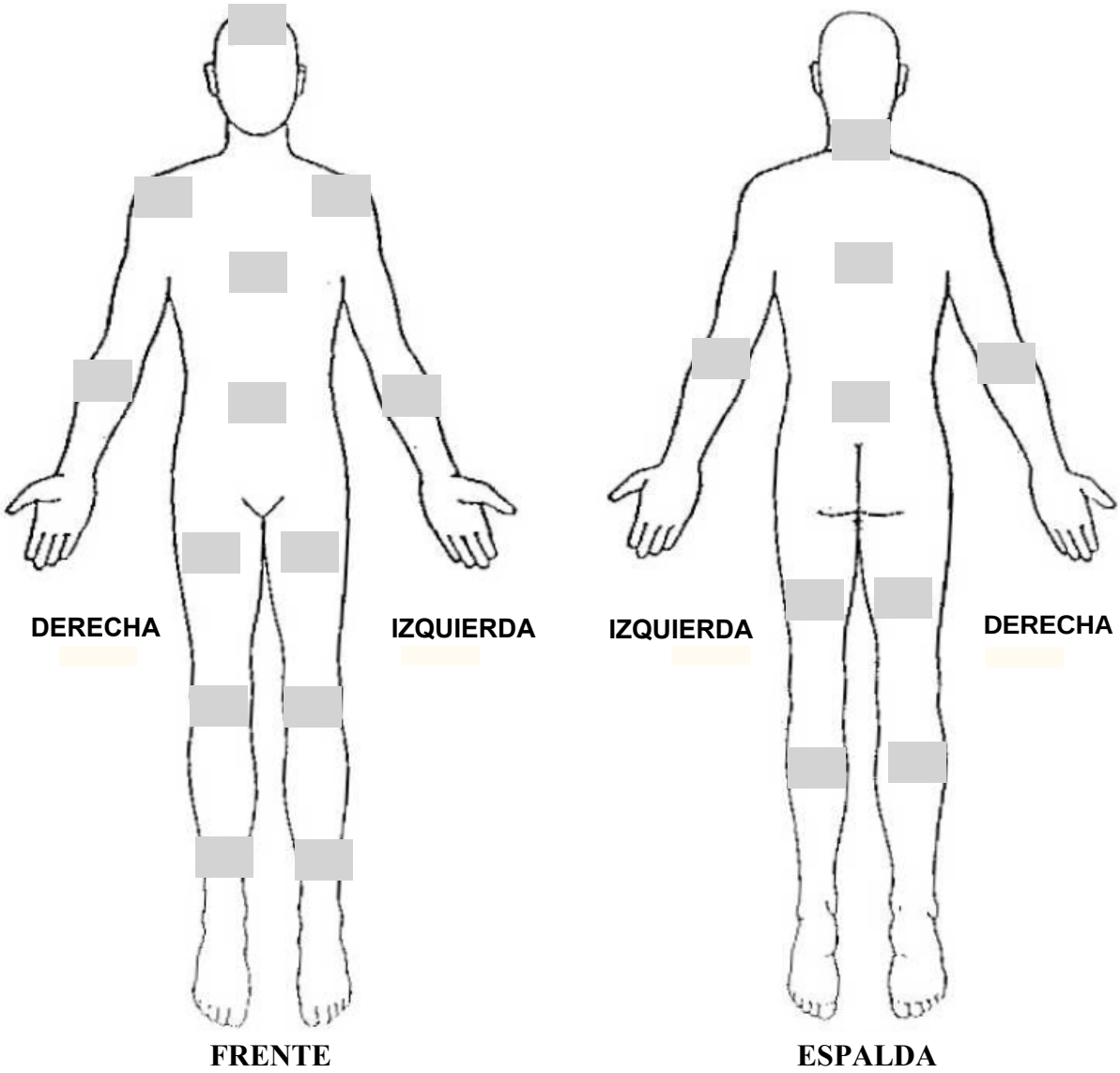
¿Es esta una lesión relacionada con el trabajo? No ☐ Si ☐ ¿Es esta una lesión por accidente? No ☐ Si ☐
Fecha de la lesión/accidente, _____ ¿Cuándo notó por primera vez el dolor? _____
¿Cuándo buscó ayuda médica por primera vez? _____ ¿Dónde? _____
¿Está trabajando actualmente? No ☐ Si ☐ Trabajo completo ____ Trabajo ligero _____
SI ES ASÍ, ¿cuántas horas/día? _____ Describa sus deberes laborales:
_____
Sentado _____ horas De pie _____ horas Levantamiento _____ horas
¿Trabajo en altura? _____
¿Escalada? No ☐ Si ☐ ¿Uso repetitivo de las extremidades superiores? No ☐ Si ☐
SI NO, ¿cuánto tiempo ha estado fuera del trabajo? _____ ¿Por qué dejó de trabaja_____
¿Satisfacción laboral? No ☐ Si ☐ ¿Por qué? _____
¿Ha intentado regresar al trabajo? No ☐ Si ☐
¿Cuánto tiempo trabajó en este trabajo antes de esta lesión? _____
Si resultó lesionado en un accidente automovilístico, ¿estaba usted? Conductor ☐ Pasajero ☐
Chocado por detrás ☐ Alcanzado de lado ☐ Golpeado de lado ☐
¿El cinturón de seguridad estaba puesto? No ☐ Si ☐

_____

¿DÓNDE DUELE AHORA?

Marque las áreas en su cuerpo donde siente las sensaciones descritas. Utilice los símbolos apropiados. Incluya todas las áreas afectadas.

DOLOR	^^^^^	**ENTUMECIMIENTO**	0 00 0 0 0 00 0 0	**HORMIGUEO**	- - - - -- -	**ARDOR**	XXXX	**PUNZANTE**	/ / / / // / /
	^^^^^		0 00 0		- - --		XXXX		/ // /
	^^^^^						XXXX		



MINT
Minimally Invasive Neurosurgery of Texas

Scott C Kutz, MD
Neurosurgeon

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Protegiendo su privacidad

Proteger su privacidad y su información médica es el núcleo de nuestro negocio. Reconocemos nuestra obligación de mantener su información segura y confidencial, ya sea en papel o en Internet. En MINT, Inc. (en adelante, "la Práctica"), la privacidad es una de nuestras máximas prioridades.

Manteniendo su información

Mantener segura la información médica y de salud que tenemos sobre usted es una de nuestras responsabilidades más importantes. Valoramos su confianza y manejaremos su información con cuidado. Nuestros empleados acceden a la información sobre usted solo cuando es necesario para proporcionar tratamiento, verificar elegibilidad, obtener autorización, procesar reclamos y de otra manera satisfacer sus necesidades. También podemos acceder a información sobre usted cuando consideramos una solicitud suya o cuando ejercemos nuestros derechos bajo la ley o cualquier acuerdo con usted.

Protegemos la información durante todas las prácticas comerciales de acuerdo con estándares y procedimientos de seguridad establecidos y evaluamos continuamente nuevas tecnologías para proteger la información. Nuestros empleados están entrenados para entender y cumplir con estos principios de información.

Trabajando para satisfacer sus necesidades a través de la información

En el curso de hacer negocios, recopilamos y utilizamos varios tipos de información, como nombre, dirección e información de reclamos. Utilizamos esta información para brindarle servicio, procesar sus reclamos y para ofrecerle información de salud que podría ser de su interés.

Manteniendo la información precisa

Mantener precisa y actualizada su información de salud es muy importante. Si cree que la información de salud que tenemos sobre usted es incompleta, inexacta o no está actualizada, por favor llámenos o escríbanos al número de teléfono o dirección listados a continuación. Tomaremos las acciones apropiadas para corregir cualquier información errónea lo más rápido posible a través de un conjunto estándar de prácticas y procedimientos.

Cómo - y por qué - se comparte la información

Limitamos quién recibe la información y qué tipo de información se comparte.

* *Compartir información dentro de la Práctica.* Compartimos información dentro de nuestra empresa para ofrecerle los servicios de atención médica y los programas de información y educación relacionados especificados en su plan.

* *compartiendo información con empresas que trabajan para nosotros*. Para ayudarnos a ofrecerle nuestros servicios, podemos compartir información con empresas que trabajan para nosotros, como empresas de procesamiento de reclamos y empresas de correo, así como empresas que entregan educación e información de salud directamente a usted. Estas empresas actúan en nuestro nombre y están obligadas contractualmente a mantener confidencial la información que les proporcionamos.

* *Otros.* Los datos personales identificables específicos del paciente solo se liberan cuando es necesario para proporcionar un servicio para usted y solo a aquellos con necesidad de saber, o con su consentimiento. Los datos se liberan con la condición de que la persona que recibe los datos no los divulgue más, a menos que usted dé su permiso.

Si recibimos una citación u otro proceso legal que exija la liberación de cualquier información sobre usted, intentaremos notificarle (a menos que se nos prohíba hacerlo). Excepto como lo requiera la ley o como se describe arriba, no compartimos información con otras partes, incluidas agencias gubernamentales.

La Práctica no comparte ninguna información del cliente con comercializadores de terceros que ofrecen sus productos y servicios a nuestros pacientes.

Confíe en nuestro compromiso con su privacidad

Puede contar con nosotros para mantenerlo informado sobre cómo protegemos su privacidad y limitamos el compartir de la información que nos proporciona, ya sea en nuestra oficina, por teléfono o a través de Internet.

Scott C Kutz, MD
5425 Spring Creek Pkwy. Ste. 133
Plano, TX 75024
972-244-3491

CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRIVACIDAD INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO

Un médico con una relación directa con el paciente no está obligado a obtener el consentimiento del paciente antes de usar la información de salud protegida (o divulgarla a terceros) para fines de llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Aunque las modificaciones a la Regla de Privacidad final redujeron la necesidad de un formulario de consentimiento obligatorio, se proporcionó un reconocimiento de recepción de un Aviso de Prácticas de Privacidad. Este formulario de consentimiento cumple ese propósito. Se debe firmar un formulario de consentimiento antes o durante los trámites iniciales para cada nuevo paciente y lo antes posible para los pacientes existentes. Este formulario no requiere testigo; sin embargo, recomendamos que el formulario sea testificado siempre que sea posible, ya que puede ayudar a prevenir malentendidos en el futuro.

REFERENCIA

Políticas y Procedimientos:	Usos y Divulgaciones Permitidos sin Autorización Uso Mínimo Necesario y Divulgación de Información de Salud Protegida Usos y Divulgaciones de PHI por y para Representantes Personales, Menores y Difuntos Usos y Divulgaciones Incidentales

MINT
Minimally Invasive Neurosurgery of Texas

Scott C. Kutz, MD
Neurosurgeon

Consentimiento del Paciente y Reconocimiento de Recepción del Aviso de Privacidad

Entiendo que como parte de la prestación de servicios de atención médica, MINT crea y mantiene registros de salud y otra información que describe, entre otras cosas, mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para futura atención o tratamiento.

Se me ha proporcionado un Aviso de Prácticas de Privacidad que ofrece una descripción más completa de los usos y divulgaciones de cierta información de salud. Entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar su Aviso y prácticas y antes de la implementación enviará por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado. Entiendo que tengo el derecho de objetar el uso de mi información de salud para propósitos de directorio. Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo mi información de salud puede ser usada o divulgada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica (actividades de evaluación y mejora de calidad, suscripción, calificación de primas, conducción o arreglo para revisión médica, servicios legales y funciones de auditoría, etc.) y que la organización no está obligada a acceder a las restricciones solicitadas.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de información de salud protegida sobre mí para los fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto donde las divulgaciones ya se hayan hecho en dependencia de mi consentimiento previo.

Este consentimiento se otorga libremente con el entendimiento de que:

1. Todos y cada uno de los registros, ya sean escritos, orales o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden ser divulgados por razones fuera de tratamiento, pago u operaciones de atención médica sin mi autorización escrita previa, excepto según lo provisto de otro modo por la ley.
2. Una fotocopia o fax de este consentimiento es tan válido como el original
3. Tengo el derecho de solicitar que el uso de mi Información de Salud Protegida, que se usa o divulga para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, sea restringido. También entiendo que la Práctica y yo debemos: acordar cualquier restricción por escrito que solicite sobre el uso y divulgación de mi Información de Salud Protegida; y acordar terminar cualquier restricción por escrito sobre el uso y divulgación de mi Información de Salud Protegida que se haya acordado previamente.

NOMBRE DEL PACIENTE IMPRESO	FECHA
FIRMA DEL PACIENTE (O TUTOR, SI ES MENOR	DE SEGURO SOCIAL (SOLO PARA FINES DE IDENTIFICACIÓN)
TESTIGO (Opcional)	FECHA

MINT

Minimally Invasive Neurosurgery of Texas

Scott C. Kutz, MD
Neurosurgeon

RECONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA FINANCIERA

Entiendo y acepto que se me cobrará $50.00 por cualquier cita en la oficina que no asista, no sea reprogramada o cancelada con un aviso de 24 horas.

Además, entiendo que soy responsable de todos los deducibles quirúrgicos y coaseguros. Todos los estimados de tarifas quirúrgicas deben pagarse antes de la cita preoperatoria quirúrgica del paciente. Un estimado de las tarifas quirúrgicas se presentará al paciente en el momento de programar.

He leído y entendido la política financiera de la oficina de MINT, Inc. y acepto adherirme a los términos de esta política. También entiendo que dichos términos pueden ser modificados por la práctica de vez en cuando. Entiendo que se me proporcionará una copia escrita de la política financiera si la solicito.

Firma	*Nombre Impreso*	*Fecha*

5425 Spring Creek Pkwy. Ste 133, Plano, TX 75024 ● 972.244.3491 ● 972.535.2180

MINT

Minimally Invasive Neurosurgery of Texas

RECONOCIMIENTO DE LOS COMPONENTES PARA CIRUGÍA

Cuando tratamos a nuestros pacientes y se sugiere una cirugía, queremos asegurarnos de que sean tratados con la tecnología más reciente para obtener los mejores resultados y pronóstico. La mayoría de los componentes de su cirugía deberían estar cubiertos por el seguro, pero algunas compañías de seguros no ofrecen beneficios para algunos de los requisitos para su procedimiento. Algunos de los componentes de su procedimiento pueden incluir, pero no se limitan a; **monitoreo intraoperatorio, anestesia, A.M.O. (aspirado de médula ósea), P.R.P. (proteína rica en plasma) y E.M.D. (equipos médicos duraderos) como soportes cervicales y lumbares, así como estimuladores de crecimiento.** Autorizaremos y presentaremos todos estos componentes a su seguro. Si no hay cobertura o si hay un remanente después de sus beneficios de seguro, usted será responsable del saldo.

_____	_____	_____
Firma	*Nombre Impreso*	*Fecha*

5425 Spring Creek Pkwy. Ste 133, Plano, TX 75024 ● 972.244.3491 ● 972.535.2180

MINT
Minimally Invasive Neurosurgery of Texas

Scott C. Kutz, MD
Neurosurgeon

Representante Autorizado

Yo, _____ soy el _____ ,
Nombre del paciente **Nombre del asegurado (en caso de menores)**

tenemos beneficios de seguro médico a través de_____,
[Nombre de la Compañía de Seguros]
que se me proporcionan por el siguiente empleador nombrado
_____
Nombre del empleador y nombre del administrador de planes (Recursos Humanos)
que está comprometido en comercio y actividades de negocios definidas en 29 USC 18, §1003(a).
Por la presente designo a MINT, Inc. y proveedores directamente empleados asociados, para ser mi representante autorizado como se define en la Regulación Federal 29 CFR 2560-503-1, para actuar en mi nombre para presentar mi(s) reclamo(s) por beneficios de atención médica, para obtener cualquier y toda la información de mi seguro de salud para pagos de beneficios, para obtener cualquier y toda compensación de mi seguro de salud._____
Nombre de la compañía de seguros

que puede ser utilizada en la apelación de cualquier determinación adversa de beneficios, como se define en 29 CFR 2560-503-1, y para representarme en una Corte Federal de Ley, para apelar y en todas las determinaciones adversas de beneficios y cualquier y toda acción para asegurar que mis pagos de beneficios de seguro de salud proporcionados por el empleador sean correctamente pagados.

Mi compañía de seguro de salud está para proveerme a mí y a mi proveedor con cualquier y toda solicitud de descubrimiento de y para todos los documentos usados por:
_____ para no pagar en pleno o cualquier parte
Nombre de la compañía de seguros
de mi pago de beneficio de salud cuando la determinación adversa fue hecha
_____
Nombre de la compañía de seguros
está dirigido a proveer a mi representante autorizado con una copia legible de dicha póliza, el nombre y especialidad de la persona que realizó la determinación adversa de beneficios y las credenciales de cualquier consultor, y cualquier y toda documentación proporcionada por dicha persona.

Mi representante autorizado tiene autoridad para presentar quejas con cualquier y toda disputa por parte del representante reguladora y para representarme en cualquier acción legal dentro de una Corte de Ley Federal. Copias de esta autorización se deben tratar como si fueran el original documento.

_____ _____
Firma del Asegurado Fecha

MINT
Minimally Invasive Neurosurgery of Texas

Scott C. Kutz, MD
Neurosurgeon

Formulario de Asignación de Beneficios

Yo, _____ por la presente asigno mis pagos de beneficios de salud,
Nombre del paciente/asegurado
a los que tengo derecho a través de_____
Nombre de la compañía de seguros

A:

MINT, Inc. 5425 W.Spring Creek Pkwy suite 133 Plano TX 75024

Esta asignación se realiza de acuerdo con el Employee Retirement Income Security Act (ERISA) según se define en 29 CFR 2560-503-1, y la ley estatal aplicable, y permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí por escrito.Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no pagados por mi seguro. Por la presente autorizo al cesionario designado a liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de dichos beneficios.

MINT, Inc. está por la presente autorizado para iniciar en mi nombre cualquier queja con respecto a mis pagos de beneficios de salud o determinaciones adversas de beneficios según se define en 29 CFR 2560-503-1, ante el Comisionado de Seguros del Estado por una posible violación de las Leyes de Seguros Estatales o la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados y el Secretario de Trabajo en lo que respecta a ERISA, específicamente 29 USC 18§§1003(a) y 1144(a).

Se permite a MINT, Inc. el descubrimiento completo de cualquier y toda la información, documentación, políticas, procedimientos
y recursos utilizados por _____ para realizar una determinación adversa de beneficios,
Nombre de la compañía de seguros
como se define en 29 CFR 2560-503-1 de mis beneficios de salud cubiertos.

MINT, Inc. está autorizado para representarme en cualquier y todas las Demandas Federales contra mi compañía de seguros,, _____, de acuerdo con ERISA.

Una copia de este documento es tan válida como el original.

_____ _____
Firma del Paciente/Asegurado Fecha

_____
Firma del Paciente/Asegurado

_____ _____
Firma del Testigo Fecha

_____
Nombre Impreso del Testigo

MINT

Minimally Invasive Neurosurgery of Texas

Scott C. Kutz, MD
Neurosurgeon

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Información del Paciente:

Nombre: _____ SS# _____ DOB _____

Yo, la persona mencionada anteriormente, autorizo que la siguiente información médica sea enviada desde la oficina del Dr. Cattorini.

_____ Todos los Registros Médicos _____ Todos los Registros de Facturación

Yo, la persona mencionada anteriormente, eximo al Dr. Scott C. Kutz, MINT, Inc y a su personal de cualquier responsabilidad con respecto a los registros mencionados anteriormente. La información puede ser liberada y enviada a:

Quién está autorizado para recibir la información:

Nombre: _____ Nombre: _____

Nombre: _____ Nombre: _____

Nombre: _____ Nombre: _____

Nombre: _____ Nombre: _____

Al firmar este formulario, yo, la persona mencionada anteriormente, eximo al médico y a su personal de cualquier responsabilidad concerniente a mis registros médicos.

_____ _____ _____
Nombre Impreso Firma Fecha

MINT
Minimally Invasive Neurosurgery of Texas

Scott C. Kutz, MD
Neurosurgeon

Aviso sobre Medicación para el Dolor

Desde que el medicamento para el dolor Hidrocodona se convirtió en un medicamento de Lista II el 6 de octubre de 2014, las recetas para esta medicación han sido limitadas.

Esta oficina no prescribe hidrocodona en la primera visita para control del dolor o antes de cualquier procedimiento quirúrgico planificado o programado.

Los pacientes que se someten a cirugía tendrán un límite de dos (2) recetas de 30 días después de su procedimiento quirúrgico, luego el paciente cambiará a otro medicamento si es necesario para control del dolor. Los pacientes no recibirán este medicamento en la oficina antes de un procedimiento quirúrgico o para manejo del dolor.

Si ya está tomando hidrocodona de otro médico, se le cambiará a otro medicamento para el dolor. Si no puede tolerar este nuevo medicamento, o no controla su dolor, puede ser derivado a un especialista en manejo del dolor para gestión de la medicación.

Actualización, vigente desde el 01/04/2016

Los medicamentos o sus recetas perdidos o extraviados no serán rellenados antes de la fecha programada.

No beba alcohol mientras toma narcóticos.

Las recetas para medicamentos para el dolor deben obtenerse solo de la oficina de un médico, si actualmente tiene un médico de manejo del dolor, puede que sea referido de nuevo a ellos para la gestión de su medicación actual.

Llene su medicamento recetado en una sola farmacia.

Medicación anticipada: No rellenaremos medicamentos antes de su fecha de vencimiento programada. Si se queda sin medicación por cualquier motivo antes de la fecha de vencimiento programada, no se hará la reposición.

_____ _____

Firma del paciente Fecha

5425 Spring Creek Pkwy. Ste 133, Plano, TX 75024 ● 972.244.3491 ● 972.535.2180

Scott Kutz, MD
Neurosurgeon

DIVULGACIÓN DEL INTERÉS FINANCIERO DEL MÉDICO

Este documento tiene como fin divulgar que la Neurocirugía Mínimamente Invasiva de Texas o uno o más de sus afiliados, médicos o propietarios tienen un interés financiero en una o más de las siguientes organizaciones:

- Centro de Cirugía Ambulatoria Wellness, PLLCC

Neurocirugía Mínimamente Invasiva de Texas: Inversión en Su Futuro

Relaciones Industriales

La Neurocirugía Mínimamente Invasiva de Texas es frecuentemente buscada por fabricantes de dispositivos médicos para participar en el desarrollo de productos, investigación y educación. Los fabricantes y organizaciones de investigación se dan cuenta de que los cirujanos son contribuyentes necesarios para el desarrollo y mejora de dispositivos e instrumentos utilizados en el tratamiento de muchas condiciones ortopédicas y de la columna vertebral. Sin las contribuciones de los cirujanos, los ingenieros que trabajan en la industria de dispositivos médicos carecerían de la experiencia real necesaria para desarrollar y mejorar completamente sus inventos y avances en el cuidado de la columna.

Los cirujanos de la Neurocirugía Mínimamente Invasiva de Texas trabajan con muchas compañías, tanto grandes como pequeñas, para ayudar a crear y mejorar productos para el cuidado del paciente. Como tal, son compensados por sus esfuerzos intelectuales y por su tiempo. Esto es una práctica estándar en la industria. Ellos participan como Consultores, en Consejos Asesores Científicos e incluso en Juntas Directivas. La compensación por tales servicios puede tomar varias formas, incluyendo, pero no limitado a: (1) honorarios de consultoría por servicios prestados por los cirujanos ortopédicos, (2) honorarios por derechos de autor para patentes basadas en la venta de productos para los cuales los cirujanos hicieron contribuciones importantes, y (3) intereses en acciones de los fabricantes o distribuidores de productos médicos. Algunos de los productos o dispositivos fabricados o distribuidos por estas compañías pueden ser utilizados en su tratamiento médico. Sin embargo, la decisión de un médico sobre cuáles, si alguno, productos o dispositivos serán utilizados en su cuidado y tratamiento se toma con base en lo que es de mejor interés médico para usted.

La siguiente es una lista actual de compañías con las que la Neurocirugía Mínimamente Invasiva de Texas puede tener relaciones financieras. Por favor, siéntase libre de aprender más sobre estas compañías en sus sitios web y de preguntarle a su cirujano cualquier pregunta específica o preocupación que pueda tener sobre una compañía, producto o las relaciones de su médico con la compañía.

Nombre de la Compañía	Sitio Web/Producto
Excelsius Angel Partners, LLC	
Globus/Excelcius	
Globus Spine	
Tenon, INC	
Indius Medical, INC	

5425 Spring Creek Pkwy. Ste 133, Plano, TX 75024 ● 972.244.3491 ● 972.535.2180

Esperamos que esto ayude a aclarar la naturaleza de nuestra participación en la investigación y desarrollo que conduce a avances en el cuidado del cuello y la espalda. Estamos muy orgullosos de ser líderes en innovación tecnológica que resulta en un mejor cuidado del paciente.

Cirugía Neuroquirúrgica Mínimamente Invasiva de Texas: Invertidos en su Cuidado

Relaciones con Instalaciones

Los médicos de la Cirugía Neuroquirúrgica Mínimamente Invasiva de Texas pueden tener intereses financieros en instalaciones y proveedores en el Norte de Texas. Estas instalaciones y nuestros médicos están comprometidos a proporcionar excelencia clínica a nuestros pacientes en un ambiente seguro y de alta calidad. Su interés financiero en estas instalaciones a menudo les proporciona una voz en la administración y en las políticas clínicas y operativas. Este involucramiento ayuda a asegurar el más alto nivel de cuidado del paciente y servicio al cliente. Los pacientes de la Cirugía Neuroquirúrgica Mínimamente Invasiva de Texas siempre tienen la opción de utilizar una instalación de salud alternativa o proveedor. Por favor, pida a uno de nuestros representantes una lista de instalaciones alternativas. Los médicos de la Cirugía Neuroquirúrgica Mínimamente Invasiva de Texas están abiertos a cualquier pregunta con respecto a este aspecto del cuidado de sus pacientes. La siguiente es una lista de proveedores con los que la Cirugía Neuroquirúrgica Mínimamente Invasiva de Texas, una afiliada de la Cirugía Neuroquirúrgica Mínimamente Invasiva de Texas, o uno o más médicos de la Cirugía Neuroquirúrgica Mínimamente Invasiva de Texas tienen un interés financiero:

• Centro de Diagnósticos y Cirugía de Texas Health Presbyterian Plano (igual que el Centro Médico de Plano)

Cirugía Neuroquirúrgica Mínimamente Invasiva de Texas: Invertidos en su Futuro

Los pacientes de la Cirugía Neuroquirúrgica Mínimamente Invasiva de Texas siempre tienen la opción de utilizar una instalación de atención médica alternativa o proveedor. Los médicos de la Cirugía Neuroquirúrgica Mínimamente Invasiva de Texas dan la bienvenida a cualquier pregunta con respecto a este aspecto del cuidado de sus pacientes.

La Cirugía Neuroquirúrgica Mínimamente Invasiva de Texas quiere que usted sepa que tiene la opción de usar un proveedor de atención médica alternativo.

Por favor, firme abajo para reconocer la recepción de esta divulgación:

_____	_____	_____
Nombre Impreso	Firma	Fecha