



"Devolviéndole la vida a nuestros pacientes"

Bienvenido

Gracias por elegir Texas Back Institute como su proveedor de atención médica. Recuerde llevar consigo el **Paquete del Nuevo Paciente** completo, junto con su tarjeta de identificación del seguro. Es importante que **llegue 30 minutos antes** para completar el registro del paciente. Llegar tarde o no haber completado todo el formulario para su consulta podrían resultar en una reprogramación del turno.

Si su compañía de seguros requiere que lo derivemos a un especialista, debe traer la derivación a su cita o comprobar que nuestro consultorio ha recibido la derivación. Si no está seguro de si necesita o no una autorización o derivación, debe comunicarse con el consultorio de su médico de atención primaria. Además, si su compañía de seguros le niega su reclamación debido a una cláusula preexistente, usted será responsable de cualquiera y todos los cargos no cubiertos por su compañía de seguros.

Es esencial que lleve consigo todos los documentos médicos y radiografías con el fin de ayudar al médico a determinar su tratamiento. Los registros también pueden enviarse por fax al 972-608-5068 antes de su consulta a la atención del médico con el cual tiene la consulta. Asegúrese de incluir su nombre y el nombre del médico que lo deriva en la portada del fax.

En el momento de su visita, se espera que usted realice el pago por la suma de todo copago requerido por su plan de seguro médico, toda cantidad anual deducible apropiada y todo servicio que no tenga cobertura. Los pagos pueden ser en efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

Esperamos poder ayudarlo. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 972-608-5000 para que podamos asistirlo.



"Devolviéndole la vida a nuestros pacientes"

Políticas del Consultorio

Horario de Atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Reposiciones de Medicamentos: a partir del lunes 1 de septiembre de 2008, no aceptamos solicitudes para reponer medicamentos por teléfono. Le solicitamos que le pida a su farmacia que envíe la solicitud por fax. Las solicitudes pueden enviarse por fax al (972) 608-5160. Espere 24 horas desde el momento en que la farmacia recibe la solicitud para que procese la receta. La reposición de sus medicamentos solo se procesará si incluye el nombre correcto del medicamento, la dosis y las instrucciones sobre cómo tomarlo. La reposición de los medicamentos no se procesará fuera del horario normal de atención, de las 3.00 p. m. los días viernes, los fines de semana ni durante las noches después del cierre del consultorio.

Política de Médico de Emergencia de Guardia: cuando el consultorio está cerrado, hay un médico de guardia las 24 horas del día. El médico debe ser contactado cuando el consultorio está cerrado SOLO PARA EMERGENCIAS MÉDICAS. Si desea concertar una cita, reponer medicamentos, obtener radiografías o resultados de laboratorio, no llame durante el fin de semana o cuando el consultorio está cerrado. Al intentar ponerse en contacto con un médico después del horario de atención, elimine funciones de identificador o interceptor de llamadas que estén operando en su línea telefónica. De lo contrario, los médicos no podrán ponerse en contacto con usted. En caso de tener una emergencia que ponga en peligro su vida, llame al 911 o busque tratamiento en la sala de emergencia más cercana que brinde atención los fines de semana y después del horario de atención.

Política de Retraso de 15 Minutos: si usted llega 15 minutos o más tarde a su consulta, se le podrá solicitar que la re programe.

Consultas Sin Turno: Texas Back Institute solo brinda consultas con turno. No podemos garantizar el examen médico si se presenta a la oficina sin un turno.

Se espera el **Pago** en el momento del servicio. Debido al alto costo de la facturación, los pacientes que no puedan pagar al momento del servicio deberán reprogramar su cita. Los métodos aceptados de pago incluyen dinero en efectivo, cheque, tarjeta de crédito y tarjeta de débito.

Proceso para Completar Formularios: tenga en cuenta que necesitamos de 7 a 10 días hábiles para completar los formularios. Los pacientes están obligados a pagar una tarifa

de \$20 por los formularios de discapacidad. No se cobra ningún cargo por completar los documentos de la FMLA.

Copia de Registros Médicos: los pacientes que soliciten copias de sus registros médicos deberán abonar una tarifa de \$25 por las primeras veinte páginas y, a partir de entonces, 50¢ por cada página. Si se envía un resumen a un proveedor de atención continua, no se cobrará ningún cargo. Deberá firmarse y enviarse una autorización para la divulgación de información antes de procesar cualquier solicitud de registros.

Copia de Radiografías: los pacientes que soliciten copias de sus registros de radiografías abonarán \$8 por cada imagen. Todas las imágenes de diagnóstico se duplicarán con el software DICOM (grado médico) y se entregarán en un CD. No se entregará ninguna imagen original. Deberá firmarse y enviarse una autorización para la divulgación de la imagen antes de procesar cualquier solicitud de imágenes de diagnóstico.

Política de Inasistencia: los pacientes que programen una consulta pero no asistan serán documentados como "sin presentarse". Los pacientes que continúen "sin presentarse" deberán abonar \$25. Además, los pacientes con múltiples "sin presentarse" podrán ser suspendidos de las prácticas. La definición de "sin presentarse" no aplica para aquellos que cancelan una consulta dentro de las ocho horas.

Política de Pacientes Suspendidos: aunque es un hecho infrecuente, un paciente puede ser suspendido del consultorio. La suspensión de un paciente queda bajo el total criterio del proveedor del paciente. Las razones más comunes para la suspensión incluyen, entre otras, el uso de lenguaje grosero, el incumplimiento crónico de una terapia recomendada, el incumplimiento con los medicamentos y el comportamiento abusivo con el personal, médicos, visitantes u otros pacientes.



Texas Back Institute

6020 West Parker Road
Suite 200
Piano, Texas 75093
(972) 608-5000

Política de Cancelación y Ausencias

En Texas Back Institute, entendemos que el tiempo de nuestros pacientes es valioso. Por lo tanto, ayúdenos a que continuemos ayudándolo y respete sus citas programadas.

Si necesita reprogramar o cancelar una cita, le solicitamos que lo haga con un mínimo de 24 horas antes de la cita en cuestión.

Aquellos pacientes que no cancelen ni reprogramen sus citas, podrán estar sujetos a una tarifa de \$35.00. Nuestro consultorio hará todo lo posible para confirmar las citas con uno o dos días de antelación.

Será responsabilidad del paciente mantener o volver a programar sus citas de acuerdo con la política anterior. Se harán excepciones en caso de emergencias médicas o familiares. Tenga en cuenta que no se le podrá cobrar a las compañías de seguros por las sesiones perdidas.

He leído, entendido y aceptado cumplir con la política anterior.

Nombre del Paciente (en imprenta)

Firma del Paciente

Fecha



ESQUEMA DEL DOLOR

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo M/F Fecha _____

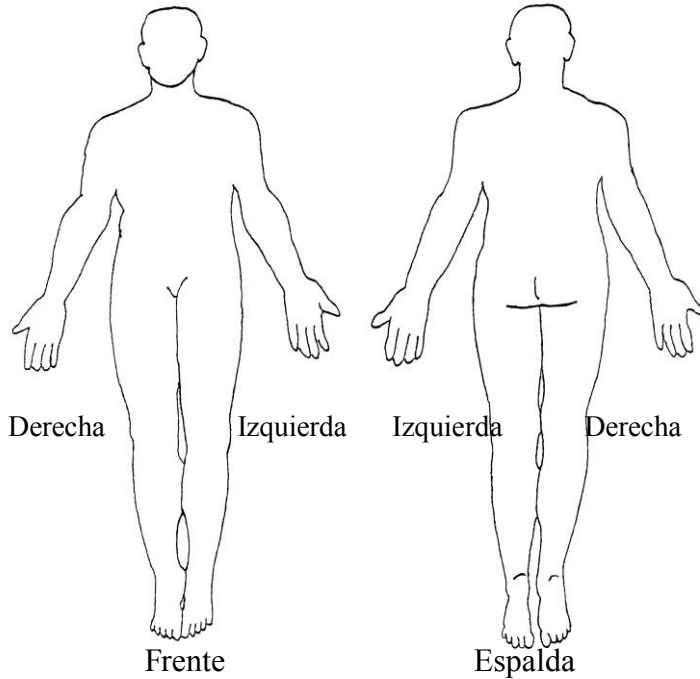
Díganos qué proveedor está viendo hoy: _____ ---- _____

Seguimiento para:

<input type="checkbox"/> IRM/Centro:	<input type="checkbox"/> Brote/Fecha:	<input type="checkbox"/> Reposición de Medicamentos
<input type="checkbox"/> PT/Centro:	<input type="checkbox"/> Cirugía de columna vertebral/Tipo:	Última Visita _____
<input type="checkbox"/> Inyección/Fecha:	<input type="checkbox"/> Derivación/Por:	Otro _____

Dolor ^ ^ ^ ^
Entumecimiento 0000
Clavos y Agujas =====
Quemadura xxxx
Apuñalamiento ////

Marque las áreas donde experimenta las siguientes sensaciones:



Medicamentos: (marque con un círculo aquellos a reponer)

Nuevo Medicamento:
(Enumerar todos de otros médicos)

A ser completado por el médico:

Alergias/Reacciones:

Altura	
Peso	
Pulso	
Presión Arterial	
Temperatura	
IMC	

Marque con un Círculo su Respuesta a Continuación

Desde su última visita al consultorio, usted está: mejor peor igual

¿Qué tan grave es el dolor? Marque con una "X" (X) en cada una de las líneas debajo para indicar su dolor actual.

¿Qué tan grave es el dolor lumbar?

Sin dolor _____ Mayor dolor posible

¿Qué tan grave es el dolor en la pierna?

Sin dolor _____ Mayor dolor posible

¿Qué tan grave es el dolor en la parte media de la espalda?

Sin dolor _____ Mayor dolor posible

¿Qué tan grave es el dolor en el cuello?

Sin dolor _____ Mayor dolor posible

¿Qué tan grave es el dolor en el brazo?

Sin dolor _____ Mayor dolor posible



Complete los formularios en su totalidad

Sabemos que llenar formularios puede ser difícil, pero le pedimos que los complete con cuidado. Las respuestas precisas nos darán una mejor comprensión de usted y sus problemas. A partir de esta información, estaremos capacitados para brindarle el mejor cuidado posible.

Esté atento a la hora de seguir las instrucciones en cada sección. Marque claramente las casillas de verificación y complete los espacios en blanco, donde se indique.

Le agradecemos que nos ayude a conocerlo mejor.

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____
(en imprenta)

Género: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: _____
(mes/día/año)

Edad Actual: _____

MOTIVOS DE QUEJA

¿Qué desea que suceda como resultado de esta visita?

¿Cómo y cuándo comenzó el problema? (Marque cada respuesta que se aplica al dolor de cuello/espalda).

No sé cómo empezó.

Viene y se va.

Lo he tenido desde hace mucho tiempo. (____ años)

Lesión (fecha de la lesión __) ¿Sucedio en el trabajo? sí no

Explique cómo se produjo la lesión.

¿Se encuentra actualmente en litigio debido al dolor de espalda?
 sí no

¿Lo han despedido de su trabajo? sí no N/C

¿Tiene alguno de los siguientes problemas? (Marque la respuesta).

¿El dolor empeora por la noche? sí no

¿El dolor lo despierta mientras duerme? sí no

¿La tos afecta de algún modo el dolor? sí no

¿Se le cansan/le duelen las piernas cuando camina demasiado lejos? sí no

En caso AFIRMATIVO, ¿cuánto puede caminar?

menos de 1 manzana de 1 a 3 manzanas más de 3 manzanas

¿El dolor alivia cuando descansa las piernas? sí no

¿Alivia al inclinarse hacia delante? sí no

Control de la Vejiga (orina):

No es un problema

No puede vaciar la vejiga

Pérdida de orina (accidentes)

Control de los Intestinos:

No es un problema

Estreñimiento

Pérdida de control (accidentes)

¿Cómo afectan el dolor cada una de las siguientes cuestiones? (marque su respuesta)

Estar sentado	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peor	<input type="checkbox"/> Ningún cambio	
Estar de pie	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peor	<input type="checkbox"/> Ningún cambio	
Caminar	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peor	<input type="checkbox"/> Ningún cambio	
Estar acostado	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peor	<input type="checkbox"/> Ningún cambio	
Levantarse de una silla	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peor	<input type="checkbox"/> Ningún cambio	
Actividad física	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peor	<input type="checkbox"/> Ningún cambio	
Calor	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peor	<input type="checkbox"/> Ningún cambio	<input type="checkbox"/> No lo sabe
Frío	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peor	<input type="checkbox"/> Ningún cambio	<input type="checkbox"/> No lo sabe
Masajes	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peor	<input type="checkbox"/> Ningún cambio	<input type="checkbox"/> No lo sabe



TRATAMIENTO PREVIO

Necesitamos interiorizarnos acerca de los tratamientos que usted ha recibido para el dolor actual de espalda/cuello. En caso AFIRMATIVO, ¿hizo que su afección mejore o empeore?

Ha experimentado:

- Tratamiento quiropráctico mejor peor
Fisioterapia mejor peor
Inyecciones mejor peor
Terapia psicológica mejor peor
Otro: mejor peor

Para el dolor actual de espalda/cuello, marque las casillas para el período de tiempo en que se realizaron los exámenes.

Table with 3 columns: Exam type, <6 meses, <12 meses. Rows include Radiografías, Imagen de resonancia magnética, Tomografía computarizada, Mielograma, Discograma, Electromiografía/Velocidad de conducción nerviosa.

¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía en la espalda o el cuello?

sí no En caso AFIRMATIVO, complete lo siguiente:

1) Tipo de cirugía
Fecha
Cirujano
¿Hizo que su dolor mejore o empeore?

2) Tipo de cirugía
Fecha
Cirujano
¿Hizo que su dolor mejore o empeore?

3) Tipo de cirugía
Fecha
Cirujano
¿Hizo que su dolor mejore o empeore?

HISTORIAL MÉDICO GENERAL

A continuación, señale todas las afecciones que posee actualmente o ha tenido en el pasado. Si no ha tenido NINGUNA, marque

Grid of checkboxes for various medical conditions including heart, diabetes, arthritis, and more.

Enumere cada cirugía mayor a la que se haya sometido, que no sea de espalda o cuello.

Table with 2 columns: Tipo de cirugía, Año. Rows 1, 2, 3.

Es alérgico a algún medicamento, alimento o sustancia ambiental?

sí no En caso AFIRMATIVO, enumere los medicamentos.

Toma alguna medicina, sin descartar medicamentos a base de hierbas, de venta libre y recetados?

sí no En caso AFIRMATIVO, enumere todos los medicamentos que está tomando.

Table with 4 columns: Medicamento, Motivo por el cual lo toma, Con cuanta frecuencia lo toma, Médico (en caso de ser recetado).



HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

Desconozco el historial médico de mis padres biológicos o de otros miembros de mi familia. (Pase a la siguiente sección).	Madre: <input type="checkbox"/> Viva edad: ____ <input type="checkbox"/> Fallecida a la edad: ____ debido a ____	Padre: <input type="checkbox"/> Vivo edad: ____ <input type="checkbox"/> Fallecido a la edad: ____ debido a ____	Cantidad de hermanos/hermanas vivos ____, Cantidad de hermanos/hermanas fallecidos ____, causas ____
---	---	---	--

Los miembros de mi familia (padres, hermanos, abuelos, tíos) padecen lo siguiente:

Marque todo lo que corresponda:

<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Cifosis
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas de espalda	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> No lo sabe
	<input type="checkbox"/> Escoliosis	<input type="checkbox"/> Otro _____

HISTORIAL SOCIAL

Estado Civil

Casado
 Separado
 Divorciado
 Soltero
 Viudo

Educación

Marque el nivel más alto completado:

Escuela primaria
 Escuela secundaria
 Universidad
 Posgrado

Tabaquismo

Actualmente, fuma todos los días
 Actualmente, fuma ocasionalmente
 Exfumador
 No fumador
 Fumador – Estado actual desconocido
 Se desconoce si ha fumado alguna vez
 El paciente fuma: Todos los días Algunos días
 Año en que comenzó _____
 Cigarrillos Cantidad: ____ paquetes/día
 Cigarros Cantidad: ____ por semana
 Tabaco libre de humo/de mascar Cantidad: ____ por día
 Ha recibido asesoramiento para dejar el tabaco

Alcohol

Bebe:

Cerveza: sí no Cantidad: __ por día
 Vino: sí no Cantidad: __ vasos/día
 Bebidas fuertes: sí no Cantidad: __ día

Frecuencia de consumo:

Nunca
 Rara vez Cantidad: ____ bebidas/día
 Socialmente
 Diariamente

¿Tiene un historial de consumo excesivo de alcohol? sí no

Efectos del dolor de espalda/cuello en su estilo de vida.

Puedo describir mi entorno hogareño como comprensivo conmigo durante este período. sí no
 Puedo describir mi lugar de trabajo como comprensivo conmigo durante este período. sí no
 El dolor ha afectado mi interacción con mi familia y amigos. sí no
 Los cambios en mi estilo de vida debido a este problema han sido difíciles para mí. sí no

¿Cuál es su capacidad para disfrutar de la vida?

Excelente
 Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala

Indique su situación laboral actual.

Trabajo a tiempo completo
 Trabajo a tiempo parcial
 Me encuentro buscando trabajo
 No estoy trabajando por propia elección (jubilado, ama de casa, estudiante, etc.)
 Físicamente incapacitado para trabajar debido a problemas en la espalda/cuello
 Físicamente incapacitado para trabajar; no se debe a problemas de espalda/cuello

Antes de sufrir dolores en la espalda o el cuello, normalmente trabajaba:

tiempo completo tiempo parcial no trabajaba

¿Cuál es su ocupación usual?

¿Está satisfecho con su situación laboral?

sí no N/C

¿El dolor ha afectado su capacidad para realizar su trabajo o cualquier otra actividad diaria? sí no

En caso AFIRMATIVO, explique a continuación _____

¿Hemos omitido algo que usted cree que es importante que sepamos? sí no

En caso AFIRMATIVO, explique a continuación: _____



REVISIÓN DE SISTEMAS

¿Tiene alguno de los siguientes?

General:

Pérdida de peso reciente de más de 10 libras sí no

Aumento de peso reciente de más de 10 libras sí no

Fiebre sí no

Escalofríos sí no

Sudores nocturnos sí no

¿Ha visitado a su médico de atención primaria durante el último año?

sí no

Cardíaco:

Dolor de pecho sí no

Falta de aliento sí no

Respiratorio:

Jadeos sí no

Neumonía sí no

Tos crónica sí no

Gastrointestinal:

Dolor abdominal sí no

Náuseas sí no

Vómitos sí no

Diarrea sí no

Problemas hepáticos sí no

Piel:

Heridas abiertas sí no

Nuevos lunares sí no

Mala cicatrización sí no

Infección en la piel sí no

Hematológico/Oncológico:

Proclive a sufrir moretones sí no

Medicamentos anticoagulantes sí no

Transfusión de sangre sí no

Trasplantes de órgano sí no

Huesos/Articulaciones:

Dolor de hombro sí no

Dolor en la muñeca/mano sí no

Dolor de cadera sí no

Dolor de rodilla sí no

Lupus sí no

Debilidad muscular sí no

Fibromialgia sí no

Genitourinario:

Función renal anormal sí no

Dolor al orinar sí no

Infecciones urinarias frecuentes sí no

Salud mental:

Trastornos del sueño sí no

Sentimiento de desesperanza sí no

Sistema nervioso:

Dolores de cabeza sí no

Temblores sí no

Dificultad para hablar sí no

Cambios en la visión sí no

Endocrino:

Problemas tiroideos sí no

TEXAS BACK INSTITUTE PHYSICIANS, PA

**RECONOCIMIENTO
De Recepción del Aviso de las Normas de Privacidad**

Reconozco que, como parte de mi atención médica, TEXAS BACK INSTITUTE, PHYSICIANS, PA (el "PROVEEDOR") crea y mantiene expedientes médicos que describen mi historial de salud, síntomas, exámenes y controles realizados así como también resultados, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para futuro cuidado o terapia. Reconozco que esta información se utiliza para planificar mi cuidado y tratamiento personal, para cobrar por los servicios que me han provisto y para comunicarse con otros profesionales de la salud y en otras operaciones de atención médica de rutina, tales como evaluaciones de calidad y chequeos de idoneidad de algunos profesionales de la salud y, en la medida en que lo requiera o permita la legislación, sin mi consentimiento.

El *Aviso de Normas de Privacidad del PROVEEDOR* proporciona información específica y una descripción completa acerca de la forma en que mi información personal de salud puede usarse y revelarse. Me han brindado una copia o acceso al *Aviso de Normas de Privacidad* y reconozco que poseo el derecho a revisar el aviso antes de firmar el presente reconocimiento. Reconozco que el PROVEEDOR se reserva el derecho a cambiar el *Aviso de Normas de Privacidad*.

Me han proporcionado y he revisado el *Aviso del PROVEEDOR respecto a las Normas de Privacidad* con fecha **15 de SEPTIEMBRE de 2013.**

Firma del Paciente o del Representante Legal

Nombre en imprenta del Paciente o del Representante Legal

Fecha: _____

Doy permiso a Texas Back Institute para divulgar mi información personal de salud a las siguientes personas. Escriba en imprenta a continuación.



ACUERDO DE TERAPIA CON FÁRMACOS ANALGÉSICOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Paciente: _____ N.º de Identificación del Paciente: _____

INFORMACIÓN PRELIMINAR: La Administración Federal para el Control de Drogas (DEA, por sus siglas en inglés) es la encargada de identificar y clasificar todos los medicamentos. Los fármacos en los que se ha determinado que existen posibilidades de abuso se consideran *medicamentos* sujetos a control. Los medicamentos sujetos a control se clasifican en orden por riesgo de abuso y son colocados por la DEA en *distintas Categorías*.

Algunos ejemplos de medicamentos en dichas *Categorías* se muestran a continuación:

Categoría I (1): fármacos con un riesgo alto de abuso. Los siguientes medicamentos NO se destinan para un uso médico seguro que se acepte en los Estados Unidos y, por ello, es ilegal poseerlos, utilizarlos o distribuirlos. Algunos ejemplos son: heroína, LSD, PCP y crack.

Categoría II (2): fármacos con un riesgo alto de abuso, pero que, a su vez, se destinan a usos médicos seguros que se aceptan en los Estados Unidos. Estos medicamentos pueden provocar una dependencia psicológica o física aguda. Entre los fármacos de la Categoría II se incluyen drogas narcóticas, estimulantes o depresivas. Algunos ejemplos: la morfina, la oxicodona (**Percodan**®), los fármacos que contienen hidrocodona (**Norco**®, **Vicodin**®, **Lortab**®), el metilfenidato (Ritalin®) y la dextroanfetamina (Dexedrine®).

Categoría III, IV o V (3, 4, 5): fármacos con un riesgo menor de abuso a los de la Categoría II. A estos medicamentos también se les atribuye un uso médico seguro que se encuentra aceptado en los Estados Unidos. Entre los fármacos asociados a las Categorías III, IV y V se incluyen aquellos que contienen pequeñas cantidades de drogas narcóticas y no narcóticas, medicamentos ansiolíticos, tranquilizantes, sedantes, estimulantes, así como analgésicos no narcóticos. Algunos ejemplos son acetaminofeno con codeína (**Tylenol**® N.º 3), tramadol (**Ultram**®), diazepam (Valium®), alprazolam (**Xanax**®) y pentazocina (**Talwin**®).

Categoría N: fármacos con posibilidades mínimas o nulas de abuso. Algunos ejemplos: AINE (**Celebrex**®) y metilprednisolona (**Solu-Medrol**®).

ACUERDO DE TERAPIA CON FÁRMACOS:

1. Texas Back Institute (en lo sucesivo "TBI") solo proporcionará medicamentos para el dolor correspondientes a la Categoría II a pacientes que:
 - A.) experimenten un dolor a corto plazo asociado con afecciones relacionadas a la espina dorsal;
 - B.) se encuentren en necesidad de controlar el dolor durante un período perioperatorio;
 - C.) se ha establecido que sufren de dolores crónicos relacionados a la columna, los cuales están siendo tratados exitosamente.
2. Tomaré mi medicamento de manera exacta a como la ha prescrito mi médico. Mi médico deberá aprobar cualquier modificación. En caso de que mi medicamento se acabe antes de la fecha prevista, comprendo que mi médico no podrá proporcionar ni aprobar una reposición antes de tiempo.
3. Me comprometo a evitar el consumo de alcohol y otras sustancias ilegales. Comprendo que esto significa que no podré beber bebidas alcohólicas mientras tome medicamentos para el dolor y no utilizaré sustancias ilícitas mientras me encuentre bajo tratamiento en TBI.
4. Cuando me sienta cansado o mentalmente confuso, me comprometo a no:
 - A.) manejar;
 - B.) operar equipamiento pesado;
 - C.) realizar algún servicio en ninguna función relacionada con la seguridad pública.Comprendo que es más probable que dicho síntoma ocurra durante una modificación en el tipo de fármaco o en su dosificación.
5. Deberé someterme a un examen de orina de ser solicitado. Mi médico podrá pedir a un miembro del personal de la clínica que observe mientras proporciono la muestra. Si mi análisis para detección de drogas prueba que no respeté las indicaciones de TBI, deberé ver a un psicólogo de TBI o a un especialista en medicina conductual para realizar una evaluación adicional.
6. Entiendo que es posible que se requiera mi participación en otras terapias, conforme a lo solicitado por mi médico. Entre las otras terapias incluidas, aunque no de forma excluyente, se encuentran (a) clases de manejo del dolor, (b) seguimiento periódico del psicólogo, (c) consultas con el fisioterapeuta para realizar un programa de ejercicios en su hogar.

7. No podré obtener ninguna receta adicional para medicamentos analgésicos de la Categoría II (por ejemplo, opioides, pastillas para dormir, tranquilizantes, estimulantes, etc.) de ningún médico externo a TBI sin la autorización previa de mi médico de TBI. En el caso de que sufra una emergencia que requiera medicina analgésica adicional, siempre que sea posible, llamaré al consultorio del médico de TBI en primer lugar. Informaré al médico tratante de la sala de emergencias u hospital de este acuerdo con Texas Back Institute.
8. No compartiré, venderé ni intercambiaré mi medicamento con ninguna persona. No consumiré un medicamento que fue recetado a otra persona.
9. Protegeré la pérdida o el robo de mis medicamentos analgésicos manteniéndolos en un lugar seguro y bajo llave. Si sufro el robo de mis medicamentos analgésicos, deberé presentar de inmediato una denuncia con la policía.
- RECONOZCO QUE LOS MEDICAMENTOS QUE HE PERDIDO O ME HAN SIDO HURTADOS NO TENDRÁN REEMPLAZO.**
10. Autorizo a TBI y a mi farmacia a cooperar plenamente con todo organismo municipal, estatal o federal encargado de hacer cumplir la ley, incluyendo la Administración Federal para el Control de Drogas (DEA, por sus siglas en inglés) y la Junta de Farmacias de Texas, en la investigación de cualquier posible uso indebido, falsificación de recetas, venta u otras formas de desviación de mis medicamentos analgésicos. Comprendo que el uso ilegal de dichas sustancias podrá reportarse a las autoridades correspondientes. Acepto que deberé renunciar a cualquier protección, derecho de privacidad o confidencialidad aplicables con respecto a estas autorizaciones.
11. Informaré a mi médico de todos los medicamentos que reciba de parte de otros médicos. Brindaré información actualizada respecto a mis medicamentos a cada clínica que visite ingresada en mi expediente médico.
12. Permitiré que TBI reciba información de todas las farmacias que haya visitado, así como de mi uso del sistema de Acceso a Medicamentos Recetados del Departamento de Seguridad Pública de Texas.
13. Estoy de acuerdo en obtener mis recetas de una única farmacia. La farmacia que he seleccionado es la siguiente:
Nombre: _____
Ubicación: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____
14. Comprendo que podré programar una cita con un médico asistente para realizar consultas de seguimiento, pero solo mi médico de TBI podrá autorizar medicamentos de la Categoría II y sus reposiciones.
15. Me serán administrados medicamentos analgésicos de Categoría II siempre y cuando haya (a) una mejora aceptable en el nivel de dolor, (b) un aumento notificado en mis niveles de actividad, (c) un comportamiento adecuado respecto a la ingesta del fármaco y (d) efectos secundarios manejables y poco significativos.
16. Si se determina que el dolor está fuera de los límites manejables, comprendo que es probable que necesite ingresar en un hospital para obtener tratamiento adicional.
17. Comprendo que los términos de este Acuerdo aplican a todos los medicamentos analgésicos de las Categorías II y III prescritos para mí por un médico de TBI.
18. Comprendo que no asistir a dos (2) consultas consecutivas sin justificación o realizar cancelaciones de forma excesiva pueden ser motivo de expulsión de TBI.
19. Notificaré al médico de TBI tratante o que otorga mi prescripción o a cualquier socio autorizado de cualquier modificación en mi afección médica. Solo para mujeres: Haré todo lo posible para evitar el embarazo durante la ingesta de estos medicamentos, a menos que mi médico apruebe lo contrario. A mi leal saber y entender, no estoy embarazada en este momento y, en caso de que sospeche de un embarazo o quede embarazada, notificaré inmediatamente a mi médico de TBI.
20. Reconozco que sería un acto fraudulento o ilegal tergiversar mi afección frente a un médico para obtener medicamentos.
21. Entiendo que el dolor que sufra es mi responsabilidad, no de mi familia ni de mi cónyuge y, por lo tanto, deberé ser yo la persona que se comunique con mi médico, siempre y cuando sea posible.
22. Comprendo que mi médico no estará disponible para prescribir medicamentos durante la noche o los fines de semana. Es obligatorio que las recetas que correspondan a medicamentos de la Categoría II se realicen por escrito en un talonario de prescripciones especializado que ha sido registrado previamente con el Estado. Es mi responsabilidad llamar al médico al menos tres (3) días hábiles antes de agotarse el medicamento. Comprendo que si mi dolor cambia (incrementa o disminuye) de intensidad, deberé programar una consulta para ser atendido en una clínica.
23. Hoy he recibido una copia de la Hoja **de Información sobre Narcóticos de TBI** respecto a los posibles efectos secundarios del medicamento, que retendré para futuras consultas.

24. Acepto que resolveré toda preocupación o inconveniente relacionados a mi tratamiento con mi médico o socios autorizados.

25. Comprendo que cualquier incumplimiento de los términos contenidos dentro de este Acuerdo podrá resultar en la expulsión permanente e irreversible de Texas Back Institute.

El abajo firmante reconoce haber leído con detenimiento cada uno de los ítems contenidos en el presente Acuerdo de tres páginas. Comprendo y cumpliré el presente Acuerdo. Me han concedido la oportunidad de disipar mis inquietudes respecto a las declaraciones anteriores de forma satisfactoria.

Nombre del Paciente (en imprenta): _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Comprendo que la toma de un medicamento analgésico (narcótico) perteneciente a la Categoría II, en especial a largo plazo, se ha asociado con los siguientes síntomas: dependencia física (es decir, inicio del síndrome de abstinencia tras una reducción repentina de la dosis), tolerancia, adicción (más probable en pacientes con un antecedente de abusos de drogas o de alcohol), "hiperalgesia" (es decir, aumento del dolor y sensibilidad al dolor), alteraciones en la actividad hormonal, cambios en el sistema inmune, aumento de problemas dentales a partir del "síndrome de sequedad bucal", retención urinaria, estreñimiento y alteraciones en el desempeño mental (la mayoría de las veces como resultado de ajustes frecuentes de dosis).

Comprendo que no se me ha dado ninguna garantía o seguridad del resultado del tratamiento farmacológico o de la terapia ni de una cura para mi afección. He tenido la oportunidad de disipar mis inquietudes respecto a mi afección y su respectivo tratamiento, los riesgos que conllevan la evasión del tratamiento y la terapia a base de fármacos, los tratamientos médicos o los procedimientos de diagnóstico que se podrán utilizar para tratar mi enfermedad, así como los riesgos y los peligros vinculados a dicha terapia a base de fármacos, los tratamientos y los procedimientos y considero que cuento con información suficiente para otorgar este consentimiento informado.

Nombre del Paciente (en imprenta): _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

Firma del Testigo de TBI: _____ Cargo: _____

Completar y firmar SOLAMENTE si rehúsa la terapia con medicamentos para alivio del dolor de las Categorías II y III

Podré optar por renunciar o rechazar la administración de medicamentos por parte de Texas Back Institute. Al hacer esto, no recibiré muestras de medicamentos o recetas de medicamentos de las Categorías II y III prescritos por médicos de Texas Back Institute o de socios autorizados. Podré optar por recibir dichos medicamentos de un médico de atención primaria o de un especialista en el control del dolor. Si decido en el futuro transferir la administración de mis medicamentos a Texas Back Institute, será necesario que complete un "Acuerdo de Terapia con Fármacos de Categoría II y un Consentimiento Informado" antes de recibir cualquier receta y podrá exigirse que presente documentación de un médico que haya prescrito el medicamento antes que especifique su intención de suspender la administración de mis medicamentos.

Nombre del Paciente (en imprenta): _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

Firma del Testigo de TBI: _____ Cargo: _____

Texas Back Institute

Hoja de Información sobre Narcóticos

Los medicamentos narcóticos pueden ser una forma eficaz y segura de tratamiento para el dolor. Comprenden solamente un aspecto de su cuidado. Su cooperación en todos los aspectos de la administración de la receta será necesaria para optimizar el pronóstico de su afección.

Los objetivos de la terapia incluyen la reducción del dolor, un progreso en el nivel de desempeño y una mejoría general en la calidad de vida. Los medicamentos analgésicos deberían suplementar otros aspectos de su cuidado.

A continuación, se proporciona una lista de los efectos secundarios y las reacciones más comunes relacionados con el uso de medicamentos narcóticos. Además, se han incluido algunas precauciones y posibles medidas preventivas.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS

Estreñimiento

Náuseas y Vómitos

Somnolencia

Sarpullido o Comezón

Retención Urinaria

Insomnio o Depresión

Impotencia

Dificultad para Respirar

(respiración lenta o superficial)

Facultades Mentales o de Razonamiento
Alteradas

Tolerancia

Dependencia Física y Emocional

Adicción
desintoxicación bajo "...
de un médico. que resulta en un daño
físico, psicológico, o social para el
usuario y el uso continuado a pesar de
dicho daño..." AMA Equipo Especial de
TBME, Vol 15, Número 1

TRATAMIENTO RECOMENDADO

Aumente el ejercicio regular y la ingesta de líquidos e incorpore alimentos ricos en fibra en su dieta. Es posible que necesite ablandadores fecales de venta libre.

Deje de tomar el medicamento y comuníquese con nuestro consultorio.

Suele mejorar a medida que continúa con el medicamento. **NO MANEJE NI OPERE MAQUINARIA DURANTE ESTE PERÍODO.** Su familia debería estar informada respecto a los medicamentos que está consumiendo y recibir instrucciones de llevarlo a la sala de emergencias si resulta difícil poder despertarlo.

Comuníquese con nuestro consultorio.

Comuníquese con nuestro consultorio. Las situaciones extremas podrían requerir la inserción de un catéter temporal para desagotar la vejiga.

Comuníquese con nuestro consultorio.

Comuníquese con nuestro consultorio.

Es un efecto secundario inusual, pero potencialmente grave.

Deje de tomar el medicamento, llame al 911 o lleve al paciente directamente a la Sala de Emergencias.

Comuníquese con nuestro consultorio.

Necesidad de aumentar la dosis del fármaco para alcanzar el mismo de alivio del dolor. Ocurre con el uso a largo plazo y se puede realizar la sustitución por nuevos medicamentos de igual intensidad.

No es un problema, pero requiere disminuir "...aparición de un síndrome el medicamento para evitar la abstinencia. Consulte con su de abstinencia después de una interrupción médico antes de suspender el medicamento. abrupta del fármaco..."

Puede requerirse abstinencia y, posiblemente, uso compulsivo de una sustancia a supervisión



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA SOMETERSE AL TRATAMIENTO

PROPÓSITO: Como paciente, usted tiene derecho a recibir información acerca de su afección y el procedimiento médico o de diagnóstico o la terapia farmacológica recomendados. Esta declaración no se proporciona con la intención de alarmarlo o asustarlo, sino para informarlo mejor para que pueda aceptar o negar su consentimiento para el tratamiento propuesto.

CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO: Solicito voluntariamente que Texas Back Institute, como mi médico, y sus asociados, ayudantes, enfermeros y otros proveedores de atención médica que resulten necesarios o convenientes traten mi afección. Entiendo que es mi responsabilidad participar activamente en mi cuidado con el fin de maximizar la mejora de mi afección.

Entiendo que podría someterme a extensas pruebas y exámenes de diagnóstico durante mi tratamiento en Texas Back Institute. Si no puedo o no quiero someterme a tales exámenes, el plan de mi tratamiento podría ser revisado y el resultado de mi afección podría verse afectado. Durante el transcurso del tratamiento, podrían exigirme que realice visitas de seguimiento para evaluar el diagnóstico y los resultados de los exámenes terapéuticos. Cuando sea posible, se harán adaptaciones para aquellos pacientes que deban trasladarse grandes distancias, pero se les requerirá que asistan personalmente a las visitas en el consultorio para realizar un cuidado y tratamiento adecuados de su afección.

Acepto mantener a mi médico y sus asociados autorizados informados de cualquier cambio en mi afección médica. Ciertos exámenes de diagnóstico, tratamientos y terapias farmacológicas pueden ser peligrosos ante determinadas afecciones médicas o usos de medicamentos. El embarazo es una de esas consideraciones médicas y las mujeres deben estar seguras con respecto a esta afección antes de someterse a un estudio de diagnóstico por imágenes y antes de comenzar alguna terapia farmacológica. Las mujeres que queden embarazadas durante el transcurso de su tratamiento con Texas Back Institute notificarán a su médico de cabecera si se encuentran realizando una terapia farmacológica.

Comprendo que el tratamiento de mi afección será realizado inicialmente con los procedimientos habituales con el fin de evitar una intervención quirúrgica, a menos que me hayan derivado directamente a un cirujano en Texas Back Institute. Sin embargo, si me someto al cuidado habitual, luego podré ser considerado un potencial candidato quirúrgico y derivado con un cirujano.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE RECETAS ELECTRÓNICAS: ePrescribing se define como la capacidad de un médico para enviar de modo electrónico una receta comprensible, detallada y sin errores directamente a una farmacia desde el punto de atención. La capacidad de enviar recetas electrónicas es un importante elemento para la mejora de la calidad en el cuidado médico. ePrescribing reduce, en gran medida, los errores en los medicamentos y mejora la seguridad del paciente.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted está de acuerdo en que Texas Back Institute puede solicitar y utilizar su historial de recetas médicas de otro proveedor de atención médica o pagador externo de beneficios de farmacia para fines de tratamiento.



"Devolviéndole la vida a nuestros pacientes"

Bienvenido

Gracias por elegir Texas Back Institute como su proveedor de atención médica. Recuerde llevar consigo el **Paquete del Nuevo Paciente** completo, junto con su tarjeta de identificación del seguro. Es importante que **llegue 30 minutos antes** para completar el registro del paciente. Llegar tarde o no haber completado todo el formulario para su consulta podrían resultar en una reprogramación del turno.

Si su compañía de seguros requiere que lo derivemos a un especialista, debe traer la derivación a su cita o comprobar que nuestro consultorio ha recibido la derivación. Si no está seguro de si necesita o no una autorización o derivación, debe comunicarse con el consultorio de su médico de atención primaria. Además, si su compañía de seguros le niega su reclamación debido a una cláusula preexistente, usted será responsable de cualquiera y todos los cargos no cubiertos por su compañía de seguros.

Es esencial que lleve consigo todos los documentos médicos y radiografías con el fin de ayudar al médico a determinar su tratamiento. Los registros también pueden enviarse por fax al 972-608-5068 antes de su consulta a la atención del médico con el cual tiene la consulta. Asegúrese de incluir su nombre y el nombre del médico que lo deriva en la portada del fax.

En el momento de su visita, se espera que usted realice el pago por la suma de todo copago requerido por su plan de seguro médico, toda cantidad anual deducible apropiada y todo servicio que no tenga cobertura. Los pagos pueden ser en efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

Esperamos poder ayudarlo. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 972-608-5000 para que podamos asistirlo.



"Devolviéndole la vida a nuestros pacientes"

Políticas del Consultorio

Horario de Atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Reposiciones de Medicamentos: a partir del lunes 1 de septiembre de 2008, no aceptamos solicitudes para reponer medicamentos por teléfono. Le solicitamos que le pida a su farmacia que envíe la solicitud por fax. Las solicitudes pueden enviarse por fax al (972) 608-5160. Espere 24 horas desde el momento en que la farmacia recibe la solicitud para que procese la receta. La reposición de sus medicamentos solo se procesará si incluye el nombre correcto del medicamento, la dosis y las instrucciones sobre cómo tomarlo. La reposición de los medicamentos no se procesará fuera del horario normal de atención, de las 3.00 p. m. los días viernes, los fines de semana ni durante las noches después del cierre del consultorio.

Política de Médico de Emergencia de Guardia: cuando el consultorio está cerrado, hay un médico de guardia las 24 horas del día. El médico debe ser contactado cuando el consultorio está cerrado SOLO PARA EMERGENCIAS MÉDICAS. Si desea concertar una cita, reponer medicamentos, obtener radiografías o resultados de laboratorio, no llame durante el fin de semana o cuando el consultorio está cerrado. Al intentar ponerse en contacto con un médico después del horario de atención, elimine funciones de identificador o interceptor de llamadas que estén operando en su línea telefónica. De lo contrario, los médicos no podrán ponerse en contacto con usted. En caso de tener una emergencia que ponga en peligro su vida, llame al 911 o busque tratamiento en la sala de emergencia más cercana que brinde atención los fines de semana y después del horario de atención.

Política de Retraso de 15 Minutos: si usted llega 15 minutos o más tarde a su consulta, se le podrá solicitar que la re programe.

Consultas Sin Turno: Texas Back Institute solo brinda consultas con turno. No podemos garantizar el examen médico si se presenta a la oficina sin un turno.

Se espera el **Pago** en el momento del servicio. Debido al alto costo de la facturación, los pacientes que no puedan pagar al momento del servicio deberán reprogramar su cita. Los métodos aceptados de pago incluyen dinero en efectivo, cheque, tarjeta de crédito y tarjeta de débito.

Proceso para Completar Formularios: tenga en cuenta que necesitamos de 7 a 10 días hábiles para completar los formularios. Los pacientes están obligados a pagar una tarifa

de \$20 por los formularios de discapacidad. No se cobra ningún cargo por completar los documentos de la FMLA.

Copia de Registros Médicos: los pacientes que soliciten copias de sus registros médicos deberán abonar una tarifa de \$25 por las primeras veinte páginas y, a partir de entonces, 50¢ por cada página. Si se envía un resumen a un proveedor de atención continua, no se cobrará ningún cargo. Deberá firmarse y enviarse una autorización para la divulgación de información antes de procesar cualquier solicitud de registros.

Copia de Radiografías: los pacientes que soliciten copias de sus registros de radiografías abonarán \$8 por cada imagen. Todas las imágenes de diagnóstico se duplicarán con el software DICOM (grado médico) y se entregarán en un CD. No se entregará ninguna imagen original. Deberá firmarse y enviarse una autorización para la divulgación de la imagen antes de procesar cualquier solicitud de imágenes de diagnóstico.

Política de Inasistencia: los pacientes que programen una consulta pero no asistan serán documentados como "sin presentarse". Los pacientes que continúen "sin presentarse" deberán abonar \$25. Además, los pacientes con múltiples "sin presentarse" podrán ser suspendidos de las prácticas. La definición de "sin presentarse" no aplica para aquellos que cancelan una consulta dentro de las ocho horas.

Política de Pacientes Suspendidos: aunque es un hecho infrecuente, un paciente puede ser suspendido del consultorio. La suspensión de un paciente queda bajo el total criterio del proveedor del paciente. Las razones más comunes para la suspensión incluyen, entre otras, el uso de lenguaje grosero, el incumplimiento crónico de una terapia recomendada, el incumplimiento con los medicamentos y el comportamiento abusivo con el personal, médicos, visitantes u otros pacientes.

Al comprender todo lo anterior, por el presente doy mi consentimiento a Texas Back Institute para inscribirme en el programa ePrescribe. Me han dado la oportunidad de realizar preguntas y todas han sido contestadas a mi satisfacción.

Comprendo que no se me ha dado ninguna garantía o seguridad del resultado del tratamiento farmacológico o de la terapia ni de una cura para mi afección. He tenido la oportunidad de disipar mis inquietudes respecto a mi afección y su respectivo tratamiento, los riesgos que conllevan la evasión del tratamiento y la terapia a base de fármacos, los tratamientos médicos o los procedimientos de diagnóstico que se podrán utilizar para tratar mi enfermedad, así como los riesgos y los peligros vinculados a dicha terapia a base de fármacos, los tratamientos y los procedimientos y considero que cuento con información suficiente para otorgar este consentimiento informado. Por el presente, doy mi consentimiento para el tratamiento y el acceso al historial médico:

Nombre del Paciente: _____ Firma: _____

Fecha: _____

DECLARACIÓN DEL INTERÉS FINANCIERO DEL MÉDICO

Este documento tiene como objeto notificar que, o bien Texas Back Institute o bien uno o más de sus afiliados, médicos o propietarios tienen un interés financiero en una o más de las siguientes organizaciones:

- ❖ Baylor Medical Center at Frisco
- ❖ Baylor Medical Center at Uptown
- ❖ Baylor Surgicare of Denton
- ❖ Baylor Surgicare of North Garland (same as North Garland Surgery Center)
- ❖ Eclipse Surgicare
- ❖ Enter Health
- ❖ Mansfield Interventional Pain Center
- ❖ Mansfield Surgery Plaza, LLC
- ❖ Medical Center of Plano
- ❖ Methodist McKinney Hospital
- ❖ Neuro-Pro Series, LLC
- ❖ North Garland Surgery Center (same as Baylor Surgicare of North Garland)
- ❖ Plano Medical Center, LLP (same as Texas Health Center for Diagnostics & Surgery)
- ❖ Rockwall Regional (same as Texas Health Presbyterian Hospital of Rockwall)
- ❖ Syzygy Medical, Inc.
- ❖ Texas Health Center for Diagnostic and Surgery (same as Plano Medical Center LLP)
- ❖ Texas Health Presbyterian Hospital of Flower Mound
- ❖ Texas Health Presbyterian Hospital of Plano
- ❖ Texas Health Presbyterian Hospital of Rockwall (same as Rockwall Regional)
- ❖ Texas Health Surgery Center Rockwall
- ❖ United Surgical Partners
- ❖ Up & Open Imaging

Texas Back Institute desea que usted sepa que cuenta con la opción de utilizar un proveedor de atención médica alternativo.

Firme a continuación acusando el recibo de esta declaración:

Firma del Paciente

Fecha

Médicos de Texas Back Institute: Inversión en su Salud

Relaciones dentro de la Industria

Como líderes reconocidos a nivel nacional en el cuidado de la espalda y el cuello, los médicos de Texas Back Institute se encuentran al frente de los avances diseñados para los pacientes con problemas incapacitantes en la espina dorsal. Hace más de treinta años, la misión de Texas Back Institute ha abarcado funciones de liderazgo en el campo de la investigación clínica, nuevos procedimientos tecnológicos y aportes para el desarrollo de nuevos productos médicos para mejorar el cuidado del paciente. Tanto es así, que con frecuencia los fabricantes de dispositivos médicos recurren a los profesionales de Texas Back Institute para participar en desarrollos de productos, investigaciones y educación.

Fabricantes y organizaciones de investigación se han dado cuenta de que los cirujanos son colaboradores necesarios en el desarrollo y la mejora de los aparatos y los instrumentos utilizados en el tratamiento de muchas patologías de la columna y afecciones ortopédicas. Sin las contribuciones de los cirujanos, los ingenieros que trabajan en la industria de los dispositivos médicos carecerían de la experiencia real que se necesita para desarrollar por completo y mejorar sus invenciones y avances en el cuidado de la espina dorsal.

Los cirujanos de Texas Back Institute trabajan con muchas empresas, tanto grandes como pequeñas, con el objetivo de ayudar a crear y mejorar los productos empleados en el cuidado del paciente. En consecuencia, se los compensa por su esfuerzo intelectual y por su tiempo. Se trata de una práctica común en la industria. Los cirujanos participan como consultores en Juntas de Asesoramiento Científico e incluso en los Consejos de Administración. La compensación por dichos servicios puede darse de diversas formas que incluyen, entre otros: (1) honorarios de consultoría por servicios proporcionados por cirujanos ortopédicos, (2) regalías por patentes basadas en la venta de productos para los que los cirujanos realizaron contribuciones importantes y (3) participación en el capital de fabricantes o distribuidores de productos médicos. Algunos de los productos o los dispositivos confeccionados o distribuidos por estas empresas pueden implementarse en su tratamiento médico. Sin embargo, la decisión del médico en cuanto a los productos o los dispositivos, si los hubiere, que se utilizan en su cuidado y su tratamiento está basada en lo que considera que es más conveniente para su interés médico.

A continuación, se incluye una lista de empresas con las cuales uno o más médicos de TBI han entablado relaciones financieras. Siéntase libre de informarse acerca de estas empresas ingresando a sus sitios web y consultando a su cirujano de TBI cualquier pregunta o inquietud específica que tenga respecto a las empresas, los productos o la relación de su médico con dicha empresa.

Company Name	Website/Product
11A Investment, LLC	
Aesculap	www.aesculapusa.com
Aeglea Biotherapeutics	www.aegleabio.com

AlignMed, Inc.	
Alphatec Spine, Inc.	www.alphatecspine.com
Amendia	www.amendia.com
Asia Medical Investments, LLC	
Axiomed Spine Corporation	www.axiomed.com
Baxano, Inc.	www.baxano.com
Benvenue Medical	www.benvenuemedical.com
Bionik Laboratories	www.bioniklabs.com
Biowave	www.biowave.com
Centinel Spine	www.centinelspine.com
Chart Medical, Inc.	
Crocker Spinal Technologies, Inc.	www.crockerspinaltechnologies.com
CrossTrees Medical	www.xtreesmed.com
CTL Spine	
Depuy Spine (part of Johnson & Johnson Family of Companies)	www.depuysynthes.com
Episode Solutions	
Exactech, Inc.	www.exac.com
Excelsius Angel Partners, LLC	
Expanding Orthopedics, Inc.	www.xortho.com
FloSpine	
FzioMed, Inc.	www.fziomed.com
Globus/Excelcius	
Globus Spine	
Innovasis, Inc.	www.innovasis.com
International Spine & Orthopedic Institute, LLC	
K2M, Inc.	www.k2m.com
Lattice Biologics, Inc.	www.latticebiologics.com
LDR Spine	www.ldrholding.com
Longitude Capital Management	
Mazor Robotics Ltd.	www.mazorrobotics.com
Medtronic, Inc.	www.medtronic.com
MiMedx	www.mimedx.com
Misonix	www.misonix.com
Nanovis	
National Neuromonitoring	
Nocimed	www.nocimed.com
Orthofix Spine (Orthofix Holdings, Inc.)	www.orthofix.com
OrthoKinematics	www.orthokinematics.com

Osprey Biomedical Corp.	www.ospreybiomedical.com
PDP Holdings, LLC & Episode Solutions	www.pdpholdings.com
PorOsteon, Inc.	
ProTransit Nanotherapy	www.protransitnanotherapy.com
Reiley Pharmaceuticals	
Relievent Medsystems, Inc.	www.relievant.com
Replication Medical, Inc.	www.replicationmedical.com
Safe Orthopedics	
Simplify Medical	
Sites Medical	
SI Bone, Inc.	www.si-bone.com
SMC Biotechnology, Inc.	
Spinal Kinetics, Inc.	www.spinalkinetics.com
SpinalMotion	www.spinalmotion.com
SpineArt	
SpineWave	
SpineWelding AG	www.spinewelding.com
St. Jude Medical, Inc.	www.sjm.com
Stimwave	
Stryker Spine	www.stryker.com
Tenon Medical, Inc.	
Theracell, Inc.	www.theracellinc.com
Titan Spine	
TRAK Surgical, Inc.	
Ulrich Medical	
Vertebral Technologies, Inc.	
VertiFlex, Inc.	www.vertiflex.net
Woven Orthopedic Technologies	www.wovenorthopedics.com
X-Spine	www.x-spine.com
Zimmer Spine	www.zimmerspine.com
Zyga Technology, Inc.	www.zygatech.com

Esperamos que esto ayude a aclarar la naturaleza de nuestra participación en la investigación y el desarrollo que lleva a avances en el cuidado del cuello y la espalda. Estamos muy orgullosos de ser líderes en la innovación tecnológica que resulta en una mejor atención a nuestros pacientes.

Médicos de Texas Back Institute: Inversión en su Salud

Relaciones con los Centros

Muchos de los médicos de Texas Back Institute tienen intereses financieros en centros y proveedores del norte de Texas. Estos centros y nuestros médicos se han comprometido a brindar a nuestros pacientes excelencia clínica en un ambiente seguro y de alta calidad. Su interés financiero en estos centros a menudo les da la posibilidad de intervenir en las políticas administrativas y operativas. Esta participación ayuda a asegurar el nivel más alto de atención de los pacientes y servicio al cliente.

Los pacientes de Texas Back Institute siempre tienen la opción de utilizar un centro o un proveedor de atención médica alternos. Asesórese con uno de nuestros representantes para obtener un listado con los centros alternos. Los médicos de TBI valoran cualquier pregunta respecto a este aspecto sobre la atención médica que recibe el paciente.

A continuación, le brindamos una lista de proveedores con quienes TBI, un afiliado de TBI o uno o más médicos de TBI tienen algún interés financiero:

- Baylor Medical Center at Frisco
- Baylor Medical Center at Uptown
- Baylor Surgicare of Denton
- Baylor Surgicare of North Garland (same as North Garland Surgery Center)
- Eclipse Surgicare
- Enter Health
- Mansfield Interventional Pain Center, LLC
- Mansfield Surgery Plaza, LLC
- Medical Center of Plano
- Methodist McKinney Hospital
- Neuro-Pro Series, LLC
- North Garland Surgery Center (same as Baylor Surgicare of North Garland)
- Plano Medical Center, LLP (same as Texas Health Center for Diagnostics & Surgery)
- Rockwall Regional (same as Texas Health Presbyterian Hospital of Rockwall)
- Syzygy Medical, Inc.
- Texas Health Presbyterian Plano Center for Diagnostics & Surgery (same as Plano Medical Center)
- Texas Health Presbyterian Hospital of Flower Mound
- Texas Health Presbyterian Hospital of Plano
- Texas Health Presbyterian Hospital of Rockwall (same as Rockwall Regional)
- Texas Health Surgery Center Rockwall
- United Surgical Partners
- Up and Open Imaging

Los pacientes de Texas Back Institute siempre tienen la opción de utilizar un centro o un proveedor de atención médica alternos. Los médicos de TBI valoran cualquier pregunta respecto a este aspecto sobre la atención médica que recibe el paciente.

Firme a continuación acusando el recibo de esta declaración:

Firma del Paciente

Fecha