

# PRESTIGE ORTHOPAEDICS & SPORTS MEDICINE

Christopher E. Urband, M.D.  
11939 Rancho Bernardo Rd. Suite 115  
San Diego, CA 92128  
P: (858) 705 - 6130  
F: (858) 400 - 4080

## Acknowledgment of Form Fee

Prestige Orthopaedics and Sports Medicine, Inc. has a \$25 mandatory fee for the completion and/or submission of all forms which do not pertain directly to medical care. This includes forms relating to government functions, disability, leave of absence, insurance, travel, and many others. Payment of this form-fee is required before these forms will be completed and/or submitted, and still applies to forms which have been submitted prior to collection of the fee. Failure of the office to collect this fee will not signify or mean that the fee does not apply.

Agreement:

With my signature or signature of a guardian below, I acknowledge that I understand this policy and I am requesting that the office complete and/or submit forms on my behalf. I understand that I will be responsible for payment of the \$25 fee as stated.

Con mi firma o la firma de un tutor a continuación, reconozco que entiendo esta política y solicito que la oficina complete y/o envíe formularios en mi nombre. Entiendo que seré responsable del pago de la tarifa de \$25 como se indica.

Prestige Orthopaedics and Sports Medicine, Inc. tiene una tarifa obligatoria de \$25 para completar y/o enviar todos los formularios que no se relacionan directamente con la atención médica. Esto incluye formularios relacionados con funciones gubernamentales, discapacidad, permisos de ausencia, seguros, viajes y muchos otros. Se requiere el pago de esta tarifa de formulario antes de que estos formularios se completen y/o envíen, y aún se aplica a los formularios que se enviaron antes del cobro de la tarifa. El hecho de que la oficina no cobre esta tarifa no significará ni significará que la tarifa no se aplica.

Nombre: \_\_\_\_\_ La signatura: \_\_\_\_\_ La fecha: \_\_\_\_\_

## HIPPA Consent Form

Authorization for the Disclosure of Protected Health Information for Treatment, Payment, or Healthcare Operations.

I understand that as part of my healthcare, this facility originates and maintains health records describing my health history, symptoms, examination and test results, diagnosis, treatment, and any plans for future care or treatment. I understand that this information serves as:

- A basis for planning my care and treatment
- A means of communication among health professionals who may contribute to my healthcare
- A source of information for applying my diagnosis and surgical information to my bill
- A means by which a third-party payer can verify that services billed were provided
- A tool for routine healthcare operations such as assessing quality and reviewing the competence of healthcare professionals

I have been provided with a copy of the Notice of Privacy Practices that provides a more complete description of information uses and disclosures.

I understand that as part of my care treatment it may be necessary to provide my Protected Health Information to another covered entity. I have the right to review this facility's notice prior to signing this authorization. I authorize the disclosure of my Protected Health Information as specified below for the purpose and to the parties designated by me.

Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida para Tratamiento, Pago o Operaciones de Salud.

Entiendo que, como parte de mi atención médica, este centro origina y mantiene registros de salud describiendo mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan de cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planificar mi atención y tratamiento

- Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que pueden contribuir a mi cuidado de la salud
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura
- Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que se proporcionaron los servicios facturados
- Una herramienta para las operaciones rutinarias de atención médica, como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud

Se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad que proporciona una información más completa descripción de los usos y divulgaciones de la información.

Entiendo que, como parte de mi tratamiento de atención, puede ser necesario proporcionar mi información protegida.

Información de salud a otra entidad cubierta. Tengo derecho a revisar el aviso de esta instalación antes a firmar esta autorización. Autorizo la divulgación de mi información médica protegida como especificado a continuación para el propósito y a las partes designadas por mí.

Nombre: \_\_\_\_\_ La signature: \_\_\_\_\_ La fecha: \_\_\_\_\_

### **No Show/ Late Cancellation Policy**

#### No Show / Late Cancellation Policy Agreement

A “no show” is missing a scheduled appointment. A “late-cancellation” is cancelling an appointment without calling to cancel within 24 hours of an office appointment or 72 hours in advance of a procedure.

We understand that situations such as medical emergencies occasionally arise. These situations will be considered on a case-by-case basis.

A charge of \$75 will be charged for each no show or late cancellation of an office visit appointment if less than 24 hours’ notice is given.

#### Agreement:

With my signature or signature of a guardian below, I acknowledge that I understand this policy. I understand that I will be responsible for payment of the \$75 fee as stated.

#### Acuerdo de Política de No Show / Cancelación Tardía

Un "no show" es faltar a una cita programada. Una “cancelación tardía” es cancelar una cita sin llamar para cancelar dentro de las 24 horas de una cita en el consultorio o 72 horas antes de un procedimiento.

Entendemos que ocasionalmente se presentan situaciones como emergencias médicas. Estas situaciones se considerarán caso por caso.

Se cobrará un cargo de \$75 por cada no presentación o cancelación tardía de una cita de visita al consultorio si se notifica con menos de 24 horas de anticipación.

#### Acuerdo:

Con mi firma o la firma de un tutor a continuación, reconozco que entiendo esta política. Entiendo que seré responsable del pago de la tarifa de \$75 como se indica.

Nombre: \_\_\_\_\_ La signature: \_\_\_\_\_ La fecha: \_\_\_\_\_

## Opioid Agreement

1. I understand that if Dr. Christopher Urband or Morgan Rury, PA deem a opioid prescription appropriate, they will only be prescribing a maximum of two weeks' worth of medication from the date of injury or surgery.
2. I agree that Dr. Christopher Urband or Morgan Rury, PA will be the only provider prescribing OPIOID (also know as NARCOTIC) pain medication for me and I will obtain all of my prescriptions for opioids at one pharmacy.
3. I will take the medication at the dose and frequency prescribed by my physician. I agree not to increase the dose of opioid without first discussing it with my physician. I will not request earlier prescription refills.
4. I will attend all reasonable appointments, treatments and consultations as requested by my physician. I agree to other pain consultations/ management strategies as necessary.
5. I understand that the common side effects of opioid therapy include nausea, constipation, sweating, and itchiness of the skin. Drowsiness may occur when starting opioid therapy or when increasing the dosage. I agree to refrain from driving a motor vehicle or operating dangerous machinery until such drowsiness disappears.
6. I understand that using opioids to treat chronic pain may result in the development of a physical dependence on this medication, and that sudden decreases or discontinuation of the medication will lead to symptoms of opioid withdrawal. I understand that opioid withdrawal is uncomfortable but not life threatening.
7. I understand that there is a small risk that I may become addicted to the opioids I am being prescribed. As such, my physician may require that I have blood, urine, or hair testing and/pr see a specialist in addiction medicine should a concern about addiction arise.
8. I understand that the use of a mood-modifying substance, such as tranquilizers, sleeping pills, alcohol, or illicit drugs (such as cannabis, cocaine, heroin, or hallucinogens), can cause adverse effects or interfere with opioid therapy. Therefore, I agree to refrain from the use of all these substances without prior agreement from my physician.
9. I understand that the use of narcotic medications can alter decision making processes, and therefore I agree not to work, drive or care for heavy machinery while taking narcotics.
10. I understand that I should check with my physician or pharmacist before taking other medications including over-the-counter and herbal products.
11. I agree to be responsible for the secure storage of my medication at all times. I agree not to give or sell my prescribed medication to any other person. Depending on the circumstances, lost medication may not be replaced until the next regular renewed date.
12. I consent to open communication between my doctor and any other health care professionals involved in my pain management, such as pharmacists, other doctors, emergency departments, etc.
13. I understand that if I break this agreement, my physician reserves the right to stop prescribing opioid medications for me.

1. Entiendo que si el Dr. Christopher Urband o Morgan Rury, PA, consideran apropiada una receta de opioides, solo recetarán un máximo de dos semanas de medicamento a partir de la fecha de la lesión o cirugía.
2. Acepto que el Dr. Christopher Urband o Morgan Rury, PA será el único proveedor que me recetará analgésicos OPIOIDES (también conocidos como NARCÓTICOS) y obtendré todas mis recetas de opioides en una farmacia.
3. Tomaré el medicamento en la dosis y frecuencia prescrita por mi médico. Acepto no aumentar la dosis de opioides sin consultarlo primero con mi médico. No solicitaré resurtidos de recetas anteriores.
4. Asistiré a todas las citas, tratamientos y consultas razonables según lo solicite mi médico. Acepto otras consultas sobre el dolor/estrategias de manejo según sea necesario.
5. Entiendo que los efectos secundarios comunes de la terapia con opioides incluyen náuseas, estreñimiento, sudoración y picazón en la piel. Puede ocurrir somnolencia al iniciar la terapia con opioides o al aumentar la dosis. Estoy de acuerdo en abstenerme de conducir un vehículo motorizado u operar maquinaria peligrosa hasta que tal somnolencia desaparezca.
6. Entiendo que el uso de opioides para tratar el dolor crónico puede resultar en el desarrollo de una dependencia física de este medicamento, y que las disminuciones repentinas o la suspensión del medicamento provocarán síntomas de abstinencia de opioides. Entiendo que la abstinencia de opioides es incómoda pero no amenaza la vida.
7. Entiendo que existe un pequeño riesgo de volverme adicto a los opioides que me recetan. Como tal, mi médico puede requerir que me haga análisis de sangre, orina o cabello y/o ver a un especialista en medicina de adicciones en caso de que surja una inquietud sobre la adicción.
8. Entiendo que el uso de una sustancia que modifica el estado de ánimo, como tranquilizantes, pastillas para dormir, alcohol o drogas ilícitas (como cannabis, cocaína, heroína o alucinógenos), puede causar

efectos adversos o interferir con la terapia con opioides. Por lo tanto, acepto abstenerme del uso de todas estas sustancias sin el consentimiento previo de mi médico.

9. Entiendo que el uso de medicamentos narcóticos puede alterar los procesos de toma de decisiones y, por lo tanto, acepto no trabajar, conducir o cuidar maquinaria pesada mientras tomo narcóticos.

10. Entiendo que debo consultar con mi médico o farmacéutico antes de tomar otros medicamentos, incluidos los de venta libre y los productos a base de hierbas.

11. Acepto ser responsable del almacenamiento seguro de mi medicamento en todo momento. Acepto no dar ni vender mis medicamentos recetados a ninguna otra persona. Dependiendo de las circunstancias, es posible que los medicamentos perdidos no se reemplacen hasta la próxima fecha de renovación regular.

12. Doy mi consentimiento para abrir la comunicación entre mi médico y cualquier otro profesional de la salud involucrado en el manejo de mi dolor, como farmacéuticos, otros médicos, departamentos de emergencia, etc.

13. Entiendo que si rompo este acuerdo, mi médico se reserva el derecho de dejar de recetarme medicamentos opioides.

Nombre: \_\_\_\_\_ La signature: \_\_\_\_\_ La fecha: \_\_\_\_\_

### **Release of Information and Authorization to Pay Physician**

RELEASE OF INFORMATION AUTHORIZATION: I authorize the release of any medical information necessary to process claims to my insurance company. I agree that a photographic copy of this authorization shall be as valid as the original. If the patient is a minor, the signature found below shall be that of the patient's parent, guardian, or conservator.

AUTHORIZATION TO PAY PHYSICIAN: I hereby authorize payment directly to Dr. Christopher E. Urband and Prestige Orthopaedics and Sports Medicine, Inc. of the Medical Expense Benefits otherwise payable to me, but not to exceed my indebtedness to said physician on account of the enclosed charge.

### PERSONAL RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

I authorize the following person(s) to discuss or be provided information related to my medical care including billing matters. (This does not include medical personnel and insurance companies)

La siguiente:

Explica la responsabilidad por las tarifas.

Divulga su información según sea necesario para procesar reclamos de facturación médica (es decir, con sus proveedores de seguros).

Autoriza pagos directamente a Christopher E. Urband, MD y Prestige Orthopaedics and Sports Medicine, Inc.

Divulga su información para que sea divulgada a otras partes según lo defina usted.

\*\*\*\*\*Le ayudaremos a procesar su reclamo de seguro con su proveedor de seguros primario, sin embargo, debe comprender que usted es responsable del pago de todos los servicios profesionales y/o tarifas de la agencia de cobro. \*\*\*\*\*

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar reclamos a mi compañía de seguros. Acepto que una copia fotográfica de esta autorización será tan válida como el original. Si el paciente es menor de edad, la firma que se encuentra a continuación será la del padre, tutor o curador del paciente.



AUTORIZACIÓN PARA PAGAR AL MÉDICO: Por la presente, autorizo el pago directamente al Dr. Christopher E. Urband y Prestige Orthopaedics and Sports Medicine, Inc. de los Beneficios de gastos médicos que de otro modo se me pagarían, pero que no excedan mi deuda con dicho médico debido a los beneficios adjuntos. cargar.

#### DIVULGACIÓN PERSONAL DE INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a discutir o recibir información relacionada con mi atención médica, incluidos los asuntos de facturación. (Esto no incluye personal médico y compañías de seguros).

Nombre: \_\_\_\_\_ La signature: \_\_\_\_\_ La fecha: \_\_\_\_\_

## Release of Information

The following:

Explains responsibility for fees

Releases your information as needed to process medical billing claims (i.e. with your insurance providers(s)).

Authorizes payments to be paid directly to Christopher E. Urband, MD and Prestige Orthopaedics and Sports Medicine, Inc.

Releases your information to be released to other parties as defined by you.

\*\*\*\*\*We will give you assistance in processing your insurance claim with your primary insurance provider, however, you must understand that you are responsible for payment for all professional services and/or collection agency fees. \*\*\*\*\*

RELEASE OF INFORMATION AUTHORIZATION: I authorize the release of any medical information necessary to process claims to my insurance

company. I agree that a photographic copy of this authorization shall be as valid as the original. If the patient is a minor, the signature found below shall be that of the patient's parent, guardian, or conservator.

AUTHORIZATION TO PAY PHYSICIAN: I hereby authorize payment directly to Dr. Christopher E. Urband and Prestige Orthopaedics and Sports

Medicine, Inc. of the Medical Expense Benefits otherwise payable to me, but not to exceed my indebtedness to said physician on account of the enclosed charge.

### PERSONAL RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

I authorize the following person(s) to discuss or be provided information related to my medical care including billing matters. (Other than medical personnel and as related to claims as per above)

La siguiente:

Explica la responsabilidad por las tarifas.

Divulga su información según sea necesario para procesar reclamos de facturación médica (es decir, con sus proveedores de seguros).

Autoriza pagos directamente a Christopher E. Urband, MD y Prestige Orthopaedics and Sports Medicine, Inc.

Divulga su información para que sea divulgada a otras partes según lo defina usted.

\*\*\*\*\*Le ayudaremos a procesar su reclamo de seguro con su proveedor de seguros primario, sin embargo, debe comprender que usted es responsable del pago de todos los servicios profesionales y/o tarifas de la agencia de cobro. \*\*\*\*\*

**AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar reclamos a mi seguro compañía. Acepto que una copia fotográfica de esta autorización será tan válida como el original. Si el paciente es menor de edad, la firma que se encuentra a continuación será la del padre, tutor o curador del paciente.

**AUTORIZACIÓN PARA PAGAR AL MÉDICO:** Por la presente autorizo el pago directamente al Dr. Christopher E. Urband y Prestige Orthopaedics and Sports Medicine, Inc. de los Beneficios de gastos médicos pagaderos a mí, pero que no excedan mi deuda con dicho médico debido al cargo adjunto.

#### **DIVULGACIÓN PERSONAL DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a discutir o recibir información relacionada con mi atención médica, incluidos los asuntos de facturación. (Aparte del personal médico y en relación con las reclamaciones según lo anterior)

Nombre: \_\_\_\_\_ La signature: \_\_\_\_\_ La fecha: \_\_\_\_\_