



---

---

## AVISO A LOS PACIENTES

De acuerdo con la ley de Arizona, un médico debe notificar a un paciente que el médico tiene un interés financiero directo en una agencia de diagnóstico o tratamiento separada a la que el médico está derivando al paciente y / o en los bienes o servicios no rutinarios recetados por el médico, y si estos están disponibles en otro lugar sobre una base competitiva. A.R.S. §32-1401(27)(ff). Arizona Pain apoya esta ley, porque ayuda a los pacientes a tomar decisiones financieras razonadas con respecto a su atención médica.

En cumplimiento con los requisitos de esta ley, se le informa que Physicians of Arizona Pain tiene un interés financiero directo en la agencia de diagnóstico o tratamiento o en los bienes o servicios no rutinarios que se mencionan a continuación. Además, como se indica a continuación, los bienes o servicios que Arizona Pain ha prescrito están disponibles en otros lugares sobre una base competitiva.

### AGENCIA DE DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO O BIENES Y SERVICIOS NO RUTINARIOS:

- Arrowhead North Surgical Center LLC
- Hayden Surgical Center LLC
- SanTan Surgery Center LLC
- Uptown Surgery Center

### ¿ESTÁN DISPONIBLES ESTOS SERVICIOS EN OTROS LUGARES SOBRE UNA BASE COMPETITIVA?

- Sí                       No                      En caso afirmativo, cuáles:

### Procedimientos de dolor intervencionista en Honor Health y otras instalaciones acreditadas

La ley establece el reconocimiento de que ha leído y entendido estas divulgaciones al fechar y firmar este formulario en los espacios que se proporcionan a continuación. Mantendremos el original firmado en su archivo de paciente; usted tiene derecho a una copia si así lo desea.

**AGRADECIMIENTO:** Yo/Nosotros hemos leído este formulario de "Aviso a Pacientes", y Yo/Nosotros entendemos las divulgaciones que contiene.

**DESCARGO DE RESPONSABILIDAD:** Al escribir su nombre a continuación, está firmando este acuse de recibo electrónicamente. Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma física en este documento.

---

Firma (Paciente o si es menor Firma del padre o tutor)

---

Fecha