



Fecha de la Visita: ____/____/____

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Médico de Cabecera: _____ Referido por Dr. _____

Estado Marital: Soltero Casado Divorciado Viudo # de Hijos: _____

Trabaja actualmente?: Si No Ocupación: _____ Ultimo día que trabajó: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Día que empezó a sentir dolor: _____ Nivel de dolor en general (1-10): _____

Lugar del Dolor: Espalda Espalda Cabeza Cuello Brazos Manos Pies Otro: _____

Dolor: Baja Alta

Dolor se irradia a: Brazo Brazo Pierna Pierna Otro: _____

Derecho Izquierdo Derecha Izquierda

Tipo de Dolor: Constante Intermitente Agudo Sordo Quemante Pulsátil Punzante Hormiguelo

Dolor:

Que hace el dolor empeorar?

Que hace el dolor mejorar?

Entumecimiento: Si No Donde: _____ Debilidad: Si No Donde: _____

Cuales estudios radiológicos se ha realizado?

MRI Fecha: _____ Donde: _____

CT Scan Fecha: _____ Donde: _____

EMG/NCS Fecha: _____ Donde: _____

Historia de Tratamientos (Escriba la fecha al lado de la terapia que corresponda):

Acupuntura: _____ Terapia Acuática: _____ Terapia Quiropráctica: _____ Ejercicios en el hogar: _____ Terapia Física: _____ Terapia Ocupacional: _____ Masajes: _____

Cinturón de Soporte: _____

HISTORIA MEDICA (circule el/los que correspondan)

Presión Alta Colesterol Alto Infartos Falla Cardíaca Cáncer Resfriado/Tos Reciente Asma Bronquitis

Problemas del Hígado Hepatitis Problemas del Riñón Diabetes Problemas de la Tiroides Convulsiones

Derrame Cerebral Sangrado Prolongado Otro: _____

Alergias alimentarias y/o medicamentosas?: _____

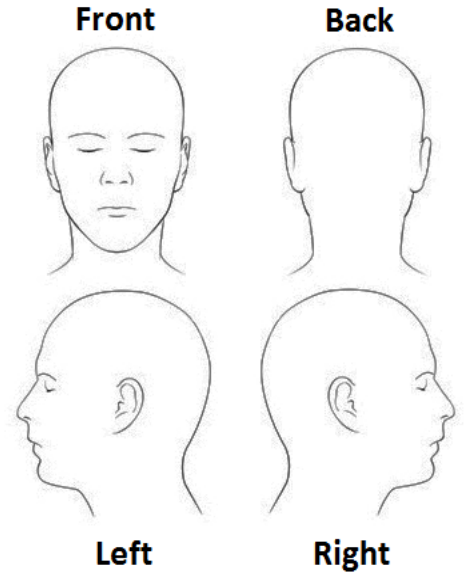
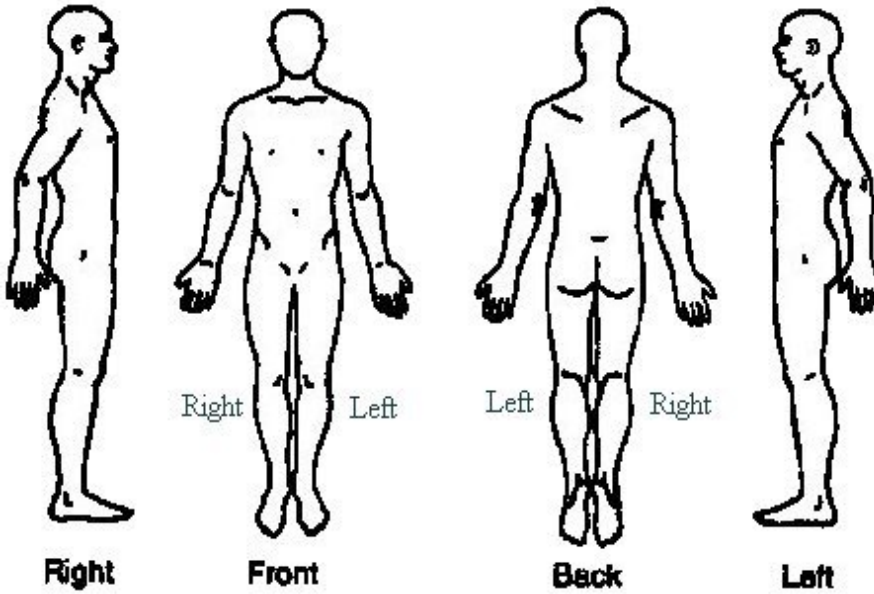
Fuma? Si No Cuantas cajas diarias?: _____ Por cuanto tiempo: _____ Cuando renuncio?: _____

Consumo Alcohol?: Si No Socialmente Excesivamente # bebidas por semana: _____

Abuso de sustancias? Si No De que tipo? _____ Día que renuncio? _____

Fecha de la Visita: ____/____/____

Localización del dolor: (Marque o señale donde se localiza su dolor en las siguientes figuras)



MEDICAMENTOS ACTUALES

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Cirugías, Bloqueos de Nervio, Inyecciones Epidurales, Inyecciones Musculares (Punto de Gatillo)?:

Nombre del procedimiento	Fecha:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



Fecha de la Visita: ____/____/____

REVISION POR SISTEMAS

Fiebre	Si	No	Nauseas	Si	No
Escalofríos	Si	No	Vómitos	Si	No
Ganancia de peso reciente	Si	No	Diarrea	Si	No
Pérdida de peso reciente	Si	No	Estreñimiento	Si	No
			Acides Estomacal	Si	No
Problemas Visuales	Si	No	Enfermedad Hepática/Hepatitis	Si	No
Pérdida de audición/sordera	Si	No	Sangrado Estomacal	Si	No
Glaucoma	Si	No			
Cataratas	Si	No	Sangrado Urinario	Si	No
			Dolor para Orinar	Si	No
Intolerancia al calor	Si	No	Infección Urinaria Reciente	Si	No
Intolerancia al frio	Si	No			
Diabetes	Si	No	Dolor de Espalda	Si	No
Problemas de tiroides	Si	No	Dolor de Cuello	Si	No
			Artritis	Si	No
Asma	Si	No	Osteoporosis	Si	No
Tos	Si	No			
Sibilancias	Si	No	Mareos/ Desmayos	Si	No
Enfisema	Si	No	Dolor de Cabeza	Si	No
Dificultad para Respirar	Si	No	Entumecimiento	Si	No
Historia de Tuberculosis	Si	No	Parálisis	Si	No
			Derrame Cerebral	Si	No
Presión Alta	Si	No	Vértigo	Si	No
Colesterol Alto	Si	No			
Problemas de Sangrado	Si	No	Ansiedad	Si	No
Dolor de Pecho	Si	No	Depresión	Si	No
Enfermedad Coronaria	Si	No	Desordenes del Humor	Si	No
Soplos Cardiacos	Si	No			
Palpitaciones	Si	No	Cáncer	Si	No
Historia de Infarto Cardiaco	Si	No			

Si usted ha respondido "Si" en alguna respuesta, favor describa he indique la fecha de ocurrencia:



Fecha de la Visita: ____/____/____

ACUERDO DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Yo, _____ entiendo que en orden de recibir cualquier prescripción médica para el tratamiento del dolor por los doctores del centro clínico para el dolor, debo cumplir con las siguientes reglas y expectativas del centro:

1. Todo medicamento prescrito por un doctor en el centro clínico será usado como fue indicado y por la razón indicada. Parar un medicamento de manera repentina, usando el medicamento para otra razón de la que fue indicado, o aumentando la medicación sin consentimiento médico no es un comportamiento aceptable y también puede ser peligroso. **Cualquier cambio en la prescripción será manejado a la hora de su visita médica.** Rellenar la medicación tempranamente no será permitido.
2. Medicamentos triples serán rellenos **SOLO** a la hora de la visita médica programada. Sera esperado de mi mantener todas mis visitas programadas. Prescripciones **NO** serán enviadas por correo o llamadas por teléfono a la farmacia.
3. No voy a solicitar medicamentos para el dolor o sustancias controladas de ningún otro doctor que no sea de este centro médico (o su designado).
4. No usare drogas o medicamentos ilícitos – Si estoy autorizado para consumir marihuana debo suministrar una copia de mi permiso para mi record médico, con el entendimiento de que no se me serán prescritos medicamentos opioides en este centro.
5. Cumpliré con un examen sanguíneo, de orina o raspado bucal al azar cuando sea requerido. Puede ser que se requiera un examen sanguíneo, de orina o raspado bucal durante mi primera visita.
6. Rellenados fuera de la ciudad no serán procesados, si dejo la ciudad por alguna emergencia, por favor de hacer arreglos con anterioridad antes de irse y un itinerario puede ser requerido.
7. Es mi responsabilidad proteger mi prescripción de pérdida, venta, robo, o daño. Un reporte policial será requerido si mi medicación fue robada. Cualquier medicación perdida o robada puede no ser reemplazada. En caso de que sucediera una segunda perdida, robo o daño, puedo ser expulsado definitivamente del centro.
8. Rellenare todas mis prescripciones bajo una sola farmacia.
9. Entiendo que no debo manejar bajo la influencia de medicamentos (Ej. Narcóticos/opioides), no debo manejar maquinaria pesada, no debo servir en ninguna capacidad relacionada con seguridad pública.
10. Estoy al tanto de que los riesgos de opioides/benzodiacepinas/relajantes musculares pueden incluir: adicción, sedación, dependencia física, nauseas/vómitos, mareos, somnolencia, hipogonadismo, tolerancia, depresión, descenso de la densidad ósea, enlentecimiento de los reflejos y tiempo de respuesta, estreñimiento.
11. La violación de alguno de los puntos de este acuerdo puede resultar en mi expulsión definitiva de este centro a la discreción del doctor.

Firma del paciente:

Fecha:



Fecha de la Visita: ____/____/____

PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
(Apellidos, Primer nombre, Segunda inicial)

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Correo Postal: _____

Teléfono Residencial: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Summit Pain Alliance puede contactarte por: Celular/Teléfono Residencial _____ Texto _____ Correo Electronico _____

Nombre y Dirección de su empleador: _____

Estado Marital: Soltero: _____ Casado: _____ Divorciado: _____ Viudo: _____ Otro: _____

INFORMACION DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Correo Postal: _____

Teléfono: _____

INFORMACION DEL MEDICO DE CABECERA Y FARMACIA

Nombre y teléfono del médico de cabecera: _____

Médico que le refirió y teléfono: _____

Nombre, Dirección y teléfono de su farmacia: _____

Como requiere la ley del cuidado accesible y protección del paciente, indique lo siguiente:

Raza:
____ Indígena Americano o nativo de Alaska
____ Asiático
____ Negro o Afroamericano
____ Nativo de Hawái o Islas Pacíficas
____ Caucásico
____ Otro
____ Prefiero no responder

Etnicidad:
____ Hispano o Latino
____ No hispano o Latino
____ Prefiero no responder

Lenguaje de Preferencia:
____ Inglés
____ Español
____ Otro: _____



INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Seguro Primario: _____

Dirección de correo: _____

ID#: _____ # Grupo: _____

Nombre del asegurado (si es diferente al del paciente): _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ # de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Seguro Secundario: _____

Dirección de correo: _____

ID#: _____ # Grupo: _____

Nombre del asegurado (si es diferente al del paciente): _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ # de Seguro Social: _____ - _____ - _____

INFORMACION DEL FIADOR

(Individuo responsable por el pago si no es el paciente)

Nombre: _____

Relación del paciente con el fiador: Propio _____ Pareja _____ Hijo _____ Otro: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ # de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Correo Postal: _____

Teléfono Residencial: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Empleador del Fiador: _____

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Puede compartir información de salud sobre la condición del paciente con:

(Enumere las personas a quien usted desea autorizar para compartir su información médica)

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____



COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES O ACCIDENTE DE AUTO

INFORMACION DEL ABOGADO

Nombre del abogado: _____ Teléfono: _____

Nombre de la firma: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Correo Postal: _____

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

Parte Corporal Aceptada: _____ Fecha de la lesión: _____

Nombre de Ajustador: _____ Teléfono: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ Reclamo #: _____

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Correo Postal: _____

Nombre del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

ACCIDENTE DE AUTO

Fecha de la lesión: _____ Pasajero: _____ o Conductor: _____

Seguro de Auto **del Paciente**: _____

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Correo Postal: _____

Nombre de Ajustador: _____ Teléfono: _____

Nombre del dueño de la póliza: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Correo Postal: _____

Nombre de la **parte responsable** (Conductor Culpable): _____ Tel: _____

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Correo Postal: _____

Nombre de Ajustador: _____ Teléfono: _____

Nombre del dueño de la póliza: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Correo Postal: _____



LIBERACION DE INFORMACION DEL PACIENTE Y POLITICA FINANCIERA

Gracias por escoger Summit Pain Alliance como su proveedor de salud. El documento siguiente son los estatutos de nuestra póliza de liberación de información de salud/ responsabilidad financiera los cuales son requeridos que los lea y firme antes de cualquier tratamiento.

LIBERACION DE INFORMACION/RECORDS MEDICOS

Al firmar este documento autorizo a Summit Pain Alliance o su/ sus designado(s) para liberar y revelar dichos records médicos, información o documentos pues puede ser necesario o apropiados para procesar reclamos de seguros y para obtener pagos en nombre suyo. Usted también autoriza la liberación de información recolectada en el curso de su examinación o tratamiento y toda información pertinente con la historia y progreso de su caso. Esto incluye cualquier abuso de alcohol o abuso de drogas que pueden estar protegidas bajo la ley federal – 42CFR Parte 2. Usted está de acuerdo que una fotocopia de su autorización original es igualmente autentica.

CON RESPECTO A IDENTIFICACIÓN Y SEGUROS

Es nuestra política, que antes de ser visto, usted nos provea con una identificación con fotografía (Ej.: licencia de conducir o pasaporte) para verificar su identidad. También necesitaremos sus tarjetas de seguro y cualquier planilla de reclamación requerida por su seguro médico. Nosotros no podemos cobrar a su compañía de seguros si no se nos provee con la información de su seguro apropiada. Aceptamos asignación de beneficios de seguro. Esto significa que su seguro nos pagara directamente por la cifra adeudada basada en su cobertura de beneficios. Al firmar este documento, usted autoriza la asignación de sus beneficios a Summit Pain Alliance para tratamiento y servicios relacionados. Sin embargo, Nosotros requerimos, como requieren sus beneficios de seguro, pago de “copago”, coaseguranza y deducibles al momento del servicio. Su póliza de seguros es un contrato entre usted y su compañía de seguros.

Conozca sus beneficios. Por favor esté al tanto de que solo su compañía de seguro puede decirle si los servicios que proveemos están cubiertos bajo su plan de beneficios.

Aun cuando la presentación de los reclamos con su seguro es un servicio de cortesía que ofrecemos a nuestros pacientes, todos los cargos son su responsabilidad desde la fecha en que son recibidos los servicios. En caso de que su cuenta sea referida a una agencia de colección, usted será responsable del 30% adicional al balance adeudado y/o los cargos por abogado y costos que se incurran para coleccionar deudas pendientes. Aquellas compañías de seguro en cuales somos un proveedor participante.

Todos los copagos y deducibles se deben al momento del tratamiento. Primero buscaremos pagos de estos planes de seguro antes de cobrarle a usted. En caso de que su cobertura de seguros cambie por un plan en el cual no somos proveedores participantes, refiérase al párrafo siguiente. Aquellos en los cuales NO somos un proveedor participante.

Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en su totalidad dentro de 45 días de la fecha de la factura, el balance es su responsabilidad. Su asistencia en recibir el pago de su seguro puede ser requerida.

**ACEPTAMOS PAGOS EN EFECTIVO, CHEQUES, VISA, MASTERCARD
(RECARGO DE \$25.00 POR CHEQUES DEVUELTOS)**

(Continúa en la página siguiente)



CARGOS USUALES Y CONSUEUDINARIOS

Nuestra práctica está dedicada a proveer el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Cobramos lo que es usual y común para nuestra área. La agencia de gobierno federal que administra los programas de Medicare y Medicaid ha determinado que excepto en algunas circunstancias, el descuento o renuncia del pago de copagos o deducibles es ilegal. Adicionalmente, bajo las nuevas regulaciones de HIPPA, no estamos autorizados a descontarle o librarle del copago o deducible descrito por el plan de beneficios ofrecido por otros contribuyentes. Usted es responsable por el pago a menos que nosotros seamos un proveedor participante por su compañía de seguros.

BALANCES DE PACIENTES

Los pacientes son responsables por el pago completo al momento de servicio si estos no están cubiertos por terceros como Medicare, Medicaid o seguro privado.

CASOS QUE INCLUYEN ABOGADO

Si usted está recibiendo servicios por un accidente de auto, caso de compensación de trabajadores o lesión personal y está trabajando con un abogado, también requerimos información referente a la cobertura de su grupo de salud. Ambos, su grupo de salud y el corredor de seguros de auto correspondientes serán cobrados al mismo tiempo. Este procedimiento es necesario en orden de tener un reclamo presente con el grupo de salud en caso de que su corredor de seguros de auto no pague o se haya agotado el algún punto durante su tratamiento. Este procedimiento no es solo para proteger a Summit Pain Alliance si no a usted como paciente.

CITAS INCLUPIDAS

Por favor ayúdenos a servirle mejor manteniendo sus citas. Nosotros entendemos que hay momentos cuando no le es posible mantener su cita. Si usted no puede mantener su cita, por favor llame a nuestra oficina por lo menos 24 horas antes de la cita. Si usted constantemente deja de asistir a sus citas, nuestra política es un cargo de **\$50.00 por citas perdidas** usted será responsable del pago de dicho cargo.

REVELACIÓN DE INTERESES FINANCIARIOS

Nuestros médicos son parte del personal en varios hospitales y centros de cirugía ambulatoria. Ellos tienen intereses financieros en algunas de las facilidades en donde su procedimiento puede ser realizado. Ellos son también asesores y voceros nacionales pagados por varias compañías de dispositivos.

LEY FEDERAL DE PORTABILIDAD Y RESPONSA BILIDAD DE LOS SEGUROS DE SALUD DEL 1996 (HIPAA):

HIPAA es una medida protectora para salvaguardar la privacidad y confidencialidad del paciente. Al firmar este acuerdo Yo entiendo que he recibido información concerniente a mis derechos cubiertos bajo la ley federal de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud del 1996 (HIPAA).

Yo he leído y entendido las declaraciones anteriores en la Liberación de Información y Política Financiera concerniente a mis responsabilidades de pago.

Firma del paciente o la Parte Responsable

Nombre Escrito

Fecha

Firma de la parte Co-Responsable

Nombre Escrito

Fecha