

Phone #: 703-522-2727

Thomas J. Raley, MD (VA, MD)

Fax #: 703-542-3753

Vipul Mangal, MD (VA) Alexander Matz, MD (MD) Kathleen Gorham NP (VA) Cherith Zorbas NP (VA) Christie Robbins, NP (MD)

## ADVANCED SPINE AND PAIN REGISTRO DEL PACIENTE

### Información Personal

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Hombre: \_\_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Soltero (a): \_\_ Casado(a): \_\_ Divorciado(a): \_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Refiriéndose Doctor ( Nombre y Apellido):

\_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_

### Información de Empleo:

Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_

Número del Cónyuge: \_\_\_\_\_

### Información del Seguro:

Seguro Primario: \_\_\_\_\_

Suscriptor: Asistencia: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

Suscriptor: Asistencia: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_

**¿Se ha producido esta lesión en el trabajo?**

**Sí/No**

**En caso afirmativo, ¿tiene usted un reclamo activo? Sí/NO**

Farmacia (Nombre, Dirección, Número de teléfono):

\_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia:

Nombre de Contacto: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### Firma a Continuación:

Al firmar abajo, estoy de acuerdo en lo siguiente:

Me permito lo antes posible para participar en el tratamiento de mi salud

Autorizo la divulgación de esta información a mi compañía de seguros

Yo entiendo que soy responsable de mi cuenta

Autorizo a mi médico para actuar como mi agente en ayudarme a obtener el pago de los seguros

Yo autorizo el pago directamente a ASAP

Yo permito que una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar de la original

\_\_\_\_\_  
Paciente / Persona Responsable Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Phone #: 703-522-2727

Thomas J. Raley, MD

Fax #: 703-542-3753

James Huang, MD

Galadriel Pastor, PA-C

Vipul Mangal, MD

## ADVANCED SPINE AND PAIN

### Política Financiera

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Gracias por elegirnos como su proveedor de servicios médicos que usted. Por favor lea lo siguiente para una comprensión completa de nuestra *Política Financiera*. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a nuestro departamento de facturación al 703-522-2727.

- ❖ El pago de los servicios se debe en el momento se prestan los servicios o al recibir el estado de cuenta del paciente.  
\*\* TODOS LOS PACIENTES DE AUTO- PAY DEBEN PAGAR EN EL MOMENTO DE LA VISITA \*\*
- ❖ Aceptamos efectivo o tarjetas de crédito únicamente ( Visa y MasterCard).
- ❖ Si no se cancela su cita con resultados Anuncio de 24 horas en un \$50 no show/misma tarifa de cancelación de día para las visitas de seguimiento y de \$100 si no se presenta/misma tarifa de cancelación de día para las inyecciones. Estos honorarios deben ser pagados antes de su próxima cita.
- ❖ Todos los formularios que hay que rellenar o escrita por un proveedor será de \$20 por página.
- ❖ Para los pacientes con seguro, vamos a presentar la reclamación correspondiente a su proveedor. Usted puede ser responsable de un copago del día de su cita.
- ❖ Somos un proveedor por las siguientes compañías de seguros: Medicare, TRICARE (Prime y estándar), Blue Cross Blue Shield, Aetna, Cigna (PPO), United Healthcare (PPO), PHCS, Coventry, y Compensación de Trabajadores . Tenga en cuenta que nuestros servicios son fuera de la red por cada otra política, lo que podría resultar en que usted tenga que cumplir con un deducible o coaseguro adicional.
- ❖ Si se encuentra fuera de la red, su compañía de seguros puede enviar un cheque por nuestros servicios directamente a usted. Es entonces la responsabilidad de endosar el cheque a nosotros inmediatamente. El no hacerlo puede resultar en un mayor sanción, incluyendo la presentación de informes a una agencia de cobro y procesamiento penal.
- ❖ Habrá un cargo de \$ 15 para todas las autorizaciones previas sobre medicamentos maneja esta oficina.
- ❖ Después de nuestra oficina ha recibido el pago de su compañía de seguros, y los ajustes necesarios se han hecho, el saldo restante se facturará a usted y es pagadera al momento de la recepción de la factura.
- ❖ Todos los saldos anteriores deben ser pagados antes de cualquier nueva cita se puede hacer.
- ❖ Compensación a los Trabajadores: Si usted está aquí como resultado de una lesión relacionada con el trabajo, vamos a exigir información respecto tanto a su seguro de salud y el seguro de compensación de su empleador Trabajadores. También necesitaremos para verificar que su empleador asume la responsabilidad de los cargos incurridos. Si no podemos verificar la responsabilidad, o no somos capaces de obtener información sobre el seguro de compensación del empleador de los trabajadores, vamos a facturar a su compañía de seguros privada/personal. En el caso de que usted no tiene ningún otro seguro y no hemos recibido el pago de cualquier tercero, vamos a cobrarle directamente.

Yo entiendo que si la oficina se compromete a facturar a los seguros como una cortesía, debo presentar información, según sea necesario para garantizar el pago por los servicios prestados a mí. Yo entiendo que yo soy responsable por el pago de todos los servicios.

En el caso de que una cuenta en mora es el lugar en manos de una agencia de cobros o abogado para su cobro, o traje se instituyó en esta cuenta, estoy de acuerdo a pagar, además de la cantidad de la cuenta en mora más los intereses, coleccionista de o razonable los honorarios del abogado.

\_\_\_\_\_  
Paciente / Persona Responsable Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Phone #: 703-522-2727

Thomas J. Raley, MD

Fax #: 703-542-3753

James Huang, MD

Galadriel Pastor, PA-C

Vipul Mangal, MD

**ADVANCED SPINE AND PAIN**  
**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Avanzado Columna y el dolor, el Aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información protegida de salud. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Tal como se establece en nuestro aviso, los términos de nuestra oficina pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia revisada de nuestro sitio web o recepcionista en ASAP.

Usted tiene el derecho de pedir que limitemos cómo se usa o divulga información de salud protegida sobre usted para tratamiento, pago o atención médica. No estamos obligados a acceder a esta restricción, pero si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para nuestro uso y divulgación de información de salud protegida sobre usted para tratamiento, pago y atención médica. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, salvo que ya hemos expuesto la información en dependencia de su consentimiento previo. También permite que nuestra oficina se comunique con usted por teléfono o por correo para proporcionar recordatorios o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios de salud y servicios que puedan ser de su interés de citas. También podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos para la entidad cubierta.

\_\_\_\_\_  
Paciente / Persona Responsable Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Doy permiso para que Spine avanzada y dolor para discutir mi cuidado, citas, y la información financiera con la persona ( s ) siguiente:

\_\_\_\_\_  
Nombre Relación Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre Relación Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Paciente / Persona Responsable Firma Fecha

\_\_\_\_\_  
Paciente / Persona Responsable Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Phone #: 703-522-2727

Thomas J. Raley, MD

Fax #: 703-542-3753

James Huang, MD

Galadriel Pastor, PA-C

Vipul Mangal, MD

**ADVANCED SPINE AND PAIN**  
**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, autorizo a \_\_\_\_\_ para divulgar la información de salud se describe a continuación a la oficina de Avanzado Columna y el dolor.

**MARQUE LAS QUE CORRESPONDAN:**

- Toda la información de salud
- Las últimos 3 visitas al consultorio, MRI, o de rayos X, la inyección notas de procedimiento
- Información de la salud en relación con el siguiente tratamiento o condición

\_\_\_\_\_

- Información de Salud para la fecha (s)

\_\_\_\_\_

- Otra información o fechas de salud específico

\_\_\_\_\_

**MOTIVOS DE ESTA AUTORIZACIÓN:**

- A petición mia
- Otro (Especificar)

**Esta autorización quedará sin efecto luego:** \_\_\_\_\_ (fecha o descripción del evento)

Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no estará condicionada a la firma de la autorización si hacerlo estarían prohibidas por la ley federal o estatal. Entiendo una autorización puede ser obligado a participar en la investigación o donde los servicios de salud se proporcionan únicamente con el propósito de crear información de salud para un tercero, y que si me niego a firmar una autorización esos servicios pueden ser negados.

Puedo revocar esta autorización por escrito. Si lo hago, que no afectará a las acciones anteriores ya se tome con base en mi autorización. Puede que no sea capaz de revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Puedo revocar esta autorización por escrito una carta y enviarla por correo certificado, con acuse de recibo, a la Oficina de Privacidad a la asistencia sanitaria prestada que aparece arriba. Una vez que la información médica sea divulgada de acuerdo a la autorización, se puede volver a divulgarse y ya no puede estar protegida por las leyes de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Paciente / Persona Responsable Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

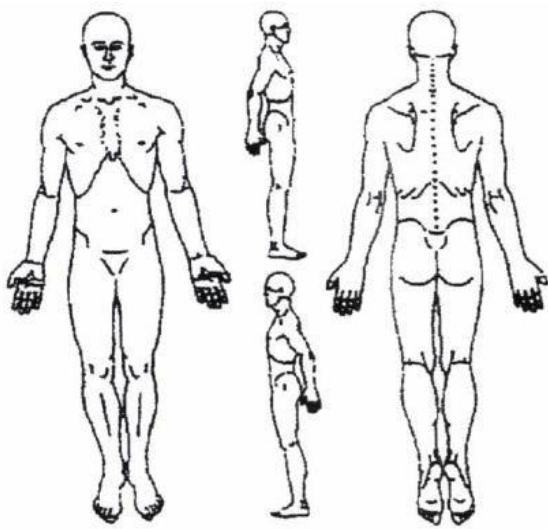
# ASAP

## ADVANCED SPINE AND PAIN

1625 N. George Mason Dr #345 ~ 14904 Jefferson Davis Hwy #401 ~ 450 Garrisonville Rd #109 ~ 1499 Chain Bridge Rd #101 ~ 11230 Waples Mill Rd #114C ~ 3500 Boston St #J2  
 Arlington, VA 22205 Woodbridge, VA 22191 Stafford, VA 22554 McLean, VA 22101 Fairfax, VA 22030 Baltimore, MD 21224

### Paciente Nuevo Formulario de Historia Clínica

Nombre del Paciente:		Médico de atención primaria :
Fecha de nacimiento:		Dirección de la oficina de este médico:
Género:		

<b>Antecedentes Historia Dolor</b>																																																																			
¿Cuál es su edad?	 <p><b>Por favor, dar sombra a las áreas en las que usted está teniendo dolor</b></p> <p>Para las escalas abajo, circule el número utilizando 0 para indicar Ninguna hasta 10 para indicar más extrema / severa</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="11">Por favor, indique su dolor actual</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="11">Califique su peor dolor en la última semana</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="11">Califique su menor dolor en la última semana</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	Por favor, indique su dolor actual											0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Califique su peor dolor en la última semana											0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Califique su menor dolor en la última semana											0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Por favor, indique su dolor actual																																																																			
0		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																								
Califique su peor dolor en la última semana																																																																			
0		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																								
Califique su menor dolor en la última semana																																																																			
0		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																								
¿cuál es su principal queja ?																																																																			
Si el dolor se localiza en el cuello o en la espalda , ¿se irradia hacia los brazos o las piernas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																																																			
¿Por cuánto tiempo ha estado presente este dolor? (Indicar el número de meses o años ) Meses _____ años _____																																																																			
¿El dolor asociado con otros síntomas? <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar <input type="checkbox"/> Adormecimiento, donde _____ <input type="checkbox"/> Debilidad, donde _____ <input type="checkbox"/> La disfunción sexual _____ <input type="checkbox"/> Otro _____																																																																			
¿Cómo puede describir el dolor que siente? <input type="checkbox"/> Dolor Fuerte <input type="checkbox"/> Quemadura/ Ardiente <input type="checkbox"/> Dolor Profundo <input type="checkbox"/> Presion <input type="checkbox"/> Apunalamiento <input type="checkbox"/> Embotado <input type="checkbox"/> Cosquello <input type="checkbox"/> Otro _____																																																																			
¿Con qué frecuencia es el dolor presente? <input type="checkbox"/> dolor constante <input type="checkbox"/> frecuentes (varias veces por hora) <input type="checkbox"/> esporádica (varias veces al día) <input type="checkbox"/> Ocasional (varias veces por semana) <input type="checkbox"/> Raro (varias veces al mes)																																																																			
Lo que hace que su dolor? <input type="checkbox"/> Descanso <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Otro _____																																																																			
¿Qué hace empeorar el dolor? <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Agacharse/Torcer <input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Acostado <input type="checkbox"/> Estrés <input type="checkbox"/> Toser/Estornudos <input type="checkbox"/> Parado después de estar sentado																																																																			
Desde el inicio de su dolor, ¿ha tenido alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> La incontinencia intestinal <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> Ninguno																																																																			
¿Ha afectado el dolor de su sueño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																																																			

## Historia del Dolor

¿Es esta lesión de compensación para trabajadores ? SI / NO  
En caso afirmativo , por favor explique lo que pasó y cuando:

- accidente de vehículo Fecha: \_\_\_\_\_  
 caída u otro trauma Fecha : \_\_\_\_\_  
 Siguiendo Fecha de la cirugía: \_\_\_\_\_  
 Siguiendo Fecha enfermedad : \_\_\_\_\_  
 razón desconocida  
 Otro \_\_\_\_\_

¿Cómo comenzó su queja principal de dolor ? Sírvase dar detalles

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- No diagnóstico se ha dado

¿Qué diagnóstico , de haberlo, se les ha dado por su dolor actual?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Historia Tratamiento

¿Alguna vez ha tratado por otro médico o clínica de tratamiento del dolor ?  Sí  No

Nombre del médico / clínica	Dirección	Fechas de tratamiento	razón de dejar la clínica
-----------------------------	-----------	-----------------------	---------------------------

Nombre del médico / clínica	dirección	Fechas de tratamiento	razón de dejar la clínica
-----------------------------	-----------	-----------------------	---------------------------

¿Ha sido usted evaluado por un cirujano para su principal queja de dolor ?  Sí  No

Nombre del Cirujano	Fecha	Se recomienda cirugía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------	-------	---

Nombre del Cirujano	Fecha	Se recomienda cirugía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------	-------	---

¿Ha tenido una cirugía destinada a tratar su queja del dolor actual?  Sí  No

Cirugía # 1	Nombre de procedimiento	Fecha	Nombre del Cirujano
-------------	-------------------------	-------	---------------------

Cirugía # 2	Nombre de procedimiento	Fecha	Nombre del Cirujano
-------------	-------------------------	-------	---------------------

¿Has visto a otros especialistas relacionados con su principal queja de dolor ?  Sí  No

Nombre del especialista	Especialidad	Fecha visto
-------------------------	--------------	-------------

Nombre del especialista	Especialidad	Fecha visto
-------------------------	--------------	-------------

¿Ha tenido una prueba de electromiografía o EMG para evaluar la función nerviosa ?  Sí  No

Realizado en brazos / piernas / ambos ?	Médico que realiza la prueba	Fecha
---	------------------------------	-------

Realizado en brazos / piernas / ambos ?	Médico que realiza la prueba	Fecha
---	------------------------------	-------

¿Ha tenido radiológico Imaging para su queja de dolor actual?  Sí  No

**Favor de traer películas , actuales o CD con las imágenes a su cita inicial**

Tipo de estudio	Parte del cuerpo fotografiado	Fecha de estudio	Donde se realizó el estudio
-----------------	-------------------------------	------------------	-----------------------------

Radiografías			
--------------	--	--	--

IRM			
-----	--	--	--

Tomografía Computarizada			
--------------------------	--	--	--

Ultrasonido			
-------------	--	--	--

Escáner Óseo			
--------------	--	--	--

<b>Historial Médico</b>			
¿Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones en cualquier momento de tu vida ?			
<input type="checkbox"/> ritmo cardíaco anormal	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> ataque del corazón	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/> Úlcera de estómago o hemorragia gastrointestinal	<input type="checkbox"/> ansiedad	<input type="checkbox"/> El enfisema	<input type="checkbox"/> Osteoarthritis
<input type="checkbox"/> Acidez estomacal / Reflujo ácido	<input type="checkbox"/> Insomnia	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Neuropatía Periférica
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple
<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Intestino irritable
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> migraña /Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo / Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> VIH / SIDA
<input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico	<input type="checkbox"/> Condiciones psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Enfermedad Vascular
<input type="checkbox"/> Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Hueso Fracturado

Otras condiciones no enumerados anteriormente:

### Historico de Cirugías

Cirugía	Fecha (mes / año)	Cirujano

### Medicamentos que toma actualmente

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Médico

### Alergias

¿Tiene alguna alergia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted alérgico a los mariscos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, indique sus alergias a continuación	¿Es alérgico a IV material de contraste? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Es usted alérgico a los anestésicos locales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Es usted alérgico al látex? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### Historia Familiar

Por favor, enumere los problemas médicos de su familia inmediata, como la diabetes, presión arterial alta, enfermedades del corazón,etc.

Relación	Estado de salud	Relación	Estado de salud
Padre		Hermana	
Madre		Hermana	
Hermano		Hija	
Hermano		Hijo	

Por favor, marque aquí si eres adoptado

<b>Historia Social</b>	
¿Está trabajando actualmente ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante Si trabajo , ¿cuál es su situación laboral actual? <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores	
Si no está trabajando, ¿cuál fue tu último trabajo?	¿Cuánto tiempo ha estado sin trabajo ?
¿Cuánto tiempo ha estado sin trabajo ?	¿Es una de tus metas para regresar al trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
¿Tienes hijos ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántos ?
¿A qué edad ?	
¿Cuál es su nivel de educación más alto ? <input type="checkbox"/> No se graduó <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Escuela secundaria <input type="checkbox"/> Profesional Grado <input type="checkbox"/> Algo de universidad <input type="checkbox"/> Grado Universitario	
¿Utiliza el tabaco ? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Los cigarrillos sin humo <input type="checkbox"/> ocasional <input type="checkbox"/> ___paquetes / día <input type="checkbox"/> Cigars ___/ día	
¿Consumo alcohol ? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Socialmente <input type="checkbox"/> Regularmente ___bebidas / día	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez ha usado drogas recreativas ( de calle) en los últimos 5 años? En caso afirmativo , indique qué y cuándo en el siguiente espacio
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene alguna historia de la recreación o adicción a las drogas de la calle ?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene alguna historia de dependencia del alcohol o alcoholismo ?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha estado inscrito en un programa de tratamiento de drogas o alcohol?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene alguna historia de abuso de medicamentos recetados ?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene alguna historia de abuso físico o sexual?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Está recibiendo compensación de los trabajadores ?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está recibiendo pagos por incapacidad ?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene una demanda pendiente relacionada con su dolor? Revisión de los síntomas
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha solicitado , o piensa solicitar la compensación de los trabajadores o la discapacidad ?

## Revisión de los Síntomas

Por favor marque cualquiera de los siguientes síntomas o problemas que ha tenido en los últimos 6 meses

<b>Constitucional</b> <input type="checkbox"/> No problems <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso <input type="checkbox"/> Aumento de Peso <input type="checkbox"/> Problemas para Dormir <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Fatiga Otro:	<b>Cardiovasculares</b> <input type="checkbox"/> No Problems <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho /presión <input type="checkbox"/> Frecuencia cardíaca rápida <input type="checkbox"/> mala circulación <input type="checkbox"/> Inflamación de Piernas /Pies <input type="checkbox"/> irregular del ritmo cardíaco Otro:	<b>Gastrointestinales</b> <input type="checkbox"/> No Problems <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Las náuseas / vómitos <input type="checkbox"/> Sangre en las heces <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal Otros:	<b>Respiratorio</b> <input type="checkbox"/> No Problems <input type="checkbox"/> Tos crónica <input type="checkbox"/> Las sibilancias <input type="checkbox"/> Falta de aliento <input type="checkbox"/> Tos con sangre <input type="checkbox"/> Oxígeno Hogar Otro:
<b>Trastornos musculo Esqueléticos</b> <input type="checkbox"/> No Problems <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> Espasmos musculares <input type="checkbox"/> rigidez de las articulaciones <input type="checkbox"/> Debilidad muscular Otros:	<b>Neurológico</b> <input type="checkbox"/> No Problems <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Falls Recientes <input type="checkbox"/> mala memoria <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Convulsiones Otros:	<b>Piel</b> <input type="checkbox"/> No Problems <input type="checkbox"/> Erupciones <input type="checkbox"/> Comezón <input type="checkbox"/> Cambio de color <input type="checkbox"/> Clave o el cambio de pelo <input type="checkbox"/> Fácil Moretones Otros:	<b>Psiquiátrico</b> <input type="checkbox"/> No Problems <input type="checkbox"/> Tristeza frecuente <input type="checkbox"/> La preocupación excesiva Depresión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sentimientos de desesperanza <input type="checkbox"/> El estrés excesivo Otros:
<b>Oído, Nariz, Garganta</b> <input type="checkbox"/> No Problems <input type="checkbox"/> El ronquido <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos <input type="checkbox"/> Las hemorragias nasales Otros:	<b>Ojos</b> <input type="checkbox"/> No Problems <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> visión doble <input type="checkbox"/> Dolor de ojos <input type="checkbox"/> Enrojecimiento y Drenaje <input type="checkbox"/> El exceso de riego Otros:	<b>Genitourinario</b> <input type="checkbox"/> No Problems <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Dolor al orinar <input type="checkbox"/> La incontinencia de orina <input type="checkbox"/> Micción frecuente <input type="checkbox"/> cálculo renal Otros:	<b>Endocrino</b> <input type="checkbox"/> No Problems <input type="checkbox"/> Calor Intolerancia <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito <input type="checkbox"/> Sudoración anormal <input type="checkbox"/> Pérdida del cabello Otros:



Nombre : \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_

## **Advanced Spine And Pain**

### **RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE PARA CRÓNICA CON OPIÁCEO (NARCÓTICOS) TERAPIA**

Este documento representa expectativas de los pacientes sobre el uso de opioides (narcóticos) analgésicos para tratar el dolor. Medicamentos opioides son sólo una parte de un plan general de tratamiento , por lo tanto , voy a asistir regularmente y participar en todas las terapias prescritas. Con la firma de este , entiendo y estoy de acuerdo a los siguientes riesgos y condiciones, que pueden estar asociados con el uso a largo plazo de los medicamentos opioides .

#### **RIESGOS:**

1. Estreñimiento (que puede ser lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico )
2. La retención urinaria ( dificultad para orinar )
3. Cambios en el apetito y / o en peso
4. Somnolencia o confusión que pueden afectar las habilidades de pensamiento o emociones
5. Comezón
6. Náusea
7. Problemas con la coordinación o equilibrio que hacen peligroso para operar vehículos de motor o maquinaria pesada
8. Depresión respiratoria (respiración muy lenta, la sobredosis puede conducir a un paro respiratorio, coma o la muerte)
9. La dependencia física (lo que significa que los opioides que paran rápidamente pueden provocar síntomas de abstinencia)
10. La dependencia psicológica (lo que significa que los opioides que paran rápidamente puede conducir a los antojos de drogas)
11. Las dificultades sexuales
12. Si me embarazo , mi bebé podría nacer físicamente dependiente de los opiáceos. Esto puede ser tratado con éxito. Es posible que haya otros riesgos, desconocidos para los niños no nacidos (sólo pacientes de sexo femenino)
13. Pueden ocurrir otros efectos secundarios raros

Inicial \_\_\_\_\_

## Condiciones

1. No estoy usando actualmente cualquier medicina para el dolor ilegal. He informado plenamente a mis médicos de cualquier corriente, el uso anterior, la venta o la desviación de drogas legales o ilegales. (Es decir, cocaína, cannabis, heroína, etc)

\*\* También le pedimos que por favor informe a su médico si está en periodo de prueba \*\*

¿Está usted en Libertad Condicional : \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, la razón:

---

---

Nombre del Oficial de Libertad Condicional : \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

2. Actualmente no estoy abusando de alcohol, y he informado plenamente mis médicos acerca de cualquier abuso previo de alcohol.
3. Voy a obtener todas las recetas de opiáceos sólo de ASAP médicos. No se me permite obtener un medicamento similar de cualquier otro médico o clínica sin la autorización expresa de ASAP médicos. Si ocurre una emergencia y medicamentos opioides se prescriben de otro médico, notificaré lo antes posible a los médicos tan pronto como sea posible.
4. Las recetas no se enviarán por correo, a menos que se especifique lo contrario.
5. Voy a tomar los opioides como ha sido prescrito por ASAP con los médicos y bajo ninguna circunstancia voy a permitir que otras personas utilicen estos medicamentos, ni voy a obtener estos medicamentos de otras personas.
6. El uso de estos medicamentos será supervisada estrictamente.
7. Medicamentos adicionales no se dará si el medicamento se acaba prematuramente debido a un uso excesivo. No se reemplazarán las recetas o medicamentos perdidos, robados o extraviados.
8. No se permiten recargas imprevistas o de emergencia. No hay recetas serán ocupados o renovados durante los fines de semana, después de las 4 pm los días de semana o en días festivos.
9. Los pacientes que necesitan recargas deben llamar a la oficina por lo menos 5 días antes de la oferta actual de analgésicos opiáceos agotado.
10. Recetas y recargas NO será telefonar a las farmacias, y deben ser recogidos, ya sea por los pacientes, o enviarse por correo a la farmacia por correo de entrega estándar.
11. Sólo en la farmacia se utilizará para llenar sus recetas. ASAP médicos tienen mi permiso para comunicarse con el farmacéutico acerca de mi uso de medicamentos. Si cambio de farmacias, notificaré lo antes posible con antelación.

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_ Ph #: \_\_\_\_\_

Inicial \_\_\_\_\_

12. Voy a estar obligado a tener sangre o de orina sin previo aviso, o el recuento de pastillas con el fin de evaluar el efecto del opioide, así como mi abstinencia del uso de drogas ilegales. Al firmar esta forma la responsabilidad del paciente, le doy permiso para que, y de acuerdo en cooperar con dichas pruebas, si se me pide que lo hagan; incumplimiento puede resultar en la descarga de la práctica.
13. Antes de recibir cualquier opioide, una evaluación psicológica con el seguimiento de la terapia puede ser requerido por los médicos de ASAP. También ignorados requieren otras evaluaciones y / o tratamientos médicos.
14. Debido a los riesgos conocidos y desconocidos para los niños no nacidos, que incluyen la dependencia física, notificaré a mi médico si estoy embarazada o si quedo embarazada en el futuro.
15. Entiendo que los medicamentos opioides se reducirá lentamente y se detuvo con seguridad si no cumpla con ningún aspecto de esta forma la responsabilidad del paciente (a discreción del proveedor), o si las ASAP médicos sienten que los opioides no son efectivos para controlar el dolor. Puede que sea necesario para que entrara a un programa de la dependencia química con el fin de detener por completo la medicación.
16. Debo visitar las ASAP médicos por lo menos cada cuatro a ocho semanas para supervisar mis medicamentos. Entiendo que si no me presento a mi cita regular programada, Yo no puedo recibir mis medicamentos de recarga. Después de tres No mostrar las citas, yo puedo estar sujeto a cumplir debido a la falta de cumplimiento.
17. Doy ASAP permiso a los médicos a comunicarse con cualquiera de mis otros médicos con respecto a mi uso de sustancias controladas.
18. Tomo toda la responsabilidad por el costo de los medicamentos, la orina / análisis de sangre, que seguro no puede cubrir.
19. Entiendo que cualquier violación de los términos antes mencionados puede llevar a mi despido inmediato de la oficina.
20. Otras condiciones: \_\_\_\_\_

He leído y entendido este acuerdo, y estoy de acuerdo con todo lo anterior . Se me dará una copia de este formulario y doy permiso para que una copia para ser enviado a mis otros médicos tratantes , los cuidadores , los farmacéuticos y los proveedores de seguros .

Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE:** He traducido la información y consejos presentados por vía oral a las personas que dan el consentimiento de la persona que obtiene este consentimiento. Al mejor de mi conocimiento y nombre, él / ella entendió esta explicación.

Intérprete: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **ATENCIÓN PARA LOS PACIENTES:**

Tenga en cuenta que somos una oficina de Especialista. Esto significa que su plan de seguros puede requerir la obtención de una remisión de su Médico Primario para ser visto. Los planes más comunes que requieren referencias son las condiciones de HMO, y TRICARE Prime. Si no está seguro del tipo de política que usted tiene, o si es necesaria una derivación, puede llamar al Teléfono de Atención al Cliente en el reverso de su tarjeta de seguro. Si tiene TRICARE Prime, usted puede llamar a 877-874-2273 para obtener esta información.

Tenga en cuenta que es su responsabilidad para saber que su seguro. Si usted no puede obtener la autorización adecuada para usted las citas, puede recibir una factura. Tenga en cuenta que esto es sólo para las visitas al consultorio, como vamos a pedir autorización a su nombre para el resto de los servicios o la atención que pueda necesitar.

Al firmar abajo, usted reconoce que ha leído y comprendido esta política

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_