



Brandon
428 W Brandon Blvd
Brandon, FL 33511

Wesley Chapel
2553 Windguard Circle
Wesley Chapel, FL 33544

Zephyrhills
38011 Arbor Ridge Dr
Zephyrhills, FL 33540

Riverview
11946 Boyette Rd
Riverview, FL 33579

Carrollwood
7550 N Dale Mabry Hwy, Ste B
Tampa, FL 33614

FLORIDA PAIN MEDICINE NO PRESCRIBE NINGÚN ANALGÉSICO EN LA PRIMERA CONSULTA

Le pedimos que llegue 30 minutos antes con la documentación completa o 1 (UNA) hora antes de la hora de su cita si completará la documentación en el consultorio. Esto nos permite revisar su documentación y preparar su expediente para el doctor. Hemos asignado una parte sustancial de nuestro programa para completar su historial y examen médico, y brindarle una consulta adecuada. A los pacientes que no acuden a sus citas se les puede cobrar una tarifa administrativa que debe pagarse antes de una reprogramación. **Llame a la oficina al 813-388-2948, extensión 10000, al menos con 24 horas de anticipación si necesita reprogramar.**

Complete el paquete de información para paciente adjunto, lo mejor que pueda. Hemos proporcionado una lista de verificación para asegurarnos de que tenga toda la información necesaria para su primera consulta, aunque es posible que ya tengamos algunos de los elementos. Si nuestro médico no tiene información suficiente para realizar una consulta adecuada sobre el dolor, es posible que nos veamos obligados a reprogramar su visita. Ayúdenos proporcionando lo siguiente:

1. Paquete para paciente nuevo, incluyendo:
 - a. Formulario de registro y cuestionario de historial médico (solo información resaltada)
 - b. Leer y firmar el formulario de consentimiento para el tratamiento, política financiera, certificación, cuestionario de privacidad del paciente, consentimiento para opioides (con iniciales) y el aviso especial de University of South Florida y Florida Pain Medicine
2. _____ Registros médicos relevantes del médico que refiere y/o médico de atención primaria
3. _____ Registros médicos relevantes de otros médicos, hospitales o algólogos anteriores
4. _____ Resultados relevantes de rayos X relevantes, RMN, TAC, conducción nerviosa por EMG y cualquier otro estudio de dolor
5. _____ Licencia de conducir u otra identificación con fotografía y Tarjeta de Seguro
6. _____ Traiga una lista de medicamentos del formulario que se puede encontrar en el sitio web de su compañía de seguros o en el manual de su compañía de seguros.

No olvide su documentación, radiografías, reportes y frascos de pastillas para su primera cita. Las copias de los formularios del paquete para pacientes nuevos también están disponibles en nuestro sitio web en www.FloridaPainMedicine.com con más información sobre nuestra práctica, los médicos y los problemas comunes de dolor en caso de que necesite hacer referencia a esa información. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con el proceso de admisión de nuevos pacientes, no dude en contactarnos en cualquier momento. Esperamos conocerlo y atender sus necesidades de tratamiento del dolor, y queremos agradecerle por permitirle a Florida Pain Medicine la oportunidad de atenderlo.

CUESTIONARIO DE HISTORIAL DE DOLOR

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y formarán parte de su historial médico.

Nombre del Paciente: <i>Apellido</i> _____			<i>Primer nombre</i> _____			<i>Segundo Nombre</i> _____			
Fecha actual: _____			Motivo de consulta: _____						
Doctor/oficina de referencia: _____			Algólogo anterior: _____			Sexo del Paciente: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		FDN: _____	

Email del Paciente: _____

Farmacia del Paciente: _____

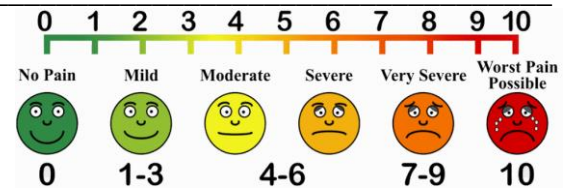
¿ES UN CASO DE AUTOLESIÓN? Sí No

¿EXISTE UN CASO LEGAL / LITIGIO? Sí No

¿ES UN CASO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES? Sí No

¿Zona con el peor dolor? _____

¿Otras zonas con dolor? _____



¿Puntaje de dolor PEOR/MÁS ALTO? _____

¿Cuándo comenzó el dolor? _____

El dolor es el resultado de un (¿Cómo empezó su dolor?): - accidente -enfermedad -lesión -otro/desconoce

Por favor, describa: _____

Encierre en un círculo la(s) palabra(s) que MEJOR describan su dolor:

-molestia -quemante -constante -profundo -sordo -eléctrico -intermitente -comezón -persistente -entumecimiento -pinchazo
-presión -irradiado -agudo -adolorido -espasmos -penetrante -firme -punzante -tenso -hormigueo -palpitante
Otro _____

Encierre en un círculo la(s) palabra(s) que MEJORAN su dolor:

-calor -hielo -inactividad -inyecciones -acostarme -movimiento -AINES -analgésicos -terapia física -descanso
-sentarme -pararme -estirarme Otro _____

Encierre en un círculo la(s) palabra(s) que EMPEORAN su dolor:

-actividad -agacharme -inactividad -acostarme -levantar -ver hacia arriba o abajo -movimiento -estar sentado por periodos largos -estar parado por periodos largos -estrés -girar -uso -caminar por periodos largos -cambios de clima Otro _____

¿Ha tenido pruebas de diagnóstico o de imagen?

-Rayos X ¿Dónde/Cuándo? _____ -RMN ¿Dónde/Cuándo? _____

-TAC ¿Dónde/Cuándo? _____ -EMG/ECN ¿Dónde/Cuándo? _____

Tratamientos previos: - acupuntura - quiropráctico -inyecciones -terapia física - cirugía

¿Qué inyecciones recibió? _____

Si es así, ¿cuánto alivio proporcionaron? _____

¿Ha visto a un cirujano o se ha sometido a una cirugía para aliviar su dolor? -SÍ -NO

Si es así, ¿qué cirugía y por quién? _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FDN: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE (HISTORIA CLÍNICA)

Condiciones que ha tenido en el pasado (marque todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/> SIDA/VIH +	<input type="checkbox"/> Bulimia	<input type="checkbox"/> Bocio	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Infarto Cerebral
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Gonorrea	<input type="checkbox"/> Migraña/Cefalea	<input type="checkbox"/> Intento de Suicidio
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Problema tiroideo
<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Dependencia química	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/> TB
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/> Poliomiелitis	ENLISTE OTROS
<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/> Emfisema	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Problema prostático	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bulto en mama	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina	<input type="checkbox"/>

Cirugías Previas

Año	Motivo	Hospital

Otras Hospitalizaciones Previas

Año	Motivo	Hospital

¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre? Sí No

¿Sabe su tipo de sangre? Sí No Tipo: _____

Enumere sus medicamentos recetados y de venta libre, como vitaminas e inhaladores.

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia de toma	Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia de toma
1			9		
2			10		
3			11		
4			12		
5			13		
6			14		
7			15		
8			16		

Alergias a medicamentos

Nombre del Medicamento	Reacción que tuvo	Nombre del Medicamento	Reacción que tuvo
1		3	
2		4	

HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL (ANTECEDENTES SOCIALES)

TODAS LAS PREGUNTAS EN ESTE CUESTIONARIO SON OPCIONALES Y SE MANTENERÁN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES.

Ejercicio	<input type="checkbox"/> Sedentario (Sin ejercicio) <input type="checkbox"/> Ejercicio leve (p.e., subir escaleras, caminar 3 cuerdas, golf)			
	<input type="checkbox"/> Ejercicio vigoroso ocasional (p.e., trabajo o recreación, menos de 4x/semana por 30 min.)			
	<input type="checkbox"/> Ejercicio vigoroso regular (p.e., trabajo o recreación 4x/semana por 30 min)			
Dieta	¿Realiza alguna dieta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	Si es así, ¿está siguiendo una dieta médica recetada por un médico??	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	¿Número de comidas que consume en un día normal?			

Cafeína	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Café	<input type="checkbox"/> Té	<input type="checkbox"/> Refrescos de cola
	¿Número de tazas/latas por día?			
Alcohol	¿Bebe alcohol? Sí No En caso afirmativo, ¿Qué tipo? _____			
	¿Cuántas bebidas por semana?			
Tabaco	¿Utiliza tabaco?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Cigarrillos – paquetes/día	<input type="checkbox"/> Masticado - #/día	<input type="checkbox"/> Pipa - #/día	<input type="checkbox"/> Puro - #/día
	<input type="checkbox"/> Número de años	<input type="checkbox"/> O año en que lo suspendió		

Drogas	¿Utiliza actualmente drogas recreativas o ilegales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez se ha administrado drogas ilícitas con una aguja?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Seguridad personal	¿Vive solo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene caídas frecuentes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene problemas de visión o audición?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	El abuso físico y/o mental se ha convertido en un problema de salud pública importante en este país. Con frecuencia toma la forma de comportamiento amenazador verbal o abuso físico o sexual. ¿Le gustaría discutir este tema con su médico o su personal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

ANTECEDENTES FAMILIARES

Relación	EDAD	EDAD DE MUERTE	PROBLEMAS DE SALUD IMPORTANTES
Padre			
Madre			
Hermanos			
Hermanas			

SALUD MENTAL

¿Tiene antecedentes de abuso de sustancias o adicción? (Alcohol, marihuana, drogas ilícitas)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Siente que es adicto a los analgésicos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez vendió o abusó (uso intravenoso, triturado, etc.) de sus medicamentos para el dolor?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se siente deprimido?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha pensado alguna vez en hacerse daño a sí mismo? ¿Algún intento de suicidio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Enumere cualquier otro problema importante de salud física o mental que tenga:

Firma del Paciente _____

Firma del médico/extensor _____

Fecha _____

Revisión por sistemas (marque todo lo que aplique para usted)

<p>CONSTITUCIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cambio de apetito <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Sudoración nocturna <input type="checkbox"/> Alteraciones del Sueño <input type="checkbox"/> Aumento de peso <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <p>ALERGIA/INMUNE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ampollas en la piel <input type="checkbox"/> Congestión <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Ronchas <input type="checkbox"/> Comezón <input type="checkbox"/> Erupción cutánea <input type="checkbox"/> Estornudos <input type="checkbox"/> Ojos llorosos <input type="checkbox"/> Sibilancias <p>OFTALMOLÓGICO (OJOS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Agudeza visual disminuida <input type="checkbox"/> Secreción <input type="checkbox"/> Ojos secos <input type="checkbox"/> Destellos de luz en la vista <input type="checkbox"/> Miodesopsias <input type="checkbox"/> Comezón y enrojecimiento <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Ojo Rojo <input type="checkbox"/> Tamizaje de agudeza visual <p>ORL/BOCA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oídos tapados <input type="checkbox"/> Audición disminuida <input type="checkbox"/> Sentido de olfato disminuido <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Boca seca <input type="checkbox"/> Dolor de oído <input type="checkbox"/> Tamizaje de agudeza auditiva <input type="checkbox"/> Sangrado por la nariz <input type="checkbox"/> Zumbido de oídos <input type="checkbox"/> Dolor sinusal <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas <p>ENDÓCRINO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Sudoración excesiva <input type="checkbox"/> Sed excesiva <input type="checkbox"/> Micciones frecuentes <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor <input type="checkbox"/> Menstruación irregular <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <p>RESPIRATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Opresión de pecho <input type="checkbox"/> Patrón respiratorio <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Hemoptisis <input type="checkbox"/> Dolor al inspirar <input type="checkbox"/> Falta de aire en reposo <input type="checkbox"/> Falta de aire durante el ejercicio <input type="checkbox"/> Producción de esputo <input type="checkbox"/> Sibilancias 	<p>MAMAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Secreción sanguinolenta <input type="checkbox"/> Bulto en la mama <input type="checkbox"/> Dolor en la mama <input type="checkbox"/> Hinchazón en mamas <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Hinchazón de glándulas <input type="checkbox"/> Secreción por el pezón <input type="checkbox"/> Enrojecimiento de piel <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <p>CARDIOVASCULAR</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho en reposo <input type="checkbox"/> Dolor de pecho con ejercicio <input type="checkbox"/> Claudicación <input type="checkbox"/> Cianosis <input type="checkbox"/> Dificultad para estar acostado <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Disnea con ejercicio <input type="checkbox"/> Retención de líquidos en piernas <input type="checkbox"/> Latidos irregulares <input type="checkbox"/> Ortopnea <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Falta de aire <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Ganancia de peso <p>GASTROINTESTINAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Sangre en heces <input type="checkbox"/> Cambio en hábitos intestinales <input type="checkbox"/> Constipación <input type="checkbox"/> Apetito disminuido <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Exposición a hepatitis <input type="checkbox"/> Reflujo <input type="checkbox"/> Hematemesis <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Sangrado rectal <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <p>HEMATOLOGÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bulto en mama <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Hematomas frecuentes <input type="checkbox"/> Bulto en ingle <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado <input type="checkbox"/> Transfusión reciente <input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <p>Solo Mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bulto en mama <input type="checkbox"/> Dolor en mama <input type="checkbox"/> Secreción de la mama <input type="checkbox"/> Sangrado abundante durante la menstruación <input type="checkbox"/> Bochornos <input type="checkbox"/> Menstruación irregular <input type="checkbox"/> Retraso menstrual <input type="checkbox"/> Dolor durante acto sexual <input type="checkbox"/> Menstruación dolorosa <input type="checkbox"/> Sangrado vaginal entre periodos menstruales <input type="checkbox"/> Secreción/comezón vaginal 	<p>GENITOURINARIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor/hinchazón abdominal <input type="checkbox"/> Sangre en orina <input type="checkbox"/> Dificultad para orinar <input type="checkbox"/> Micciones frecuentes <input type="checkbox"/> Dolor en espalda baja <input type="checkbox"/> Dolor al orinar <input type="checkbox"/> Incontinencia vesical <p>MUSCULOESQUELETICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Túnel del carpo <input type="checkbox"/> Rigidez de articulaciones <input type="checkbox"/> Calambres en piernas <input type="checkbox"/> Dolores musculares <input type="checkbox"/> Dolor en hombros <input type="checkbox"/> Dolor en articulaciones <input type="checkbox"/> Ciática <input type="checkbox"/> Hinchazón de articulaciones <input type="checkbox"/> Tramatismo al brazo(s) <input type="checkbox"/> Tramatismo a la cadera(s) <input type="checkbox"/> Tramatismo a la rodilla(s) <input type="checkbox"/> Tramatismo al tobillo(s) <input type="checkbox"/> Debilidad <p>VASCULAR PERIFÉRICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pulso ausente en mano <input type="checkbox"/> Pulso ausente en pie <input type="checkbox"/> Palidez de la piel <input type="checkbox"/> Extremidades frías <input type="checkbox"/> Sensibilidad disminuida en extremidades <input type="checkbox"/> Dolor/calambre en piernas después del ejercicio <input type="checkbox"/> Extremidades dolorosas <input type="checkbox"/> Úlcera en pie <p>PODIATRÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor de Aquiles <input type="checkbox"/> Hinchazón de Aquiles <input type="checkbox"/> Dolor en tobillo <input type="checkbox"/> Hinchazón de tobillo <input type="checkbox"/> Dolor en talón <input type="checkbox"/> Dolor en dedo gordo <input type="checkbox"/> Hinchazón de dedo gordo <input type="checkbox"/> Quemazón <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Entumecimiento de pies <input type="checkbox"/> Dolor de pie <input type="checkbox"/> Luzación de articulación <input type="checkbox"/> Enrojecimiento en Aquiles <input type="checkbox"/> Dolor de plantas <input type="checkbox"/> Herida con secreción <p>PIEL</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acné <input type="checkbox"/> Ampollas en piel <input type="checkbox"/> Cambios de coloración <input type="checkbox"/> Piel seca <input type="checkbox"/> Eccema <input type="checkbox"/> Ronchas <input type="checkbox"/> Comezón <input type="checkbox"/> Formación de queloides <input type="checkbox"/> Lunar(es) <input type="checkbox"/> Nódulo(s) <input type="checkbox"/> Fotosensibilidad <input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Erupción en pies <input type="checkbox"/> Lesiones escamosas de piel/cuero cabelludo <input type="checkbox"/> Cáncer de piel <input type="checkbox"/> Secreción en piel <input type="checkbox"/> Sensibilidad al sol 	<p>NEUROLÓGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio <input type="checkbox"/> Coordinación <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Anormalidades de la marcha <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Pérdida de fuerza <input type="checkbox"/> Pérdida de uso de extremidad <input type="checkbox"/> Dolor lumbar bajo <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Tics <input type="checkbox"/> Hormigueo/Entumecimiento <input type="checkbox"/> Pérdida transitoria de la visión <input type="checkbox"/> Temblor <p>PSIQUIÁTRICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Alucinaciones visuales/auditivas <input type="checkbox"/> Delirio <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir <input type="checkbox"/> Trastorno de alimentación <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito <input type="checkbox"/> Abuso mental o físico <input type="checkbox"/> Estresantes <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Pensamiento suicida <p>EDUCACIÓN EN SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Detección de hipertensión <input type="checkbox"/> Detección de diabetes <input type="checkbox"/> Planificación familiar/enseñanza de sexo seguro <input type="checkbox"/> Educación de peso saludable <input type="checkbox"/> Vacunación de hepatitis <input type="checkbox"/> Vacunación de influenza <input type="checkbox"/> Detección de problemas de lípidos <input type="checkbox"/> Vacunación de neumococo <input type="checkbox"/> Dejar de fumar <p>PREVENCIÓN DEL CÁNCER</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Autoexploración de mamas <input type="checkbox"/> Colonoscopia <input type="checkbox"/> Mastografía <input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou <input type="checkbox"/> Prueba de APE/PSA <input type="checkbox"/> Examen de la piel <input type="checkbox"/> Dejar de fumar <input type="checkbox"/> Protección solar
---	--	--	--

Nombre del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Por favor responda cada pregunta lo más honestamente posible colocando el número correspondiente en el cuadro de la derecha (es decir, si “Rara vez” escriba “1”, si “A veces” escriba “2”, etc.). No hay respuestas correctas o incorrectas.

PUNTOS			COLOR			Iniciales del Revisor			SOAPP®-R	Nunca	Rara vez	A veces	Seguido	Muy seguido
										0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia tiene cambios de humor?														
2. ¿Con qué frecuencia ha sentido la necesidad de tomar dosis más altas de medicamentos para tratar su dolor?														
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido impaciente con sus médicos?														
4. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas son demasiado abrumadoras y no puede manejarlas?														
5. ¿Con qué frecuencia hay tensión en su hogar?														
6. ¿Con qué frecuencia ha contado los analgésicos para ver cuántos quedan?														
7. ¿Con qué frecuencia le ha preocupado que la gente lo juzgue por tomar analgésicos?														
8. ¿Con qué frecuencia se siente aburrido?														
9. ¿Con qué frecuencia ha tomado más analgésicos de los debía tomar?														
10. ¿Con qué frecuencia se ha preocupado por quedarse solo?														
11. ¿Con qué frecuencia ha sentido ansias de tomar medicamentos?														
12. ¿Con qué frecuencia le han expresado preocupación por su uso de medicamentos?														
13. ¿Con qué frecuencia alguno de sus amigos cercanos ha tenido problemas con el alcohol o las drogas?														
14. ¿Con qué frecuencia otros le han dicho que tenía mal genio?														
15. ¿Con qué frecuencia se ha sentido consumido por la necesidad de tomar analgésicos?														
16. ¿Con qué frecuencia se ha quedado sin analgésicos al principio?														
17. ¿Con qué frecuencia otros le han impedido obtener lo que se merece?														
18. ¿Con qué frecuencia ha tenido problemas legales o ha sido arrestado?														
19. ¿Con qué frecuencia ha asistido a una reunión de AA o NA?														
20. ¿Con qué frecuencia ha estado en una discusión que se salió de fuera de control y alguien resultó herido?														
21. ¿Con qué frecuencia ha sufrido abusos sexuales?														
22. ¿Con qué frecuencia le han dicho que tiene un problema de drogas o alcohol?														
23. ¿Con qué frecuencia ha tenido que pedir prestados analgésicos a su familia o amigos?														
24. ¿Con qué frecuencia ha recibido tratamiento por un problema con el alcohol o las drogas?														
Algún familiar ha tenido problemas con: (Circule S/N en cada opción)														
Alcohol: S/N Adicciones: S/N Enfermedad mental: S/N														
Verde = menos de 9					Amarillo = 10-21					Rojo = 22 o más				

Incluya cualquier información adicional que desee sobre las respuestas anteriores. Gracias.

ALTO: Entregue las primeras 6 páginas del paquete a la recepción si está realizando el papeleo en la oficina.

FORMATO DE REGISTRO

Llene de forma legible todas las secciones a continuación

Fecha actual:		<input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> Casa		
INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellidos del paciente:		Primer nombre:		Segundo:
				Soltero / Cas / Div / Sep / Viu
Fecha de Nacimiento:	Edad	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social	Número de licencia para conducir
Domicilio:			Ciudad, Estado, Código Postal	
Teléfono (día)			Teléfono (noche, celular)	
Raza:	Etnia:	Idioma principal:		

Médico de Atención Primaria (PCP): _____ **Teléfono:** _____
Médico que Refiere: _____ **Teléfono:** _____
Fuente de Referencia : _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____
 Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO PRINCIPAL

Nombre del Titular de la Póliza: _____
 Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____
 Relación con el Paciente: _____
 NSS: _____

 Nombre de la Aseguradora: _____
 ID del Suscriptor: _____
 Número de Grupo: _____
 Número de Grupo: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO

Nombre del Titular de la Póliza: _____
 Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____
 Relación con el Paciente: _____
 NSS: _____

 Nombre de la Aseguradora: _____
 ID del Suscriptor: _____
 Número de Grupo: _____
 Número de Grupo: _____

CUESTIONARIO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

I. Enliste los miembros de la familia u otras personas a quienes podamos informar sobre su condición médica general y su diagnóstico (incluyendo tratamiento, pago y operaciones de atención médica):

Nombre: _____ Nombre: _____
 Domicilio: _____ Domicilio: _____
 Teléfono: _____ Teléfono: _____
 Relación: _____ Relación: _____

II. Enumere los miembros de la familia u otras personas importante, si las hay, a quienes podemos informar sobre su problema médico **SOLO EN CASO DE EMERGENCIA**

- Nombre: _____ # de Teléfono: _____
- Nombre: _____ # de Teléfono: _____

III. Indique que entiende que toda la correspondencia de nuestra oficina se enviará en un sobre sellado marcado como "CONFIDENCIAL".: Marque aquí para indicar que leyó lo anterior.

IV. ¿Se pueden dejar mensajes confidenciales (es decir, recordatorios de citas) en su contestador automático o correo de voz? Sí No

V. Escriba en letra de imprenta el número de teléfono donde desea recibir llamadas sobre sus citas _____
 Soy plenamente consciente de que un teléfono celular no es una línea segura y privada.

NOMBRE DEL PACIENTE (LEGIBLE)

FECHA DE NACIMIENTO

REPRESENTANTE LEGAL

RELACIÓN CON EL PACIENTE

FIRMA DE PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

_____, 20____
FECHA ACTUAL



CERTIFICADO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FDN:** _____

Certifico que he respondido todas las preguntas con sinceridad y que no he ocultado ninguna información sobre problemas, ya sean pasados o presentes.

Entiendo que los médicos y el personal de FLORIDA PAIN MEDICINE solo evaluarán mi enfermedad en lo referente a mi dolor. Cualquier condición que no esté específicamente relacionada con el dolor debe ser seguida y evaluada por mi médico de atención primaria.

Entiendo que los procedimientos y medicamentos que pueden ser recetados por FLORIDA PAIN MEDICINE pueden tener efectos adversos potenciales en la fertilidad, así como en el feto en desarrollo. Notificaré a mi médico algólogo si hay algún cambio en mi estado de fertilidad o de embarazo.

Entiendo que los procedimientos y medicamentos que pueden ser recetados por FLORIDA PAIN MEDICINE pueden afectar potencialmente mi capacidad para conducir y operar maquinaria. Me comprometo a no conducir bajo el efecto de los medicamentos.

Entiendo que a veces puede ser difícil obtener una consulta rápida con los médicos o el personal de FLORIDA PAIN MEDICINE. Si alguna vez hay un deterioro importante en mi función o la progresión de los síntomas, buscaré atención médica inmediata en otro lugar.

Nombre legible del paciente: _____ FDN: _____

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

Firma de testigo: _____ Fecha: _____

Médico revisor: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Nombre completo del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo, el suscrito, doy mi consentimiento de manera voluntaria para que mi profesional médico de Florida Pain Medicine proporcione y realice dichos tratamientos y/o servicios médicos/diagnósticos/quirúrgicos menores se consideren recomendables y necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de mi(s) condición(es)) o para mantener mi salud. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías de resultado del tratamiento o examen en el consultorio.

 Firma del Paciente/Representante Legal Fecha

**RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO POR ESCRITO**

Yo, he recibido/revisado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Florida Pain Medicine y la Declaración de Derechos del Paciente de Florida.

 Firma del Paciente/Representante Legal Fecha

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO

Intenté obtener la firma del paciente como reconocimiento en este Aviso de Reconocimiento de Prácticas de Privacidad, pero no pude hacerlo por el motivo que se documenta a continuación:

Fecha	Iniciales	Motivo

AUTORIZACIÓN Y CESIÓN

Por la presente autorizo a la sucursal de Florida Pain Medicine a divulgar cualquier información médica necesaria para procesar todas y cada una de las reclamaciones de reembolso en mi nombre. Autorizo que el pago se realice directamente a Florida Pain Medicine (o médicos designados o afiliados) por los servicios prestados. También autorizo el pago de beneficios gubernamentales al médico (entidad) y cualquier pago relacionado con aseguradoras medigap relacionadas. Solicito que el pago del seguro secundario autorizado se realice a mí o en mi nombre a la entidad mencionada anteriormente. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que no están cubiertos por mi seguro. En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los costos de cobranza y los honorarios razonables de los abogados. Certifico que la información que he proporcionado con respecto a la cobertura de mi seguro es correcta. Además, acepto que una fotocopia de este acuerdo se considerará tan efectiva y válida como el original.

 Firma del Paciente/Representante Legal Fecha



POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra Política Financiera que requerimos que lea y firme antes de cualquier tratamiento.

Todos los pacientes deben completar nuestro "Formulario de información para el paciente" antes de ver al médico.

EL PAGO REQUERIDO SE DEBE AL MOMENTO DEL SERVICIO. Aceptamos efectivo o tarjetas de crédito/débito.

REFERENTE AL SEGURO MÉDICO

Aceptamos asignaciones de Medicare y otros seguros médicos importantes; sin embargo, requerimos un copago del 20% de los miembros de Medicare o el copago de cualquier seguro. No podemos facturar a su seguro a menos que proporcione toda la información de su seguro y un formulario de reclamación original. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, y nosotros no formamos parte del contrato. En el caso de que aceptemos la asignación de beneficios, necesitamos que tenga una aprobación previa para nuestro Plan de Pago Extendido con la autorización para facturar el saldo a esa cuenta. Si su seguro no ha pagado su cuenta por completo dentro de 45 días, el saldo de su cuenta se le facturará a usted en automático. Tenga en cuenta que algunos y quizás todos los servicios proporcionados pueden ser servicios "no cubiertos" y no se consideran razonables ni necesarios según el Programa Medicare y/u otro seguro médico. Nuestra práctica se compromete a brindar el mejor tratamiento posible a nuestros pacientes, y cobramos lo que es común y habitual en nuestra zona.

CITAS PERDIDAS

A menos que cancele con al menos 24 horas de anticipación, nuestra política es cobrar por las citas perdidas a razón de \$50.00. Ayúdenos a brindarle un mejor servicio cumpliendo con sus citas programadas.

Gracias por comprender nuestra Política financiera. En el caso de que la cuenta sea remitida a una agencia o abogado de cobranza, usted acepta pagar todos los costos involucrados de cualquier esfuerzo de cobranza. Háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído la Política financiera (arriba). Entiendo y acepto esta Política Financiera.

Nombre legible del paciente o parte responsable

Fecha de Nacimiento

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

INCUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES DEL MÉDICO

Las "Indicaciones del médico" están destinadas a mejorar y/o resolver la condición médica y/o los síntomas del paciente. Se espera que el paciente siga las indicaciones otorgadas. En el caso de que el paciente no siga las indicaciones otorgadas, el paciente puede ser dado de alta del centro y/o consultorio del médico tratante por cualquier reclamo por lesión o enfermedad que resulte del incumplimiento de las indicaciones por parte del paciente. No seguir las indicaciones otorgadas puede incluir, entre otros, perder, posponer o rechazar estudios adicionales para descartar, confirmar o diagnosticar una enfermedad. Además, el hecho de faltar, posponer o negarse a acudir a las citas programadas puede considerarse incumplimiento de las indicaciones del médico. He leído, entiendo y estoy de acuerdo con lo anterior.

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

EL RESTO DE ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO DE MANERA INTENCIONAL

**AUTORIDAD DE TRATAMIENTO Y GARANTÍA DE PAGO POR SERVICIOS
MÉDICOS**

Re: *Nombre del Paciente:*
 Fecha del Siniestro:

- 1.) Florida Pain Medicine (en lo sucesivo, "FPM"), ha acordado brindar atención y servicios médicos al Paciente que firma a continuación (en lo sucesivo, "Paciente").
- 2.) Debido a que el Paciente está siendo atendido en FPM por lesiones posiblemente sufridas como resultado de una responsabilidad civil/evento traumático, este documento se vuelve necesario para asegurar el pago futuro de los cargos médicos.
- 3.) Debido a la incapacidad del Paciente para pagar los cargos en el momento en que se prestan los servicios, el Paciente ha solicitado un acuerdo de pago alternativo con FPM.
- 4.) Como una posible fuente de pago, el Paciente autoriza a FPM a solicitar el pago por la atención médica y los servicios prestados, a partir de los ingresos del acuerdo del Paciente o del veredicto del jurado que resulte de cualquier demanda de responsabilidad civil/demanda presentada por el Paciente.
- 5.) En consideración a esta Autoridad de Tratamiento y Garantía de Pago por Servicios Médicos, FPM acuerda diferir los intentos de cobrar el pago por la atención médica y los servicios prestados, hasta la conclusión del demanda de responsabilidad civil/demanda resultante de este evento traumático.
- 6.) El Paciente acepta de manera expresa que, independientemente del resultado de cualquier reclamo/reclamo de responsabilidad, secundario al evento traumático, el paciente que firma a continuación sigue siendo responsable personalmente de cualquier saldo impago al final de su demanda de responsabilidad civil/demanda.
- 7.) El paciente autoriza y ordena específicamente a su asesor legal que satisfaga de manera satisfactoria todos y cada uno de los cargos pendientes por atención y servicios médicos con FPM, de los ingresos que queden de su demanda de responsabilidad civil/demanda, después de la reducción de los honorarios y costos del abogado.
- 8.) Antes de firmar este documento, se me ha brindado la oportunidad de revisarlo a fondo y he hecho todas y cada una de las preguntas a los miembros del personal de FPM a mi satisfacción.

Firma del Representante de FPM

Fecha

Firma del Paciente

Fecha

Nombre legible del Paciente



**Página de reconocimiento de información sobre
alternativas no opioides para el tratamiento del dolor**

He recibido el folleto creado por el Departamento de Salud de Florida y mi médico ha revisado conmigo las ventajas y desventajas del uso de alternativas no opioides para el tratamiento del dolor.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____ **Hora:** _____

Testigo: _____

Nombre del Paciente: _____



Una División de Manejo Avanzado del Dolor

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL MÉDICO/PACIENTE Y ACUERDO PARA EL TRATAMIENTO CON OPIOIDES/NARCÓTICOS A LARGO PLAZO PARA EL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FDN:** _____

Ha aceptado o puede recibir terapia con opioides/narcóticos para el tratamiento del dolor crónico. Usted comprende que estos medicamentos son muy útiles pero pueden tener un mal uso y, por lo tanto, están controlados de manera estrecha por los gobiernos locales, estatales y federales. El objetivo de este tratamiento es: (a) reducir su dolor; y (b) mejorar su nivel de funcionalidad en actividades de la vida diaria. Nuestro objetivo en Florida Pain Medicine es no iniciar ni continuar la terapia con opioides siempre que esto sea posible, pero a veces puede justificarse su uso para un manejo más efectivo del dolor.

Se le han explicado y ofrecido tratamientos y medicamentos alternativos. Ha elegido la terapia con opioides/narcóticos como un componente del tratamiento.

El uso de cigarrillos demuestra una dependencia de la nicotina. Esto complica el tratamiento con opioides. Si es fumador, ha aceptado ingresar a un programa para dejar de fumar.

Debe ser consciente de los posibles efectos secundarios y riesgos de estos medicamentos. Se explican a continuación. Si tiene alguna pregunta o inquietud durante su tratamiento, debe comunicarse con su médico.

EFFECTOS SECUNDARIOS

Los efectos secundarios son reacciones físicas normales a los medicamentos. Los efectos secundarios comunes de los opioides/narcóticos incluyen cambios de humor, somnolencia, mareos, estreñimiento, náuseas y confusión. Muchos de estos efectos secundarios se resuelven en días o semanas. El estreñimiento a menudo persiste y puede requerir tratamiento adicional. Si persisten otros efectos secundarios, se pueden probar opioides diferentes o se puede suspender el tratamiento con opioides. Usted **NO** debe:

- a. manejar un vehículo o maquinaria si el medicamento le ocasiona somnolencia;
- b. consumir **CUALQUIER** cantidad/tipo de alcohol mientras toma opioides/narcóticos; o
- c. tomar cualquier otro medicamento sedante no recetado mientras toma opioides/narcóticos.

Los efectos del alcohol y los sedantes son aditivos a los de los opioides/narcóticos. Si toma estas sustancias en combinación con opioides/narcóticos, podría producirse una situación peligrosa, como coma, daño orgánico o incluso la muerte.

Conducir mientras toma opioides para el tratamiento dolor crónico se considera médicamente aceptable siempre que no tenga efectos secundarios como sedación o alteración del estado mental. Estos efectos secundarios generalmente no suceden cuando se toman opioides/narcóticos de manera crónica. Sin embargo, es **posible** que se le considere como DUI si la policía lo detiene mientras conduce.

También se sabe que los opioides causan disminución de la función sexual y la libido. Esto se debe a sus efectos sobre la supresión de ciertas hormonas como la testosterona y la DHEA que pueden causar estos efectos secundarios. Sus niveles hormonales pueden ser monitorizados durante su tratamiento.

INICIALES DEL PACIENTE: ___

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FDN:** _____

El estreñimiento es un efecto secundario bien conocido del tratamiento con opioides y por lo general se puede tratar con ablandadores de heces o laxantes suaves. El estreñimiento es un efecto secundario que generalmente no desaparece y requiere tratamiento.

RIESGOS

Dependencia

La dependencia física es un efecto secundario esperado del uso de opioides/narcóticos a largo plazo. Esto significa que si toma opioides/narcóticos de forma continua y los detiene de manera abrupta, presentará síndrome de abstinencia. Este síndrome puede ocasionar sudoración, diarrea, irritabilidad, insomnio, secreción nasal, lagrimeo, dolor muscular y óseo, piel de gallina y pupilas dilatadas. La abstinencia puede poner en peligro la vida. Para prevenir estos síntomas, los opioides/narcóticos deben tomarse con regularidad o, si se suspenden, reducirlos de manera gradual supervisado por su médico.

Tolerancia

Es posible generar tolerancia al efecto analgésico de los opioides/narcóticos con el uso continuo. Esto significa que se requiere más medicamento para lograr el mismo nivel de control del dolor que cuando se inició el tratamiento. Esto puede ocurrir aunque no haya habido cambios en su enfermedad dolorosa subyacente. Cuando se produce tolerancia, a veces es necesario reducir gradualmente o suspender el opioide/narcótico. En ocasiones la tolerancia puede tratarse sustituyendo por un opioide/narcótico diferente. Cuando se inician, las dosis de los medicamentos deben ajustarse para lograr un efecto terapéutico y analgésico; los incrementos durante este período no se consideran tolerancia.

Incremento de dolor (Hiperalgnesia)

Se desconocen los efectos a largo plazo de los opioides/narcóticos en los propios sistemas de lucha contra el dolor del cuerpo. Alguna evidencia sugiere que los opioides/narcóticos pueden interferir con la modulación del dolor, resultando en una mayor sensibilidad al dolor. En ocasiones, las personas que han estado tomando opioides/narcóticos a largo plazo, pero que continúan teniendo dolor, en realidad notan una disminución del dolor después de varias semanas sin tomar los medicamentos.

Adicción

La adicción es una enfermedad neurobiológica primaria, crónica, con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en el desarrollo y las manifestaciones. Se caracteriza por comportamientos que incluyen uno o más de los siguientes:

- control deficiente sobre el uso de medicamentos;
- uso compulsivo;
- uso continuo a pesar del daño; y/o
- deseo del uso del medicamento

La mayoría de los pacientes con dolor crónico que usan opioides/narcóticos a largo plazo pueden tomar los medicamentos de manera programada según lo recetado, no buscan otros medicamentos cuando su dolor está controlado y experimentan una mejoría de su calidad de vida como resultado de la terapia con opioides. Por lo tanto, **NO** son adictos. **La dependencia física NO** es lo mismo que la adicción.

Riesgo para el feto

Los niños nacidos de mujeres que toman opioides/narcóticos de forma regular probablemente serán físicamente dependientes al nacer. Las mujeres en edad fértil deben tener un método anticonceptivo seguro y eficaz mientras están en tratamiento con opioides/narcóticos. Si se embaraza, comuníquese de inmediato con su médico y el medicamento se reducirá progresivamente y se suspenderá.

INICIALES DEL PACIENTE: ___

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FDN:** _____

Efectos secundarios a largo plazo

No se conocen por completo efecto a largo plazo de la terapia con opioides/narcóticos. La mayoría de los efectos a largo plazo se han mencionado anteriormente. Si tiene preguntas adicionales sobre los posibles efectos a largo plazo de la terapia con opioides/narcóticos, hable con su médico.

RECETAS Y USO DE MEDICAMENTOS OPIOIDES/NARCÓTICOS

Su médico le recetará su medicamento analgésico. De acuerdo a sus necesidades individuales, se le dará suficiente medicamento cada mes, o cada dos o tres meses. Las lesiones o problemas de dolor nuevos requerirán una reevaluación. Las recetas de opioides/narcóticos **no** se “llamarán” a la farmacia.

Acepta que debe ser visto por su médico al menos cada tres meses durante su tratamiento.

Acepta y comprende que el aumento de la dosis sin la supervisión estrecha de su médico podría provocar una sobredosis de drogas, provocando sedación grave, depresión respiratoria y/o la muerte.

Acepta y comprende que los medicamentos opioides/narcóticos están estrictamente recetados para usted, y su medicamento opioide/narcótico **NUNCA** debe administrarse a otras personas.

Acepta surtir sus recetas de opioides/narcóticos en una sola farmacia.

Acepta guardar sus medicamentos opioides/narcóticos en un lugar seguro y restringido para evitar la pérdida o el robo. Usted es responsable de cualquier pérdida o robo.

Acepta que las recetas o medicamentos perdidos, robados o destruidos **no** serán reemplazados y pueden resultar en la interrupción del tratamiento.

Acepta obtener medicamentos opioides/narcóticos de un médico prescriptor o del sustituto de ese médico si su médico prescriptor no está disponible y su médico prescriptor ha autorizado a su sustituto otorgar su tratamiento.

Acepta someterse a un examen y una evaluación iniciales, a un examen y una evaluación de rutina de forma mensual o regular (pero no menos de una vez cada tres meses) y a un examen y una evaluación bajo la dirección de su médico.

Acepta someterse a análisis de sangre y/u orina para controlar los niveles del medicamento u otras drogas y cualquier efecto secundario en los órganos. También acepta que otros médicos y agentes del orden público puedan ser notificados de los resultados.

Acepta NO llamar al médico para resurtir o reemplazar su medicamentos durante las horas de la noche o los fines de semana/días feriados. Las solicitudes de resurtimiento y/o reemplazo de medicamentos se atenderán solo durante el horario comercial habitual.

Acepta y comprende que si pierde su medicamento o se le acaba antes debido al uso excesivo, puede experimentar y sufrir abstinencia de opioides/narcóticos. **Además, comprende y acepta que es el único responsable de sus propios medicamentos.**

Acepta traer todos los medicamentos recetados en sus frascos o envases a la oficina durante las visitas programadas de manera regular.

Acepta proporcionar una lista de su farmacia detallando todos los medicamentos recibidos de esa farmacia y proporcionar listas actualizadas según lo solicite su médico.

Para pacientes que toman metadona: la metadona tiene interacciones importantes con muchos otros medicamentos. Algunos de estos medicamentos pueden reducir la capacidad de su cuerpo para

INICIALES DEL PACIENTE: ___

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FDN:** _____

metabolizar la metadona, por lo tanto **INCREMENTANDO** la metadona en su cuerpo, lo cual puede ser peligroso. Por lo tanto, **DEME** notificar a este consultorio de **TODOS** los medicamentos recetados por **CUALQUIER** enfermedad mientras esté tomando metadona.

LA TERAPIA CON OPIOIDES / NARCÓTICOS PUEDE SUSPENDERSE SI USTED:

- desarrolla una tolerancia progresiva que no se puede controlar cambiando los medicamentos;
- experimenta efectos secundarios inaceptables que no se pueden controlar;
- experimenta una función disminuida o un control deficiente del dolor;
- desarrolla signos de adicción;
- abusa de cualquier otra sustancia controlada (esto puede determinarse mediante análisis de sangre/orina al azar);
- obtiene o usa drogas ilegales (esto puede determinarse mediante análisis de sangre/orina al azar);
- aumentar su medicamento sin el consentimiento de su médico;
- se niega a dejar de fumar o vuelve a empezar a fumar;
- obtiene opiáceos/narcóticos de otros médicos o fuentes;
- surtir recetas en otras farmacias sin explicación;
- vende, regala o pierde medicamentos;
- no se somete a exámenes y evaluaciones de rutina mensualmente o regularmente (pero no menos de una vez cada tres meses), o según las indicaciones de su médico;
- no trae sus medicamentos recetados a sus visitas programadas regularmente;
- no se somete a las pruebas de sangre/orina como se indica;
- llame para resurtir su medicamento durante las noches, fines de semana o días feriados; o
- viola cualquiera de los términos de este acuerdo.

Al firmar a continuación, el Paciente reconoce y acepta que: (i) He leído y entiendo por completo el Consentimiento y Acuerdo Informado del Médico/Paciente para el Tratamiento con Opioides/Narcóticos a Largo Plazo para el Manejo del Dolor Crónico; (ii) se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento propuesto (incluido ningún tratamiento), los posibles riesgos, complicaciones, efectos secundarios y beneficios; (iii) acepto conscientemente y acepto asumir los riesgos del tratamiento propuesto tal como se presenta; y (iv) acepto cumplir con los términos de este acuerdo.

Firma del Paciente: _____ **Fecha** _____

Nombre legible: _____

Firma de Testigo: _____ **Fecha** _____

Nombre legible: _____

Firma del Médico: _____ **Fecha** _____

Nombre legible: _____

INICIALES DEL PACIENTE: ____



AUTORIZACIÓN QUE CUMPLE CON HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE DE CONFORMIDAD CON 45 CFR 164.508

PARA: _____
Nombre del Proveedor de Atención Médica/Médico/Centro/Contratista de Medicare

Domicilio

Ciudad, Estado y Código Postal

Teléfono: _____ Fax: _____

RE: Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Autorizo y solicito la divulgación de toda la información protegida con el propósito de revisión y evaluación en relación con un reclamo legal. Solicito expresamente que el custodio de registros designado de todas las entidades cubiertas bajo HIPAA identificadas anteriormente divulgue información médica protegida completa y completa, incluyendo lo siguiente:

- Todos los registros médicos, todas las páginas de mi registro, que incluyen, entre otros: notas de oficina, hojas frontales, historial y examen físico, notas de consulta, tratamiento hospitalario, ambulatorio y de urgencia, todas las historias clínicas, reportes, hojas de pedidos, notas de evolución, notas de enfermería, registros de trabajadores sociales, registros clínicos, planes de tratamiento, registros de ingreso, resúmenes de alta, solicitudes e informes de consultas, documentos, correspondencia, resultados de estudios, declaraciones, cuestionarios/historiales, fotografías, video, mensajes telefónicos, y registros recibidos por otros proveedores médicos.
- Todas las solicitudes, consultas y notas de evolución de terapia físicas, ocupacional y rehabilitación
- Todos los registros de discapacidad, Medicaid o Medicare, incluidos los formularios de reclamo y el registro de denegación de beneficios.
- Todos los registros de empleo, personal o salarios.
- Todos los registros y muestras de autopsias, laboratorio, histología, citología, patología, inmunohistoquímica; registros y películas de radiología que incluyen TAC, RMN, ARM, EMG, gammagrafía ósea, mleograma; estudio de conducción nerviosa, ecocardiograma y resultados de cateterismo cardíaco, videos/CDs/películas/carretes y reportes.
- Todos los registros de farmacia/recetas, incluidos los números NDC y folletos /monografías de información sobre medicamentos.
- Todos los registros de facturación, incluidos los estados de cuenta, formularios de reclamación de seguros, facturas detalladas y registros de facturación a terceros pagadores y pago o denegación de beneficios para el período _____ al _____.

Entiendo que la información que se divulgará puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y abuso de alcohol y drogas. Autorizo la divulgación de este tipo de información.

Esta información médica protegida se divulga para los siguientes propósitos: _____

Esta autorización se otorga de conformidad con los requisitos de consentimiento federal para la divulgación de registros de abuso de alcohol o sustancias de 42 CFR 2.31, cuyas restricciones se han considerado específicamente y se han renunciado de manera expresa.

Está autorizado a divulgar los registros anteriores a los siguientes representantes de los demandados en el asunto mencionado anteriormente que hayan acordado pagar los cargos razonables que haya realizado para proporcionar copias de dichos registros:

Nombre del Representante

Capacidad representativa (por ejemplo, abogado, solicitante de registros, agente, etc.)

Domicilio

Ciudad, Estado y Código Postal

Teléfono: _____ Fax: _____

Comprendo lo siguiente: Ver CFR §164.508(c)(2)(i-iii)

- a. Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya divulgado información en base a esta autorización.
- b. La información divulgada en respuesta a esta autorización puede volver a divulgarse a otras partes.
- c. Mi tratamiento o pago por mi tratamiento no puede estar condicionado a la firma de esta autorización.

Cualquier facsímil, copia o fotocopia de la autorización le autorizará a divulgar los registros aquí solicitados. Esta autorización tendrá vigencia y efecto hasta dos años a partir de la fecha de ejecución, momento en el que expira esta autorización.

Firma del paciente o representante legalmente autorizado
(Ver 45CFR § 164.508(c)(1)(vi))

Fecha

Nombre y relación del representante legalmente autorizado con el paciente
(Ver 45CFR §164.508(c)(1)(iv))

Firma de Testigo

Fecha



AVISO ESPECIAL DE LA UNIVERSIDAD DE SOUTH FLORIDA Y DE FLORIDA PAIN MEDICINE

(Este aviso es obligatorio por ley. Si tiene alguna pregunta o inquietud, háganoslo saber antes de firmar).

Reconozco que la University of South Florida/ Consejo Directivo University of South Florida, un organismo público corporativo del Estado de Florida ("USF") y Florida Pain Medicine ("FPM") me ha entregado este aviso conspicuo por escrito por separado, que parte o la totalidad de la atención y el tratamiento que recibo serán o pueden ser proporcionados por médicos que son empleados y/o agentes de USF, y la responsabilidad, si la hubiera, que pueda surgir de esa atención está limitada según lo dispuesto por la ley. Por la presente certifico que soy el paciente o una persona autorizada para dar consentimiento por el paciente.

Testigo

Fecha

Firma del Paciente
o representante autorizado

Fecha

Nombre legible

Relación con el Paciente

