



# ADVANCE COMPREHENSIVE PAIN CARE

MUNISH LOOMBA, M.D.  
ADVANCE COMPREHENSIVE PAIN CARE

4244 Riverwalk Pkwy Suite 220  
Riverside, CA 92505  
Ph: 951-208-7714

advancecompaincare.riverside@gmail.com

10807 Laurel St., Suite 210  
Rancho Cucamonga, CA 91730  
Ph: 909-222-6903

advancecompaincare.rancho@gmail.com

23020 Atlantic Circle  
Moreno Valley, CA 92553  
Ph: 951-208-7700

advancecompaincare@gmail.com

## CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PARA EL TRATAMIENTO, EL PAGO O LAS OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre)

Advance Comprehensive Pain Care ha implementado todas las pautas HIPAA (Health Insurance Portability & Accountability) recomendadas por el gobierno federal. Para obtener más información, solicite ver nuestro aviso de prácticas de privacidad

Hemos implementado lo siguiente para proteger y salvaguardar su información de salud:

- Capacitación continua para todos nuestros empleados sobre políticas y procedimientos de privacidad.
- Salvaguardas establecidas para proteger todos los datos almacenados electrónicamente.

Advance Comprehensive Pain Care solo usará su información personal para

- Planeando su cuidado y tratamiento.
- Comunicarse con otros profesionales de la salud que pueden contribuir a su cuidado.
- Comunicarse con su proveedor de cuidado de seguro.

Solicitamos su permiso para tener un

- Hoja de registro en la recepción.
- Para llamar su nombre en el momento de su cita.

Obtendremos su permiso por escrito si utilizamos su información personal por cualquier otro motivo.

Tiene el derecho de:

- Revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que Advance Comprehensive Pain Care ya ha tomado medidas confiando en eso.
- Para inspeccionar y copiar su información médica.
- Obtener información sobre las divulgaciones que hemos realizado en su nombre.

Por favor indique cualquier otra restricción que le gustaría que coloquemos en la divulgación de su información de salud

\_\_\_\_\_ Aceptar      \_\_\_\_\_ Negado

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

Firma de Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

También autorizo a la(s) persona(s) indicada(s) a continuación a recibir información sobre mis citas o tratamientos mientras soy paciente de Advance Comprehensive Pain Care.

NOMBRE

RELACION

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_

Por favor escriba su nombre: \_\_\_\_\_

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

# Cuestionario de Salud del Paciente

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

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

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a los siguientes problemas?  
(Use "✓" para indicar su respuesta)

	De Ningún Modo	Varios Días	Más De La Mitad De Los Días	Casi Todos Los Días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3
3. Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comiendo en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal de sí mismo/a o sentir que es un/a fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en las cosas, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Moverse o hablar tan despacio que puede que otras personas se hayan dado cuenta? O lo opuesto estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Tiene pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera lastimarse de alguna forma	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

(Healthcare professional: For interpretation of TOTAL, please refer to accompanying scoring card).

TOTAL:

10. Si marcó cualquier problema, ¿cuán difícil se le ha hecho realizar su trabajo, hacerse cargo de las cosas en la casa o llevarse bien con otras personas, debido a estos problemas?

No ha sido difícil \_\_\_\_\_  
 Algo difícil \_\_\_\_\_  
 Muy difícil \_\_\_\_\_  
 Extremadamente difícil \_\_\_\_\_



# ADVANCE COMPREHENSIVE PAIN CARE

## MUNISH LOOMBA, M.D. ADVANCE COMPREHENSIVE PAIN CARE

4244 Riverwalk Pkwy Suite 220  
Riverside, CA 92505  
Ph: 951-208-7714  
advancecompaincare.riverside@gmail.com

10807 Laurel St., Suite 210  
Rancho Cucamonga, CA 91730  
Ph: 909-222-6903  
advancecompaincare.rancho@gmail.com

23020 Atlantic Circle  
Moreno Valley, CA 92553  
Ph: 951-208-7700  
advancecompaincare@gmail.com

### HERRAMIENTA DE RIESGO DE OPIODS

Esta herramienta debe ser administrado a los pacientes en una visita inicial antes de comenzar terapia de opioides para el manejo del dolor. Una puntuación de 3 o menos indica bajo riesgo de futuro abuso de opioides, una puntuación de 4 a 7 indica un riesgo moderado de abuso de opioides, y una puntuación de 8 o más indica un alto riesgo de abuso de opioides.

Marque cada casilla que corresponda	Femenino	Masculino
<b>Antecedentes familiares de abuso de sustancias</b>		
Alcohol	1	3
Drogas ilegales	2	3
Drogas de Rx	4	4
<b>Antecedentes personales de abuso de sustancias.</b>		
Alcohol	3	3
Drogas ilegales	4	4
Drogas de Rx	5	5
<b>Edad entre 16-45 años</b>	1	1
<b>Antecedentes de abuso sexual preadolescente</b>	3	0
<b>Enfermedad Psicológica</b>		
ADD, TOC, bipolar, Esquizofrenia	2	2
Depresión	1	1
<b>Totales de puntuación</b>		





# ADVANCE COMPREHENSIVE PAIN CARE

---

MUNISH LOOMBA, M.D.  
**ADVANCE COMPREHENSIVE PAIN CARE**

4244 Riverwalk Pkwy Suite 220  
Riverside, CA 92505  
Ph: 951-208-7714  
advancecompaincare.riverside@gmail.com

10807 Laurel St., Suite 210  
Rancho Cucamonga, CA 91730  
Ph: 909-222-6903  
advancecompaincare.rancho@gmail.com

23020 Atlantic Circle  
Moreno Valley, CA 92553  
Ph: 951-208-7700  
advancecompaincare@gmail.com

## Cancelación de una Cita

Notifique a nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipación si no puede mantener su cita programada en la oficina. Si debe cancelar un procedimiento programado, requerimos que llame al menos con tres días hábiles (72 horas) de anticipación. Hay mucha demanda de citas y procedimientos y la cancelación anticipada le dará a otra persona la posibilidad de tener acceso a atención oportuna.

## Cancelación de una Cita

Para cancelar una cita, llame a **Moreno Valley (951) 208-7700, Riverside (951) 208-7714, o Rancho Cucamonga (909) 222-6903**. Puedes dejar un mensaje detallado en el correo de voz si no puede hablar directamente con una recepcionista.

## Cancelación Tardía o No Presentación

Los pacientes que no cancelen su cita en el consultori como se indicó anteriormente (al menos 24 horas en por adelantado) se le cobrará una tarifa de cancelación de \$25.

Los pacientes que no cancelen su procedimiento programado como se indicó anteriormente (al menos 72 horas por adelantado) se le facturará un cargo por cancelación de \$50.

## Llegadas a Tiempo

Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, tendrá que reprogramarla tu cita para otro día. Esto se considerará una cita perdida.

Nombre del paciente: (letra de imprenta)

---

Firma del Paciente:

---

Fecha:

---

## Bienvenido a Advance Comprehensive Pain Care

1. Proporcione a la recepción una copia de su licencia de conducir y tarjetas de seguro vigentes.
2. Es su responsabilidad conocer su seguro. Debido a la exactitud de los seguros, no se le atenderá hasta que se hayan verificado todos los seguros y se hayan recibido las referencias. Si tiene más de un seguro, infórmenos de inmediato, ya que puede llevar hasta dos horas verificar el seguro.
3. No deje nada en blanco en el paquete del paciente.
4. No utilice el término N/A (no aplicable); en su lugar, utilice "ninguno" o "no" donde sea necesario.
5. Por favor, pídenos ayuda si necesitas aclarar algo. Estamos aquí para ayudarte.

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Medio Nombre Apellido

Numer de Seguro Social \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Método de Contacto Preferido:  Phone  Text  Email \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Estado Marcial:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Separado

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Esposo(a) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Doctor Referente \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia(no vive contigo) \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Seguro Primario \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Dirección de Reclamos \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Group # \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Seguro Secundario \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Dirección de Reclamos \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Group # \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

¿Es esto una lesión en el trabajo u otra lesión relacionada con el trabajo?  Si  No

Si es así, complete lo siguiente:

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Trabajador Social \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de la Lesion \_\_\_\_\_

¿Es esta una lesión por resbalón y caída o una lesión relacionada con un automóvil?  Si  No

Fecha de la Lesion \_\_\_\_\_ Nombre del Abogado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO

### Cirugías y Hospitalizaciones Pasadas

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

- ¿Hay otros síntomas asociados con su dolor?  
 Entumecimiento  Incontinencia Intestinal  Sensibilidad del área afectada  
 Debilidad  Incontinencia Urinaria  Dolor con toque ligero
- ¿Está deprimido por su dolor? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No
- ¿Alguna vez has considerado suicidarte para acabar con tu dolor? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No
- ¿Su dolor ha afectado alguno de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda.)  
 Dormir  Actividades rutinarias  Trabajo
- ¿Qué otros tratamientos ha tenido en el pasado para tratar su dolor?

Fecha	Tipo de Tratamiento	Alivio del Dolor

### HISTORIA MÉDICA PASADA:

Por favor marque cualquiera de las siguientes condiciones que ha tenido o tiene actualmente:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñon   | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA        |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides | <input type="checkbox"/> Hepatitis       |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón  | <input type="checkbox"/> Úlcera                 | <input type="checkbox"/> Derrame erebral |
| <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea | <input type="checkbox"/> Problemas de Sangrado  | <input type="checkbox"/> Otro            |
| <input type="checkbox"/> Asma, Enfisema         | <input type="checkbox"/> Convulsiones           |  |







# ADVANCE COMPREHENSIVE PAIN CARE

MUNISH LOOMBA, M.D.  
ADVANCE COMPREHENSIVE PAIN CARE

4244 Riverwalk Pkwy Suite 220  
Riverside, CA 92505  
Ph: 951-208-7714  
advancecompaincare.riverside@gmail.com

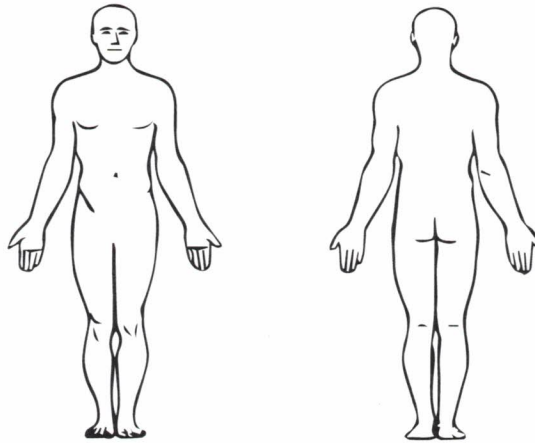
10807 Laurel St., Suite 210  
Rancho Cucamonga, CA 91730  
Ph: 909-222-6903  
advancecompaincare.rancho@gmail.com

23020 Atlantic Circle  
Moreno Valley, CA 92553  
Ph: 951-208-7700  
advancecompaincare@gmail.com

• PMR / Pain Management Clinic  
**Nuevo Formulario De Evaluación Del Paciente**

Por favor llene este formulario para que le podamos ayudar.

¿Cuál es you objetivo / propósito de su visita? \_\_\_\_\_



Por favor circule uno de los números en la escala a continuación para señalar cuán intenso es tu dolor hoy:

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7                      8                      9                      10

Sin dolor

Dolor Moderado

Dolor Insoportable

El dolor es: \_\_\_ Constante \_\_\_ Casi Constante(50-80%) \_\_\_ Intermitente(25-50%) \_\_\_ De vez en cuando(<25%)

¿Dónde está tu peor dolor?	
¿Cuándo y cómo empezó?	

<b>El dolor es:</b> <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Dolor Sordo <input type="checkbox"/> Dolorido <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<b>El dolor empeora por:</b> <input type="checkbox"/> Sentarse <input type="checkbox"/> De Pie <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Acostar <input type="checkbox"/> Flexión/Torcer <input type="checkbox"/> _____	<b>El dolor es ayudado por:</b> <input type="checkbox"/> Hielo o <input type="checkbox"/> Caliente <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Medicación <input type="checkbox"/> Acostado <input type="checkbox"/> Inclinarsse Hacia Adelante <input type="checkbox"/> _____	<b>Con el tiempo, el dolor es:</b> <input type="checkbox"/> Mejorando <input type="checkbox"/> Empeorando <input type="checkbox"/> Permaneciendo Igual	<b>¿Estás teniendo alguna?:</b> (marque la casilla e ubicación) <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Intestino o Vejiga <input type="checkbox"/> Rigidez Matutina <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Interrupción Del Sueño
---	---	--	---	--

<input type="checkbox"/> Rayos-X
<input type="checkbox"/> MRI o CT
<input type="checkbox"/> EMG/Labs



## Política Financiera y Asignación de Beneficios

**\*Los pagos por los servicios médicos prestados vencen en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos.**

Nuestra oficina verifica la elegibilidad y los beneficios con su compañía de seguros de salud. Si no podemos lograr esto, se le pedirá que pague por los servicios prestados hasta que podamos confirmar su estado. Haremos todo lo posible para ayudarlo con sus reclamos de seguro; sin embargo, el seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. La responsabilidad final por el pago de su cuenta recae en usted.

Las autorizaciones previas obtenidas por esta oficina para los procedimientos en su nombre no garantizan el pago, sino que se basan en la necesidad médica. Las reclamaciones están sujetas a las disposiciones de la póliza y su compañía de seguros determina el pago final. Se requiere un depósito si está programado para un procedimiento.

Habiendo leído lo anterior, por la presente autorizo el pago por parte de mi compañía de seguros, Medicare, Medicaid u otros pagadores designados de beneficios médicos a Advance Comprehensive Pain Care por los servicios que me brindó. Esta cesión permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Por la presente acepto la responsabilidad financiera por todos los cargos incurridos ya sea que tenga o no cobertura de seguro. Una fotocopia de la cesión se considera tan válida como el original.

También autorizo a Advance Comprehensive Pain Care a divulgar a mi compañía de seguros o a sus agentes cualquier información médica sobre mí necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por el servicio.

Entiendo que si mi cuenta entra en mora y se asigna a una agencia de cobranza externa, se agregará un margen adicional del 100% a la cantidad que debo. Entiendo que la suma de esta tarifa de cobranza, así como la acumulación de intereses a la tasa legal, deben asignarse por cuenta a una agencia de cobranza. Acepto pagar Advance Comprehensive Pain Care por los servicios médicos prestados, las tarifas de cobro si se agregan e intereses.

Por la presente consiento y autorizo el tratamiento médico, las pruebas y los procedimientos realizados en esta oficina que mi médico considere aconsejable y necesario según su criterio. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta necesaria para comprender la necesidad y los resultados esperados de la atención recomendada.

He leído y entiendo las declaraciones anteriores:

---

Firma del Paciente

---

Fecha

---

Escriba su Nombre en Letra de Imprenta