



Información de Paciente

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____ Apodo _____

Fecha de Nacimiento _____ Numero Social _____ Genero _____ Masculino
Femenino _____

Dirección de Domicilio _____ # de apartamento _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono de Trabajo _____ Otro Numero _____

Información de Medico Referente

Doctor Primario _____ Doctor referente _____

¿Cómo se entero de nosotros? _____

Información de Parte Responsable (Garante)

Relación al Paciente (Pasar a siguiente parte, si es uno propio) ___Cónyuge ___Padre ___Otro
Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento _____ Numero Social _____

Dirección de Domicilio _____ # de apartamento _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono de Trabajo _____ Otro Numero _____

Contacto de Emergencia

Apellido _____ Primer Nombre _____ Relación al paciente _____

Dirección de Domicilio _____ # de apartamento _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono de Trabajo _____ Otro Numero _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Autorización de los seguros privados para la asignación de beneficios y divulgar la información: Yo, el abajo firmante, autorizo el pago de beneficios médicos a Río Grande Pain Team para cualquier servicio que se me proviene. Yo entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cantidad no cubierta por mi póliza de seguro. También autorizo a Río Grande Pain Team para liberar a mi compañía de seguros, médico remitente y otros consultores en mi caso la información sobre consejos de salud, tratamiento o servicios rendido. Esta información será utilizada con el propósito de evaluar y administrar las reclamaciones de beneficios.

Fecha: _____ Firma: _____

MEDICARE FIRMA DE POR VIDA EN EL ARCHIVO

Pido que el pago de beneficios autorizados de Medicare se hagan en mi nombre a Río Grande Pain Team por cualquier servicio dado a nu por el médico. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a liberar a Health Care Financing Administration y sus agentes cualquier información necesaria pagaderos por servicios relacionados para determinar los beneficios.

Fecha: _____ Firma: _____

CERTIFICACIÓN

Estamos encantados de ofrecer tratamiento para su lesión o sufrimiento. Sin embargo, se recomienda que, de acuerdo a la mayoría de las pólizas de seguros comerciales y práctica generalmente aceptada, el tratamiento de lesiones crónicas relacionadas con el trabajo debe ser archivada en la Compensación al Trabajador de Texas (WORKMAN'S COMPENSATION).

Yo _____ *Por la presente, certifico que **estoy / no estoy** en busca de tratamiento para una enfermedad o lesión que es el resultado de un incidente / accidente en mi lugar de trabajo o de un accidente de vehículo de motor.*

Fecha de incidente: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma de paciente: _____

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros

Al firmar este documento, reconozco que me ha dado la oportunidad de leer el aviso de prácticas de privacidad de Río Grande Pain Team.

Nombre de paciente: _____ Fecha: _____

Firma de paciente: _____

WESLACO: 910 East. Eighth Street, Suite 1 • Weslaco, Texas 78596 • 956-973-0565 • Fax: 956-973-0683

MCALLEN: 1900 South Jackson Road • McAllen, Texas 78503 • 956-992-0319 • Fax: 956-973-0683

Bienvenido a Río Grande Pain Team! Apreciamos la oportunidad de trabajar con usted. La siguiente información se proporciona para su beneficio, para que podamos brindarle un mejor servicio. Por favor, lea y firme en la parte inferior. Una copia se le dará a sus registros.

1. **PAGOS.** Todos los honorarios, los deducibles, coseguros o copagos deben ser pagados en el momento de su cita.
2. **CANCELACIONES.** Si usted necesita cancelar su cita, llámenos por favor 24 horas antes de su tiempo de la cita.
3. **POLÍTICA DE LA CITA.** Pedimos que nuestros pacientes lleguen a la hora para sus citas. Esto facilitará nuestra capacidad de verle según lo programado. Si un paciente falta tres (3) citas consecutivos mientras que está bajo asistencia médica para prescripción, nos reservamos la derecha de descargar a los pacientes que no cumplan, y no podremos tratarle.
4. **REFERENCIAS DE HMO y PPO.** Si la directiva requiere la autorización por escrito de su médico de atención primaria, vamos a solicitar una autorización previa, para los pacientes establecidos. Esto se hace como una cortesía para nuestros pacientes, sin embargo, no podemos garantizar que la autorización será concedida. Por favor, manténgase en contacto con su médico para asegurarse de que su visita obtiene autorización previa, para evitar tener que hacer el pago en su totalidad.
5. **CAMBIO DE INFORMACIÓN.** Por favor de proveernos con cualquier cambio en la información de su dirección, número de teléfono o de seguros tan pronto como sea posible. Cambio de seguro requiere la realización de un formulario de información para los pacientes nuevos y no se puede cambiar a través del teléfono.
6. **PEDIDO DE RECETAS.** Es su responsabilidad de solicitar los medicamentos con tres días de anticipación antes que su llenado se debe. No podemos garantizar repuestos el mismo día. A veces, usted puede ser obligado a someterse a una prueba de drogas de orina antes de recibir su receta.
7. **SOLICITACION DE REGISTROS MÉDICOS.** Solicitud de copias de sus expedientes médicos deben hacerse por escrito en un formulario proporcionado por nuestra oficina. Nuestra oficina le responderá dentro de 15 días para solicitudes completadas correctamente por escrito. **HONORARIOS:** Según las normas aprobadas por el Texas State Board of Medical Examiners, nuestra oficina le cobrará \$ 25.00 para las primeras 20 páginas y \$ 0.50 por cada página a partir de entonces y se cobrará el costo real de correo, envío o entrega en caso pertinente.
8. **LOS CARGOS POR CHEQUES DEVUELTOS.** En el caso de que un cheque es devuelto por fondos insuficientes o estado de cuenta cerrada, vamos a evaluar una cuota de \$ 50.00 por cada cheque devuelto. El cheque no será reprocesado en el banco y la cuota y la cantidad del cheque es pagadero en efectivo solamente.
9. **ADVERTENCIA DE DIVULGACIÓN.** Nuestra práctica, Rio Grande Pain Team, es dueño de una propiedad o tiene inversión en Doctor's Hospital at Renaissance, Ltd. Es posible que se le mande a Doctor's Hospital at Renaissance para tratamiento o análisis. Este aviso se proporciona a usted como lo requiere la ley federal y las reglas y regulaciones del hospital.
10. **LANZAMIENTO DE INFORMACION DE HIPAA.** Yo autorizo a RGPT para hablar con las personas siguientes con respecto a mis citas y la atención médica:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Firma: _____ Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____

Historial Medico

Nombre: _____

Fecha: _____

Diabetes____ Alta presion____ Depresion____
 Colesterol____ Convulsiones (seizures)____ Artritis____
 Embolio____ Tuberculosis____ Cancer____ (De?:____)
 Enfermedad de: Corazón____ Pulmones____ Sangre____ Rinones____
 Otro: _____

PACIENTES FEMENINOS SOLAMENTE:

Menstruo regular____ Histerectomia____ Bilateral Histerectomia____
 Menstrual pasado____ Tubaligation____

MEDICACIONES:

Toma cualquier deluente de la sangre?: _____

ALERGIAS:

HISTORIA QUIRÚRGICA:

HISTORIA DE PERSONAL/SOCIAL:

¿Ambos de sus padres están viviendo? Si____ No____

¿Causa de la muerte? (si es que aplica) - Madre____, Padre____

Empleo: _____ Estado civil: _____

Con quién vive usted?: _____

Tabaco: No____ Si____ que tan seguido?____, desde cuando?____ Alcohol: No____ Si____ que tan seguido? _____

Drogas: No____ Si____

¿Usted atiende a centros de la actividad del adulto? Yes____ No____

¿Quién es su doctor primario? _____

¿Cómo se entero del Dr. Slavin? Radio____,Periodico____,Internet____,Amistad____



**INFORMACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR
 DE ACUERDO A LOS REQUISITOS DEL CONSEJO MEDICO DE TEXAS**

REFERENCIA: CODIGO ADMINISTRATIVO DE TEXAS, TITULO 22, PARTE 9, CAPITULO 170
Desarrollado por la Sociedad del Dolor del Estado de Texas, traducido del formato en ingles de Abril 2009
(www.texaspain.org)

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

AL PACIENTE: Como paciente, usted tiene el derecho a ser informado sobre su condición y el procedimiento recomendado médicos o de diagnóstico o terapia con medicamentos que se utilizan, de modo que usted puede tomar la decisión informada de si o no tomar el medicamento después de conocer la riesgos y peligros involucrados. Esta revelación no es para asustar o alarma, sino que es un esfuerzo para hacer mejor informado para que usted pueda dar o negar su consentimiento / permiso para usar el medicamento (s) recomendado por mí, como su médico. A los efectos de este acuerdo, el uso de la palabra "médico" se define para incluir no sólo a mi médico, pero también se asocia autorizado de mi médico, asistentes técnicos, enfermeras, personal, y otros proveedores de cuidado de la salud que puedan ser necesarias o convenientes para el tratamiento de mi condición.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y / O LA TERAPIA DE DROGAS: yo voluntariamente lo solicito a mi médico (nombreen la parte inferior de acuerdo) para tratar mi enfermedad, que ha explicado a mí como el dolor crónico. Por la presente autorizo y doy mi consentimiento voluntario a mi médico para administrar o escribir con receta (s) de drogas peligrosas y / o controladas (medicamentos) como un elemento en el tratamiento de mi dolor crónico.

Se ha explicado a mí que estos medicamentos (s) son fármacos opiáceos / narcóticos (s), que puede ser perjudicial si se toma sin supervisión médica. Además, entiendo que estos medicamentos (s) puede conducir a la dependencia física y / o adicción y puede, al igual que otros medicamentos utilizados en la práctica de la medicina, producen efectos secundarios adversos o resultados. Los métodos alternativos de tratamiento, los posibles riesgos y las posibilidades de complicaciones que se me ha explicado que se enumeran a continuación. Yo entiendo que esta lista no es completa, y que sólo se describen los efectos secundarios más comunes o las reacciones, y que la muerte es también una posibilidad, como resultado de tomar estos medicamentos (s).

La medicación específica (S) QUE MI médico planea recetar ser descrito y documentado APARTE DE ESTE ACUERDO. Esto incluye el uso de medicamentos para fines distintos a los que han sido aprobados por la compañía farmacéutica y el gobierno (esto es a veces denominado «OFF-LABEL" prescripción). Mi médico le explicará su plan de tratamiento (S) PARA MÍ Y EL DOCUMENTO EN MI historial médico.

Yo he sido informado y entiendo que será sometido a exámenes médicos y exámenes antes y durante mi tratamiento. Estas pruebas incluyen controles aleatorios sin previo aviso de las drogas y las evaluaciones psicológicas, siempre y cuando se considere necesario, y yo doy permiso para realizar las pruebas o de mi negativa puede dar lugar a la terminación del tratamiento. La presencia de sustancias no autorizadas pueden resultar en mi ser dados de alta de su cuidado.

Para pacientes de sexo femenino sólo:

A lo mejor de mi conocimiento, **NO estoy embarazada.**

Si no estoy embarazada, yo uso adecuado de métodos anticonceptivos / control de la natalidad durante mi curso de tratamiento. Acepto que es **MI RESPONSABILIDAD** informar a mi médico de inmediato si quedo embarazada.

Si estoy embarazada o estoy seguro, yo avisaré a mi MÉDICO INMEDIATAMENTE.

Todos los efectos posibles de la medicación anterior (s) han sido plenamente explicado a mí y entiendo que, de momento, no ha habido suficientes estudios realizados sobre el uso a largo plazo de la medicación muchas (s), es decir opiáceos / narcóticos para asegurar con total seguridad a mi hijo por nacer (s). Con pleno conocimiento de esto, doy mi consentimiento para su uso y mantener indemne a mi médico por lesiones en el embrión / feto / bebé.

ENTIENDO QUE LOS efectos secundarios más comunes que pueden ocurrir en EL USO DE LOS FÁRMACOS UTILIZADOS EN MI TRATAMIENTO INCLUYEN PERO NO SE LIMITAN A LO SIGUIENTE: estreñimiento, náuseas, vómitos, somnolencia excesiva, prurito, retención urinaria (incapacidad para orinar), ortostática hipotensión (presión arterial baja), arritmias (latido irregular del corazón), insomnio, depresión, deterioro del razonamiento y de juicio, depresión respiratoria (respiración lenta o no), la impotencia, la tolerancia a la medicación (s), dependencia física y emocional o incluso adicción, y la muerte. Entiendo que puede ser peligroso para mí para conducir un automóvil u otra maquinaria durante el uso de estos medicamentos y que puede verse afectada en todas las actividades, incluyendo el trabajo.

Los métodos alternativos de tratamiento, los posibles riesgos y las posibilidades de complicaciones se han explicado a mí, y yo todavía deseo de recibir medicación (s) para el tratamiento de mi dolor crónico.

El objetivo de este tratamiento es que me ayude a ganar el control de mi dolor crónico con el fin de vivir una vida más productiva y activa. Me doy cuenta de que yo pueda tener una enfermedad crónica y hay muy pocas posibilidades para la curación completa, pero el objetivo de tomar el medicamento (s) sobre una base regular es reducir (pero probablemente no eliminar) el dolor para que pueda disfrutar de una mejor calidad de vida. Me doy cuenta de que el tratamiento de algunos requieren el uso prolongado o continuo de la medicación (s), pero un gol en el tratamiento adecuado puede significar también el eventual retiro de la utilización de todos los medicamentos (s). Mi plan de tratamiento será diseñado específicamente para mí. Entiendo que puedo retirarme de este plan de tratamiento y suspender el uso de la medicación (s) en cualquier momento y que voy a notificar a mi médico de cualquier uso no interrumpido. Además, entiendo que se me dará la supervisión médica si es necesario cuando se interrumpe el uso de medicamentos.

Entiendo que ningún tipo de garantía se ha hecho para mí como para los resultados de la terapia con medicamentos o la curación de cualquier enfermedad. El uso a largo plazo de medicamentos para tratar el dolor crónico es polémico debido a la incertidumbre sobre la medida en que proporcionan beneficios a largo plazo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición y el tratamiento, los riesgos de la falta de tratamiento y la terapia con medicamentos, tratamiento o procedimiento médico de diagnóstico (s) que se utiliza para tratar mi enfermedad y los riesgos y peligros de la terapia con medicamentos tales , el tratamiento y el procedimiento (s), y creo que tengo información suficiente para dar este consentimiento informado.

ACUERDO DE TRATAMIENTO DE DOLOR:

ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:

Que este acuerdo el manejo del dolor se relaciona con mi uso de la medicación todos y cada uno (s) (es decir, los opioides, también llamado "de narcóticos, analgésicos, y otros medicamentos de prescripción, etc) para el dolor crónico recetado por mi médico. Tengo entendido que existen leyes federales y estatales, reglamentos y políticas sobre el uso y la prescripción de sustancias controladas (s). **Por lo tanto, la medicación (s) sólo se proporcionará tanto tiempo como yo sigo las reglas establecidas en este Acuerdo.**

Mi médico puede elegir en cualquier momento suspender la medicación (s). El incumplimiento de cualquiera de las siguientes pautas y / o condiciones pueden causar la interrupción del medicamento (s) y / o descarga de mi cuidado y tratamiento. Descarga puede ser inmediata para cualquier conducta criminal:

- Mi progreso se revisará periódicamente y, si el medicamento (s) no están mejorando la calidad de mi vida, **la medicación (s) puede ser discontinuado.**
- Voy a **revelar** a mi médico **todos los medicamentos** que tomo en cualquier momento, prescrito por un médico.
- Voy a utilizar el medicamento (s) **exactamente como lo indique mi médico.**
- Estoy de acuerdo en **no** compartir, vender o permitir que otros, incluyendo a mi familia y amigos, para tener acceso a estos medicamentos.
- **No voy a permitir o ayudar en el mal uso / desviación de la medicación, ni voy a dar o vender** a otra persona.
- Todos los medicamentos (s) se debe obtener en **una farmacia, siempre que sea posible.** Si surge la necesidad de cambiar las farmacias, mi médico debe estar informado. Voy a usar una sola farmacia y le daré mi farmacéutico una copia de este acuerdo. Autorizo a mi médico para liberar mi historial médico a mi farmacéutico, según sea necesario.
- Entiendo que mi medicamento (s) será recargado sobre una base regular. Yo entiendo que mi receta (s) y la medicación (s) son exactamente como el dinero. **Si bien se pierde o es robado, que no podrá ser sustituido.**
- Recarga (s) **no se debe solicitar antes de la fecha de recarga programada.** Sin embargo, a principios de recarga (s) se permite cuando estoy de viaje y hacer los arreglos necesarios antes de la fecha de salida prevista. De lo contrario, no voy a esperar a recibir medicación adicional (s) antes de la fecha de mi próxima recarga programada, incluso si mi receta (s) agotado.
- Voy a recibir **medicamento (s) sólo de un médico** a menos que sea para una emergencia o un medicamento de la (s) que se está prescrito por otro médico ha sido aprobado por mi médico. La información que he estado recibiendo medicación (s) recetadas por otros médicos que no ha sido aprobado por mi médico puede llevar a una interrupción de la medicación (s) y el tratamiento.
- Si le parece a mi médico que no hay beneficios demostrables a mi función diaria o la calidad de vida de la medicación (s), entonces **mi médico puede tratar de medicina alternativa (s) o cono me puede de todos los medicamentos.** No voy a mantener mi médico responsable de los problemas causados por la interrupción de la medicación (s).
- **Estoy de acuerdo en someterse a análisis de orina y / o de sangre** para detectar el uso de medicamentos sin receta y prescrito en cualquier momento y sin previo aviso. Si los resultados son positivos para la sustancia ilegal (s), tales como la marihuana, anfetaminas, cocaína, etc, el tratamiento para el dolor crónico puede ser terminado. Además, una consulta con, o la remisión a un experto puede ser necesario: por ejemplo, someterse a una evaluación psiquiátrica o psicológica por un médico calificado como un "addictionologist" o un médico especializado en la desintoxicación y la rehabilitación y / o la terapia cognitivo-conductual / psicoterapia .
- Reconozco que mi dolor crónico es un problema complejo que puede beneficiarse de la fisioterapia, psicoterapia, atención médica alternativa, etc También reconozco **que mi participación activa** en la gestión de mi dolor es muy importante. Estoy de acuerdo en **participar activamente en todos los aspectos del programa de manejo del dolor** recomendado por mi médico para lograr una mayor función y la calidad de vida.

- Yo estoy de acuerdo que deberá **informar a los médicos** que me puede tratar de cualquier otro problema médico (s) que estoy inscrito en un programa de manejo del dolor, ya que el uso de otras medicaciones (s) puede causar daño.
- Yo doy mi **permiso** al médico para discutir todos los detalles del diagnóstico y el tratamiento con mi médico otra (s) y farmacéutico (s) con respecto a mi uso de medicamentos recetados por mi médico de otro (s).
- Debo tomar el medicamento (s) según las instrucciones de mi médico. **Cualquier aumento sin autorizado** en la dosis del medicamento (s) puede ser visto como una causa de la interrupción del tratamiento.
- Tengo que **guardar todos las citas de seguimiento** según lo recomendado por mi médico o mi tratamiento puede interrumpirse.

Yo certifico y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- 1) Actualmente **no estoy usando drogas ilegales o abusando de medicamentos recetados (s)** y no estoy en tratamiento por dependencia de sustancias (adicción), o el abuso. Estoy leyendo y haciendo de este acuerdo, mientras que en pleno uso de mis facultades y no bajo la influencia de cualquier sustancia que pueda perjudicar a mi juicio.
- 2) **Nunca he estado involucrado** en la venta, posesión ilegal, uso indebido / desviación o el transporte de sustancias controladas (s) (narcóticos, sedantes, pastillas para los nervios, o analgésicos) o sustancias ilegales (marihuana, cocaína, heroína, etc)
- 3) **No hay garantía o seguridad se ha hecho** en cuanto a los resultados que pueden obtenerse de tratamiento del dolor crónico. Con pleno conocimiento de los beneficios potenciales y los posibles riesgos, doy mi consentimiento para el tratamiento del dolor crónico, ya que me doy cuenta que me brinda la oportunidad de llevar una vida más productiva y activa.
- 4) He revisado los efectos secundarios de la medicación (s) que pueden ser utilizados en el tratamiento de mi dolor crónico. **Entiendo perfectamente las explicaciones sobre los beneficios y los riesgos de estos medicamentos (s) y estoy de acuerdo con el uso de estos medicamentos (s) en el tratamiento de mi dolor crónico.**
- 5) **Entiendo que se me puede pedir entregar todos los medicamentos para un recuento al azar. Solicitud de rellenos tempranos, mal uso o abuso de la medicación llevará al despido de la práctica.**

Firma del paciente

/ Firma de miembro de familia

Firma del médico (o el Asistente debidamente autorizado)

Nombre y datos de contacto de la farmacia



SOLICITUD DE REGISTROS MEDICOS

I hereby authorize the request of information from the medical record of:

Patient name/Nombre del Paciente: _____

Date of birth/Fecha de nacimiento ____/____/____

I authorize the following individual or organization to disclose the above named individual's health information:

Name/Facility: _____

Phone: _____ Fax: _____

This information may be released to and used by the following individual or organization

Rio Grande Pain Team-Dennis Slavin, MD, PA

910 E. 8th st. ste1 Weslaco Tx 78596 P.956-973-0565 F.956-973-0683

Please release the following records; _____

I understand that the information in my health record may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services, and treatment for alcohol and drug abuse.

I understand that the information requested is for the specific purpose stated above. Any other use of this information without the written consent of the patient is prohibited.

I understand that I have the right to revoke this authorization at any time. I understand that if I revoke this authorization I must do so in writing and present my written revocation to the individual or organization releasing the information. I understand that the revocation will not apply to the information already released in response to this authorization. I understand that the revocation does not apply to My Insurance Company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy. Unless otherwise revoked, this authorization remains active during my tenure as a patient under the services of Dr. Slavin. I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I need not sign this form in order to ensure treatment. I understand that I may inspect or copy the information to be used or disclosed. I understand that any disclosure of information carried with it the potential for an unauthorized re-disclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. If I have any questions about the disclosure of my health information, I can contact the Medical Records Dept.

_____/_____/_____

Firma del paciente/Representante legal

Date

Relationship to Patient(If legal Representative)

Witness

Request sent by: _____@Rio Grande Pain Team/Medical Records