

*Bienvenidos a nuestra Práctica*

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Paciente Información				
Apellido	Primer	MI	apellido de soltera	Género M / F
Fecha de nacimiento	Seguridad Social	Estado civil <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro		
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Número principal ( )		Número alternativo ( )		Correo electrónico
origen étnico	Carrera	Nombre del empleador Y Número de teléfono		
Contacto de emergencia	Teléfono Número		Preferido Lengua	

INFORMACIÓN DE SEGUROS		
Primaria Seguro	Política Número	Grupo Número
Suscriptor Nombre	Seguridad Social	Relación al Paciente

**Información sobre compensación del trabajador, vehículo sorteador o reclamo de lesiones**

¿Su dolor es el resultado de una Lesión de Compensación del Trabajador?  Sí  No

Empresa de Compensación al Trabajador \_\_\_\_\_ Teléfono Número \_\_\_\_\_

¿Su dolor es el resultado de un accidente automovilístico o una lesión personal?  Sí  No

(Se le dará una página separada para describir los detalles de su accidente)

Fecha del accidente \_\_\_\_\_

**Preferido Farmacia**

Farmacia Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono Número \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

(Enumere las calles cruzadas si no está seguro de la dirección exacta)

## **Políticas Financieras**

### **Asignación de seguro médico y de accidentes privados y grupales para pago directo al médico**

Se espera que todos los pacientes proporcionen identificación y, si están asegurados, una(s) tarjeta(s) de seguro actual(es) en el momento del servicio. Los pacientes son financieramente responsables de todos los servicios prestados y se espera que paguen por los servicios en el momento del servicio, incluido cualquier saldo vencido de una fecha anterior de servicio. Si el paciente es un niño menor de edad, el padre u otro adulto que lo acompañe será financieramente responsable independientemente de la tutela legal. Los cheques devueltos estarán sujetos a cargos.

**Medicare:** La Práctica facturará al intermediario de Medicare. Los pacientes son responsables de lo siguiente:

- Deducible anual de Medicare
- Todos los copagos aplicables del cargo permitido
- Cualquier servicio no cubierto
- Cualquier servicio cubierto ordenado por el médico que no cumpla con la necesidad médica de Medicare y para el cual el beneficiario firmó un Aviso de Beneficiario Avanzado (ABN, por sus, secuúuúuuuú)

**Seguros Suplementarios y Secundarios de Medicare:** La Práctica facturará tanto a Medicare como a los seguros secundarios.

**Medicaid:** Los pacientes deben proporcionar a la práctica una tarjeta de Medicaid actual en cada visita. Los pacientes de Medicaid son responsables de los copagos aplicables y de todos los servicios no cubiertos. Los pacientes de Medicaid son responsables de asegurar las referencias necesarias de sus médicos de atención primaria.

**HMO y PPO, Planes de Seguro Comercial:** Los pacientes son responsables del pago del copago, coaseguro y /o deducible, o cantidades no cubiertas en el momento del servicio, así como de cualquier cargo para el cual el paciente no pudo obtener autorización previa, si la autorización es necesaria. El seguro se presenta como cortesía y los beneficios están autorizados a ser pagados directamente a la Práctica. Los pacientes son responsables del saldo en su totalidad si no son pagados por el seguro dentro de los 30 días. Si el paciente no está preparado para pagar el copago o deducible, un miembro del personal clínico determinará si es médicamente necesario que el paciente vea al médico. Si la condición del paciente lo permite, la cita será reprogramada.

**Auto-pago:** Los pacientes son responsables del pago completo en el momento de los servicios prestados.

**Compensación al trabajador: Se debe obtener la autorización del** empleador antes de que se preste el tratamiento o el paciente será responsable del pago completo en el momento de los servicios prestados. Una vez autorizados, los pacientes no son responsables de ningún cargo a menos que el caso de compensación de trabajadores sea desestimado o denegado.

**Seguro fuera del estado:** Si el paciente presenta una tarjeta de seguro HMO /PPO fuera del estado, tendremos que verificar los beneficios del paciente para beneficios fuera del estado o fuera de la red. El paciente puede ser requerido para hacer el pago en su totalidad o pagar cualquier copago, coaseguro o deducible.

Por la presente, instruyo y ordeno a mi compañía de seguros que pague con cheque hecho y enviado por correo directamente a: **Tricity Pain Associates (Physician Practice)**, para los beneficios de gastos profesionales o médicos permitidos, y de otra manera pagaderos a mí bajo mi póliza de seguro actual como pago hacia los cargos totales por los servicios profesionales prestados.

### **PAGOS ADEUDADOS EN EL MOMENTO DEL SERVICIO Y SALDOS PENDIENTES**

Entiendo que soy responsable del pago del copago, coaseguro y/o deducible, o cantidades no cubiertas en el momento del servicio, así como de cualquier cargo para el cual no haya obtenido autorización previa, si la autorización es necesaria. Si tengo un saldo pendiente, entiendo que seré responsable del pago del copago, coaseguro y / o deducible, o montos no cubiertos para la visita de hoy y, además, se espera que pague el 50% de cualquier saldo en el momento del servicio y pagaré el saldo restante en 2 pagos iguales con 30 días de diferencia a menos que tenga un plan de pago en el archivo y esté haciendo pagos regulares a ese plan. Si no existe un plan de pago, se me ofrecerá la oportunidad de configurar uno o reprogramar mi cita para una fecha posterior cuando pueda cumplir con mis obligaciones financieras.

**ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN:** Por la presente, asigno mi seguro u otros beneficios de terceros transportistas que se pagarán directamente a la Práctica Médica, dándome cuenta de que soy responsable de cualquier saldo resultante. También autorizo al Médico a divulgar cualquier información requerida para procesar reclamos a mi compañía de seguros y / o a mi empleador o posible empleador (para reclamos patrocinados / pagados por el empleador). Reconozco que soy financieramente responsable de los servicios prestados, y la falta de pago de los saldos pendientes puede resultar en procedimientos de cobro que se toman. Además, estoy de acuerdo en que si esta cuenta resulta en un saldo de crédito, el monto del crédito se aplicará a cualquier cuenta pendiente mía, o a un miembro de la familia cuya cuenta soy garante.

**CONVERSIÓN ELECTRÓNICA DE CHEQUES:** Cuando usted proporciona un cheque como pago, usted nos autoriza a usar la información de su cheque para hacer una transferencia electrónica de fondos de una sola vez desde su cuenta o para procesar el pago como una transacción de cheque. Cuando utilizamos la información de su cheque para hacer una transferencia electrónica de fondos, los fondos pueden ser retirados de su cuenta el mismo día.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Por la presente autorizo a los médicos, proveedores de nivel medio, enfermeras, asistentes médicos y otro personal de práctica a realizar dichos exámenes y a administrar el tratamiento y los medicamentos que consideren necesarios y aconsejables.

### **Esta es la asignación directa de mis derechos y beneficios bajo esta política**

Este pago no excederá mi deuda con el cesionario antes mencionado, y he acordado pagar cualquier saldo de dichos cargos por servicio profesional más allá de este pago de seguro, excepto en los casos en que se aplican listas de tarifas de seguro sin culpa o de compensación de trabajadores.

También entiendo y acepto que en última instancia soy responsable de todas las tarifas, incluidos los costos razonables de cobro. Esta asignación de beneficios no me exa de la obligación de pagar honorarios profesionales.

### **Una copia fotográfica de esta cesión se considerará tan efectiva y válida como el original**

Autorizo la divulgación de cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado involucrado en este caso.

### **Política de citas y no presentación**

En un esfuerzo por proporcionar un tratamiento eficiente a todos nuestros pacientes, es la política de esta compañía que si no puede hacer su cita programada, debe llamar para cancelar la cita a más tardar 24 horas antes de la hora programada. Si no cancela su cita en la oficina o no se presenta a su cita, se le cobrará una tarifa de "NO SHOW" de \$ 30.00 por ocurrencia. Si está programado para un procedimiento y no cancela la cita a más tardar 24 horas antes o no se presenta a su procedimiento, se le cobrará una tarifa de \$ 100. Para la mayoría de los planes de seguro y las compañías de compensación para trabajadores, los cargos de "NO SHOW" son un servicio no cubierto. Usted será el único responsable del pago de este cargo. El "NO SHOWS" repetido y las cancelaciones de sus citas programadas pueden resultar en que usted sea dado de alta de la atención en *Tricity Pain Associates*.

Si llega **15 minutos tarde** después de su cita programada, su cita se reprogramará para la próxima cita disponible. Si tiene alguna pregunta con respecto a nuestra política, hable con nuestro personal antes de firmar.

### **Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad**

Se proporciona un **Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP)**, por sus contraos, por sus mejores horas). Este Aviso de Prácticas de Privacidad identifica: 1) cómo se puede usar o divulgar su información médica; 2) sus derechos para acceder a su información médica, modificar su información médica, solicitar una contabilidad de las divulgaciones de su información médica y solicitar restricciones adicionales sobre nuestros usos y divulgaciones de esa información; 3) sus derechos a presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados; y 4) nuestras responsabilidades de mantener la privacidad de su información médica.



El infrascrito certifica que ha leído las políticas financieras anteriores, acepta estar sujeto a las políticas y ha recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad, y es el paciente o el representante personal del paciente.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma del paciente

Yo (nosotros) el paciente y/o parte responsable infrascrito autorizamos a esta oficina a divulgar información médica, de facturación y de citas a los siguientes miembros de la familia en lugar de mí mismo:

1. \_\_\_\_\_ relación: \_\_\_\_\_

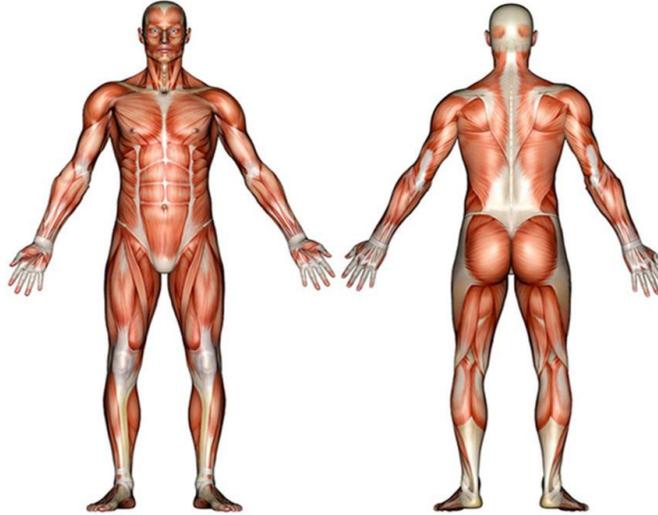
2. \_\_\_\_\_ relación: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ relación: \_\_\_\_\_

**\*Por favor, comprenda que a menos que el nombre aparezca en este formulario, NO PODEMOS divulgar ninguna información del paciente. \***

**Confidencial Nuevo Paciente Cuestionario**

Marca en la foto donde estás teniendo dolor. También marque (X) para Entumecimiento, (T) para Hormigueo, (B) para Quemar.



¿Dónde está tu dolor?  Cuello  Brazo  Inferior Atrás  Pierna  Otro \_\_\_\_\_

¿Qué tan malos son los síntomas en sus:

<b>Mejor</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Peor</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Hoy</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Duración del dolor:**

< 1 Semana  1-4 Semanas  1-3 Meses  6-12 Meses >  1 año

**Cómo/Cuándo comenzó el dolor?** \_\_\_\_\_ (Mes/año)

Accidente de trabajo  Sigüientes Cirugía  
 Casa Accidente  Desconocido  
 Auto Accidente  Otro \_\_\_\_\_

¿Cómo ha cambiado la intensidad del dolor desde que comenzó?

Continuamente  Constantemente (La mayor parte deldía)  Ocasionalmente (Menos de la mitad deldía)  
 Pocas veces a la semana

**Seleccione uno o más elementos a continuación para describir la naturaleza de su dolor:**

Palpitante  Disparos  Agudo  Calambres  Caliente/Quema  
 Dolor  Apuñalar  Hormigueo  Adormecer Aburrido  Dolor

¿Cómo afectan el dolor los siguientes factores?

	Mejor	Peor	Sin efecto		Mejor	Peor	Sin efecto
Compresas de calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios climáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compresas frías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acostado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elevación alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha tenido imágenes hechas en el último año (MRIs, CT escaneos, etc.)? Si es así, ¿dónde?

¿Tiene algún metal, alfileres, tornillos, objetos extraños en su cuerpo?  Sí  No \_\_\_\_\_

**Confidencial Nuevo Paciente Cuestionario (cont.)**

¿Cuáles de los siguientes se ven afectados por el dolor?

- Modo  Actividades de la vida  Interacción social  Tareas domésticas  Cayendo Dormir  
 Permanecer dormido  Trabajo  Actividad Sexual

¿Ha recibido alguno de los siguientes tratamientos para el dolor?

Tratamiento	Fechas	Tratamiento	Fechas
Acupuntura		Masaje	
Ejercicio		abrazadera	
Bloques de facetas		Psicoterapia	
Punto de disparo		Epidurales	
Quiropráctico		Unidad TENS	
Fisioterapia		Bloques nerviosos	

**Historia Médica Pasada**

- SIDA O VIH  Anemia  Artritis  Asma Sangrado  Desorden  Cáncer  Depresión  
 Diabetes Tipo I o Tipo II  Enfisema  Fibromialgia  Gota  Jaquecas/Migrañas enfermedad  cardíaca  
 Hepatitis (A, B, C)  Presión arterial alta Enfermedad  tiroidea  Insomnio  Enfermedad renal  Piedras  
 Agrandamiento de la próstata  Trastorno(s) mental(es)  Tejas  Golpe  Tuberculosis

Por favor, enciéntenos acerca de cualquier CIRUGÍA que haya tenido, puede indicar la fecha/año si se conoce:

Cirugía	Fecha

Por favor, cuéntenos sobre su HISTORIA FAMILIAR:

- NO TENGO HISTORIA MÉDICA FAMILIAR SIGNIFICATIVA  SOY ADOPTADO (Historia Familiar Desconocida)

Marcar con un <input type="checkbox"/>	Cáncer	Diabetes	Enfermedad Cardíaca	Problemas Renales	Trastornos Mentales	Problemas de la columna vertebral	Cerebral
Madre							
Padre							
Hermano(s)							
Hermana(s)							
Otras Condiciones							

**HISTORIA SOCIAL**

Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Fumas tú? ? Sí  No  Cuántos paquetes /Día? \_\_\_\_\_ ¿Años? \_\_\_\_\_

¿Fumaste en el pasado, pero dejaste? Sí  No  Cuando? \_\_\_\_\_

¿Beber alcohol? Sí  No  En caso afirmativo, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

¿Utiliza cualquiera otra droga (¿Marihuana, Cocaína, Etc.?) Sí  No

En caso afirmativo, por favor nombre: \_\_\_\_\_

Estado civil  Soltero  Casado  Divorciado  Viuda

¿Vives solo? Sí  No  Si no, con quién vives? \_\_\_\_\_

**SOLO PARA HEMBRAS:** 

¿Está embarazada?  Sí  No  No estoy seguro Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS ACTUALES**

¿Está tomando un medicamento de **adelgazamiento** de la **sangre** prescrito? Sí  No

Por favor, enumere TODOS los medicamentos que está tomando actualmente. Adjunte una hoja adicional, si es necesario.

Nombre de la medicación	Dosis (es decir, miligramo)	Cómo tomar (es decir, 1 comprimido al día)

¿Enumera algún medicamento para el dolor que hayas probado en el pasado? \_\_\_\_\_

¿Es **alérgico a** algún medicamento? \_\_\_\_\_

**REVISIÓN DE LOS SISTEMAS**

¿Está experimentando alguno de los siguientes?

**General**  Pérdida de apetito  Pérdida de peso reciente  Fiebre/Escalofríos  Fatiga  Los sudores nocturnos

**Endocrino/Hematológicas**  Calor/ Intolerancia al frío  Hematomas fáciles  Sangrado fácil  Cambios visuales

Cardiovascular Dolor en el pecho  Palpitaciones  Hinchazón de las piernas

**Dificultad respiratoria**  para respirar  Tos  Sibilancias

**Ojos**  Visión borrosa  Visión doble Pérdida de la  visión  Dolor ocular

**Genitourinary**  Dolor de urinación  Sangre en la orina  Urinación frecuente

**Skin**  Erupción  Picazón Otros cambios en le  piel

**Náuseas gastrointestinales**  y/o Vómitos  Acidez  Sangre  en heces  Estreñimiento

**Oreja/Nariz/Garganta**  Ronquera  Perdida auditiva Dificultad para  tragar Dolor de  oído

Temblores  Neurológicos Mareos  Hormigueo  Convulsiones

Depresión Psiquiátrica/ Ansiedad  Suicida Pensamientos  Droga/Adicción al alcohol Problemas para  dormir



## ACUERDO DE PROTOCOLO DE OFICINA

Los siguientes protocolos son necesarios para proporcionar la atención adecuada a todos nuestros pacientes. Por favor revise, inicialé cada entrada y signo a continuación indicando que entiende estos protocolos de oficina y acepta cumplir con ellos. La falta de firma no invalida estos protocolos.

- Entiendo que las recargas se dan en el momento de la visita a la oficina. Las recargas no se realizan por teléfono. \_\_\_\_\_ (Inicial)
- Entiendo con terapia de sustancias controladas (narcóticos), se espera que tenga que someterme a pruebas aleatorias de drogas de orina como parte de mi plan de tratamiento. \_\_\_\_\_(Inicial)
- Entiendo que soy un participante activo en mi atención médica y acepto cumplir el plan de tratamiento dado y revisado conmigo en cada visita. Entiendo que cualquier cambio en las condiciones puede necesitar una visita a la oficina para la reevaluación. Para cambios agudos en mi condición, es posible que necesite acceder a la atención a través de la sala de emergencias. \_\_\_\_\_ (Inicial)
- Entiendo que esta práctica utiliza profesionales de nivel medio como los asistentes del médico. Proporcionan atención en términos de evaluación de nuevos pacientes; evaluación de pacientes en seguimientos rutinarios; evaluación de cualquier cambio en las condiciones; educación del paciente en condiciones, medicamentos y opciones de tratamiento. \_\_\_\_\_(Inicial)
- Entiendo que mi acceso a la atención por teléfono o en el lugar requerirá que mi comportamiento sea de una manera que no sea abusiva para el personal. Acepto abstenerme por comportamientos que reflejen gritos, maldiciones, insultos o múltiples llamadas en el mismo día. Entiendo que este comportamiento puede terminar mi relación con esta práctica. \_\_\_\_\_ (Inicial)
- Acepto cancelar mis citas establecidas por adelantado para beneficiar a otros pacientes que están en necesidad de citas anteriores. Entiendo que no presentarme a una cita sin llamar con anticipación, puede ser un factor en la continuación o interrupción de mi cuidado con este grupo. \_\_\_\_\_(Inicial)
- Entiendo que debo llegar 15 minutos antes de mi hora de cita para registrarme para las citas de seguimiento y 45 minutos antes de una nueva cita con el paciente. \_\_\_\_\_(Inicial)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
(Impresión Nombre)

Pacientes Firma: \_\_\_\_\_

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



## ACUERDO DE SUBSTANCE CONTROLADA

Estoy \_\_\_\_\_ un contrato con *TriCity Pain Associates* y sus médicos- Dr. Bill Murphy, Dr. David Kim, Dr. Brandon Nguyen, Dr. James Davis, Dr. David Riegleman, Dr. Joshua Shroll, Dr. Justin Vigil, Dr. Jack Chapman, Dr. Carl Wang, Dr. Jason Williams, Lauren Francis PA, Christopher Watson PA, John Cadrain PA, Ying Frappolli PA, Nancy Turnbull PA, Vanessa Cox FNP, Chyrissa Staley FNP con respecto a la prescripción de narcóticos crónicos para mi dolor. Entiendo que si rompo este acuerdo toda la terapia con narcóticos puede ser descontinuada.

### Estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Todas las sustancias controladas deben provenir del médico asignado a su cuidado, o durante su ausencia, por el proveedor que cubre, a menos que se obtenga una autorización específica para una excepción. Usted no debe recibir ninguna receta de narcóticos o drogas sedantes de cualquier otro proveedor.
2. El proveedor de prescripción tiene permiso para discutir todos los detalles de diagnóstico y tratamiento con farmacéuticos dispensadores u otros profesionales que proporcionan su atención médica con el propósito de mantener la responsabilidad.
3. Todas las sustancias controladas deben obtenerse en la misma farmacia, siempre que sea posible. En caso de que surja la necesidad de cambiar de farmacia, nuestra oficina debe ser informada. La farmacia que ha seleccionado es:

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Farmacia #: \_\_\_\_\_

4. Se solicitarán exámenes de toxicología de orina o suero aleatorios, y se requiere su cooperación. La presencia de sustancias no autorizadas puede provocar la terminación de su tratamiento opioide y la derivación para la evaluación de conductas adictivas.
5. Las recargas se llevarán a cabo mensualmente y **SOLO** después de una visita y examen físico. **NO SE HACEN REFILLS SOBRE EL TELEFONO. NO SE OTORGA NINGUNA REFILLA TRAS HORAS, FINES DE SEMANA Y/O VACACIONES.** Las renovaciones están supeditadas a mantener citas programadas. Por favor, no llame por teléfono para las recetas después del horario de atención o los fines de semana.
6. Si las solicitudes de recarga se realizan fuera del horario de atención, el servicio de atención le indicará que vaya a una sala de emergencias de su elección.
7. Se espera que informe a nuestra oficina de cualquier medicamento nuevo, o condiciones médicas, y de cualquier efecto adverso que experimentó de cualquier medicamento que tome.

8. Las recetas pueden ser emitidas temprano si el médico o el paciente estará fuera de la ciudad cuando la recarga sea debido. Estas recetas contendrán instrucciones al farmacéutico de que no se hayan llenado antes de la fecha apropiada. No habrá recargas tempranas ni recetas anteriores. Cualquier evidencia de prescripción, recetas falsificadas, abuso de sustancias o comportamiento aberrante (incluyendo abuso verbal a nuestro personal de oficina) resultará en la terminación de la relación paciente-médico.
9. Los medicamentos no serán reemplazados si se pierden, se roban, se destruyen, se dejan en el avión, etc. Es SU responsabilidad proteger sus medicamentos.
10. Una receta oficial, escrita para una sustancia controlada del Anexo II, debe llenarse dentro de los 21 días posteriores a la fecha en que se emitió la receta. Si usted se aferra a la receta más de 21 días o se olvida de recogerla de la farmacia, no se volverá a escribir hasta que se le ve en una visita a la oficina. **¡Sin Excepciones!**
11. Las recetas deben utilizarse **SOLAMENTE** según lo escrito. No se permitirá el uso de mayor cantidad de medicamentos sin consultar con un médico.
12. Usted **NO** puede compartir, vender o permitir que otros tengan acceso a estos medicamentos.
13. Los envases originales de medicamentos deben llevarse a cada visita a la oficina.
14. Dado que los medicamentos pueden ser peligrosos o letales para una persona que no es tolerante a sus efectos, especialmente un niño, debe mantenerlos fuera del alcance de esas personas.
15. Los términos de terminación incluirán una carta escrita a usted y el cumplimiento de sus necesidades médicas, un mes después de la fecha de terminación.
16. POR FAVOR PERMITA 48 – 72 HORAS PARA REFILLES DE MEDICAMENTO.
17. Debido a las abrumadoras llamadas telefónicas para recargas de recetas, si llama a Tricity Pain Associates para recargas de medicamentos, se le permitirá una llamada telefónica por día, si llama varias veces al día, se le cobrará una tarifa de \$5 por llamada.

Tu dolor es **TU** responsabilidad. Hacer citas para recargas de medicamentos es **TU** responsabilidad. Tricity Pain Associates le proporcionará apoyo médico en su búsqueda para minimizar su dolor. Debes hacer nuevos esfuerzos para mejorar los hábitos de sueño, la nutrición, el peso corporal, el acondicionamiento y el estado psicológico. Los narcóticos **no** son la respuesta al dolor crónico, pero se pueden utilizar para mejorar eficazmente el dolor.

---

Firma del paciente

---

Fecha



FORMULARIO DE REGISTROS MÉDICOS
EL PROPÓSITO DE ESTA LIBERACIÓN ES A PETICIÓN DEL PACIENTE.

Fecha:
Nombre del paciente: DOB:
Dirección del paciente: Ciudad/Estado/Zip:
Teléfono del paciente# Seguridad Social#

Por la presente autorizo:
Dirección:
Teléfono: Fax:

Para divulgar mis registros médicos a: Tricity Pain Associates:

- Bill Murphy, M.D.
Jack Chapman, M.D.
Carl Wang, M.D.
Brandon Nguyen, M.D.
David Riegleman, M.D.
Joshua Shroll, M.D.
James Davis, M.D.
David Kim, M.D.
Justin Vigil, M.D.
Jason Williams, M.D.

Teléfono: 844-789-7246 Fax: 888-880-9323

Lo siguiente está autorizado para su liberación:

- TODO registros médicos, incluyendo informes/notas clínicas, de progreso y de procedimientos
Datos demográficos y seguros tarjeta
Resultados de laboratorio, Informes de imágenes, Resultados de toxicología de orina.

Entiendo que la información en mi historial médico puede incluir información relacionada con la enfermedad de transmisión sexual (SIDA/VIH). También puede incluir información sobre el comportamiento, o el servicio mental, y el tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

Firma del paciente/ Representante Legal
Fecha
Nombre de impresión

La información contenida en este facsímil o en los archivos adjuntos es información privilegiada y confidencial destinada únicamente a la persona a la que se dirige. Si el receptor de este facsímil no es el destinatario de los nombres, se le notifica que cualquier difusión, distribución y/o copia de esta comunicación está estrictamente prohibida. Si ha recibido esta comunicación por error, notifiquenos inmediatamente por teléfono y destruya o devuelva la copia original a la dirección anterior.

## **ORINA (UDS) DROGA CHEQUEO POLITICA**

1. UDS - primera visita si el paciente toma opioides o desea que IPM/TPA controle sus medicamentos.
2. UDS - (aleatorio) 3-4 veces/año a partir de entonces para pacientes de bajo riesgo.  
Bajo riesgo = Anterior UDS todos han cumplido. El paciente no presenta un comportamiento anormal.
3. UDS - cada 2-3 meses para pacientes de riesgo moderado.  
Moderado Riesgo = antecedentes de encarcelamiento, violencia doméstica, depresión, trastorno de ansiedad y enfermedad mental general.
4. UDS - mensual y aleatorio para pacientes de alto riesgo.  
Alto Riesgo = antecedentes de abuso de opioides, antecedentes de abuso de alcohol, altas dosis de opioides, antecedentes de medicamentos perdidos/robados.

### **FALLO EN LA PANTALLA DE DROGAS EN LA ORINA:**

- Cocaine- terminación inmediata en primera ofensa
- Metanfetamina- terminación inmediata en primera ofensa
- Heroína Y Fenciclidina - terminación inmediata en primera ofensa
- THC- el paciente debe ser visto y aconsejado, y luego el paciente debe ser visto mensualmente con pruebas aleatorias realizadas. Se debe informar al paciente que la segunda infracción podría conducir únicamente al manejo no opioide (inyecciones, NSAIDS) o a la terminación.
- 2 UDS fallido- Paciente colocado en el manejo no opioide solamente (inyecciones, NSAIDS) o terminación.

---

Firma del paciente Fecha

## **POLÍTICA DE RECARGA DE MEDICAMENTOS**

1. Cuando llegue el momento de una recarga de recetas, pídale a su farmacia que llame a nuestra oficina.
2. Es nuestra política que no llenamos recetas tempranas o perdidas por ninguna razón.
3. Los pacientes deben llamar con 3 días hábiles de antelación para una recarga para asegurarse de que no se quede sin medicamentos.
4. La Agencia Antidrogas y el Departamento de Seguridad Pública de Texas monitorean cuidadosamente los medicamentos triplicados.
5. Los siguientes analgésicos narcóticos requieren Triplicado y no pueden ser llamados a la farmacia:
  - Morfina (MS Contin, Avinza), Dilaudid (Hidromorfina), Oxycodona Kadiana, Oxycontin, Percocet, Methodone, Parches Duragesicos o Fentanilo, Norco/Vicodin (Hidrocodona/Acetaminofén)
6. Los pacientes con analgésicos Triplicarte DEBEN ser vistos al menos cada 2 meses.
7. Los medicamentos se llenarán:
  - Después de las 4:00pm de lunes a viernes
8. Los medicamentos NO se llenarán:
  - Fines de semana y festivos
9. Es importante que usted asuma la responsabilidad de llevar un registro de sus medicamentos.
10. Obtener medicamentos narcóticos de un solo médico.
11. Solo puede usar una farmacia para medicamentos recetados.

---

Firma del paciente Fecha

## Oswestry Discapacidad Índice

### **Sección 1 – Intensidad del dolor**

- No tengo dolor en este momento.
- El dolor es muy leve en este momento.
- El dolor es moderado en este momento.
- El dolor es bastante intenso en este momento.
- El dolor es muy intenso en este momento.
- El dolor es lo peor imaginable en este momento.

### **Sección 2 – Cuidado personal (lavado, apósito, etc.)**

- Puedo cuidar de mí mismo normalmente, pero es muy doloroso.
- Puedo cuidar de mí mismo normalmente, pero es muy doloroso.
- Es doloroso cuidarme a mí mismo y soy lento y cuidadoso.
- Necesito ayuda, pero manejo la mayor parte de mi cuidado personal.
- Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos de mi cuidado personal.
- Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del autocuidado.
- No me visto, me lavo con dificultad y me quedo en la cama.

### **Sección 3 – Elevación**

- Puedo levantar pesas pesadas sin dolor extra.
- Puedo levantar pesas pesadas, pero da dolor extra.
- El dolor me impide levantar pesas pesadas del suelo, pero puedo manejarse en convenientemente posicionados (es decir, en una mesa).
- El dolor me impide levantar pesos pesados, pero puedo manejar pesos ligeros a medianos si están convenientemente posicionados.
- Sólo puedo levantar pesos muy ligeros.
- No puedo levantar ni llevar nada en absoluto.

### **Sección 4 – Caminar**

- El dolor no me impide caminar a ninguna distancia.
- El dolor me impide caminar más de 1 milla.
- El dolor me impide caminar más de 1/4 de milla.
- El dolor me impide caminar más de 100 yardas.
- Sólo puedo caminar usando un palo o muletas.
- Estoy en la cama la mayor parte del tiempo y tengo que arrastrarme hasta el baño.

### **Sección 5 – Sentado**

- Puedo sentarme en cualquier silla mientras me guste.
- Puedo sentarme en mi silla favorita mientras me guste.
- El dolor me impide sentarme durante más de 1 hora.
- El dolor me impide sentarme durante más de 1/2 hora.
- El dolor me impide sentarme durante más de 10 minutos.
- El dolor me impide sentarme.

### **Sección 6 – En pie**

- Puedo soportar el tiempo que quiera sin dolor extra.
- Puedo soportar lo que quiera, pero me da un dolor extra.
- El dolor me impide estar de pie más de 1 hora.
- El dolor me impide estar de pie durante más de 1/2 hora.
- El dolor me impide estar de pie durante más de 10 minutos.
- El dolor me impide estar de pie.

### **Sección 7 – Dormir**

- Mi sueño nunca se ve perturbado por el dolor.
- Mi sueño es ocasionalmente perturbado por el dolor.
- Debido al dolor, tengo menos de 6 horas de sueño.
- Debido al dolor, tengo menos de 4 horas de sueño.
- Debido al dolor, tengo menos de 2 horas de sueño.
- El dolor me impide dormir.

### **Sección 8 – Vida sexual (si corresponde)**

- Mi vida sexual es normal y no causa dolor extra.
- Mi vida sexual es normal, pero causa algo de dolor extra.
- Mi vida sexual es casi normal, pero es muy dolorosa.
- Mi vida sexual está severamente restringida por el dolor.
- Mi vida sexual está casi ausente debido al dolor.
- El dolor previene cualquier vida sexual en absoluto.

### **Sección 9 – Vida Social**

- Mi vida social es normal y no me causa dolor extra.
- Mi vida social es normal, pero aumenta el grado de dolor.
- El dolor no tiene ningún efecto significativo en mi vida social aparte de limitar mis intereses más enérgicos, es decir, los deportes.
- El dolor ha restringido mi vida social y no salgo tan a menudo.
- El dolor ha restringido la vida social a mi casa.
- No tengo vida social debido al dolor.

### **Sección 10 – Viajar**

- Puedo viajar a cualquier lugar sin dolor.
- Puedo viajar a cualquier parte, pero da un dolor extra.
- El dolor es malo, pero manejo viajes de más de dos horas.
- El dolor me restringe a cortos viajes necesarios en menos de 30 minutos.
- El dolor me impide viajar excepto para recibir tratamiento.

### **Sección 11 – Tratamiento previo**

¿Durante los últimos tres meses ha recibido tratamiento, tabletas o medicamentos de cualquier tipo para el dolor de espalda o de piernas? Marque la casilla correspondiente.

- No
- Sí (en caso afirmativo, indique el tipo de tratamiento que ha recibido)

## Índice de Discapacidad del Cuello

*Este cuestionario ha sido diseñado para dar al médico información sobre cómo el dolor de cuello ha afectado su capacidad de manejar en la vida cotidiana. Por favor, responda a cada sección y marque en cada sección sólo la caja UNA que se aplica a usted. Nos damos cuenta de que puede considerar que dos de las declaraciones en cualquier sección se relacionan con usted, pero por favor marque la casilla que describe más de cerca su problema.*

### **Sección 1 – Intensidad del dolor**

- No tengo dolor en este momento.
- El dolor es muy leve en este momento.
- El dolor es moderado en este momento.
- El dolor es bastante intenso en este momento.
- El dolor es muy intenso en este momento.
- El dolor es lo peor imaginable en este momento.

### **Sección 2 – Cuidado Personal (Lavado, Vestir, etc.)**

- Puedo cuidarme normalmente sin causar dolor extra
- Puedo cuidarme normalmente, pero causa dolor extra.
- Es doloroso cuidarme a mí mismo y soy lento y cuidadoso.
- Necesito ayuda, pero manejo la mayor parte de mi cuidado personal.
- Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del autocuidado.
- No me visto, me lavo con dificultad y me quedo en la cama.

### **Sección 3 – Levantamiento**

- Puedo levantar pesas pesadas sin dolor extra.
- Puedo levantar pesas pesadas, pero da un dolor extra.
- El dolor me impide levantar pesas pesadas del suelo, pero puedo manejarlas si están convenientemente posicionadas, por ejemplo, en una mesa.
- El dolor me impide levantar pesos pesados, pero puedo manejar pesos ligeros a medianos si están convenientemente posicionados.
- Puedo levantar pesos muy ligeros.
- No puedo levantar ni llevar nada.

### **Sección 4 – Lectura**

- Puedo leer todo lo que quiera sin dolor en el cuello.
- Puedo leer todo lo que quiero con un ligero dolor en el cuello.
- Puedo leer todo lo que quiera con dolor moderado en mi cuello.
- No puedo leer tanto como quiero debido al dolor moderado en mi cuello.
- Apenas puedo leer debido a un fuerte dolor en mi cuello.
- No puedo leer en absoluto.

### **Sección 5 – Dolores de cabeza**

- No tengo dolores de cabeza.
- Tengo leves dolores de cabeza con poca frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza moderados con poca frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza moderados con frecuencia.
- Tengo fuertes dolores de cabeza con frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

### **Sección 6 – Concentración**

- Puedo concentrarme completamente sin dificultad. (0)
- Puedo concentrarme completamente con una ligera dificultad.
- Tengo un buen grado de dificultad para concentrarme.
- Tengo mucha dificultad para concentrarme.
- Tengo mucha dificultad para concentrarme.
- No puedo concentrarme en absoluto.

### **Sección 7 – Trabajo**

- Puedo hacer todo el trabajo que quiera.
- Puedo hacer mi trabajo habitual, pero no más.
- Puedo hacer la mayor parte de mi trabajo habitual, pero no más.
- No puedo hacer mi trabajo habitual.
- Casi no puedo hacer ningún trabajo.
- No puedo hacer ningún trabajo.

### **Sección 8 – Conducción**

- Puedo conducir mi coche sin ningún dolor de cuello.
- Puedo conducir mi coche con un ligero dolor en el cuello.
- Puedo conducir mi coche con dolor moderado en mi cuello.
- No puedo conducir mi coche al dolor moderado en mi cuello.
- Apenas puedo conducir debido a un fuerte dolor en mi cuello.
- No puedo conducir mi coche en absoluto.

### **Sección 9 – Dormir**

- No tengo problemas para dormir.
- Mi sueño está ligeramente perturbado (menos de 1 hora sin dormir).
- Mi sueño es ligeramente perturbado (1-2 horas sin dormir).
- Mi sueño es moderadamente perturbado (2-3 horas sin dormir).
- Mi sueño está muy perturbado (3-5 horas sin dormir).
- Mi sueño está completamente perturbado (5-7 horas sin dormir).

### **Sección 10 – Recreación**

- Soy capaz de participar en todas mis actividades sin dolor absoluto.
- Soy capaz de participar en todas mis actividades, con algo de dolor.
- Soy capaz de participar en la mayoría, pero no todas, de mis actividades habituales debido al dolor en mi cuello.
- Soy capaz de participar en algunas de mis actividades habituales debido al dolor en mi cuello.
- Apenas puedo hacer ninguna actividad debido al dolor en mi cuello.
- No puedo hacer ninguna actividad en absoluto.

## Fuerza funcional de la columna cervical

### Posición inicial Acción Funcional Prueba

Supina Acostado Cabezal de elevación que mantiene la barbilla metida (flexión del cuello)

6 a 8 repeticiones: funcional  
3 a 5 repeticiones: funcionalmente justas  
1 a 2 repeticiones: funcionalmente pobres  
0 repeticiones: no funcional

Mentira Propensa

Levante la cabeza hacia atrás Mantenga pulsado de 20 a 25 segundos: funcional

Sostenga de 10 a 19 segundos: funcionalmente justo  
Sostenga de 1 a 9 segundos: funcionalmente pobre  
Mantenga 0 segundos: no funcional

Acostado lateral (almohadas debajo de la cabeza para que la cabeza no esté flexionada lateralmente)

Cabeza de vida lateral alejada de la almohada (flexión lateral del cuello) (debe repetirse o se debe repetir de otro lado)

Mantenga pulsado de 20 a 25 segundos: funcional  
Mantenga presionado de 10 a 19 segundos: funcionalmente justo Mantenga de 1 a 9 segundos: funcionalmente pobre Mantenga presionado 0 segundos: no funcional

Supina acostada

Levante la cabeza de la cama y gire hacia un lado manteniendo la cabeza fuera de la cama o la almohada (rotación del cuello) (debe repetirse en ambos sentidos)

Mantenga presionado de 20 a 25 segundos: funcional  
Mantenga de 10 a 19 segundos: funcionalmente justo  
Mantenga presionado de 1 a 9 segundos: funcionalmente pobre  
Espera 0 segundos: no función

CUESTIONARIO DE CLAUDICACIÓN DE ZÚRICH

En el último mes, ¿cómo describiría:

¿El dolor que has tenido en promedio, incluyendo dolor en la espalda, nalgas y dolor que baja por las piernas?

1. Ninguno
2. suave
3. Moderado
4. Separación
5. Muy grave

¿Con qué frecuencia has tenido dolor de espalda, glúteos o piernas?

1. Menos de una vez a la semana
2. Al menos una vez a la semana
3. Todos los días, durante al menos unos minutos
4. Todos los días, durante la mayor parte del día
5. Cada minuto del día

¿El dolor en la espalda o en las nalgas?

1. Ninguno
2. suave
3. Moderado
4. Separación
5. Muy grave

¿El dolor en las piernas o los pies?

1. Ninguno
2. suave
3. Moderado
4. Separación
5. Muy grave

¿Entumecimiento u hormigueo en las piernas o los pies?

1. Ninguno
2. suave
3. Moderado
4. Separación
5. Muy grave

¿Debilidad muy grave en las piernas o los pies?

1. Ninguno
2. suave
3. Moderado
4. Separación
5. Muy grave

¿Problemas muy graves con el equilibrio?

- 1- No, no he tenido problemas con el equilibrio
- 3- Sí, a veces siento que mi equilibrio está apagado, o que no estoy seguro de pie
- 5- Sí, a menudo siento que mi equilibrio está apagado, o que no estoy seguro de pie

En el último mes, en un día típico:

¿Hasta dónde has podido caminar?

1. Más de 2 millas
2. Más de 2 cuadras, pero menos de 2 millas
3. Más de 50 pies, pero menos de 2 cuadras
4. Menos de 50 pies

¿Has dado paseos al aire libre o en centros comerciales por placer?

1. Sí, cómodamente
2. Sí, pero a veces con dolor
3. Sí, pero siempre con dolor
4. No

¿Has estado comprando comestibles u otros artículos?

1. Sí, cómodamente
2. Sí, pero a veces con dolor
3. Sí, pero siempre con dolor
4. No

¿Ha caminado por las diferentes habitaciones de tu casa o apartamento?

1. Sí, cómodamente
2. Sí, pero a veces con dolor
3. Sí, pero siempre con dolor
4. No

¿Ha caminado desde tu habitación hasta el baño?

1. Sí, cómodamente
2. Sí, pero a veces con dolor
3. Sí, pero siempre con dolor
4. No

Qué tan satisfecho está usted con:

¿El resultado general de la operación de retroceso?

1. Muy satisfecho
2. Algo satisfecho
3. Algo insatisfecho
4. Muy insatisfecho

¿Alivio del dolor después de la operación?

1. Muy satisfecho
2. Algo satisfecho
3. Algo insatisfecho
4. Muy insatisfecho

Su capacidad para caminar siguiendo la operación 1-  
Muy satisfecho

1. Algo satisfecho
2. Algo insatisfecho
3. Muy insatisfecho

¿Su capacidad para hacer tareas domésticas, trabajo en el patio o trabajo después de la operación?

1. Muy satisfecho
2. Algo satisfecho
3. Algo insatisfecho
4. Muy insatisfecho

¿Tu fuerza en los muslos, las piernas y los pies?

1. Muy satisfecho
2. Algo satisfecho
3. Algo insatisfecho
4. Muy insatisfecho

¿Tu equilibrio o firmeza en tus pies?

1. Muy satisfecho
2. Algo satisfecho
3. Algo insatisfecho
4. Muy insatisfecho