



Información de Paciente

Nombre de Paciente: _____
Apellido Primer Nombre 2do Nombre

Dirección: _____ Ciudad, Estado Código Postal _____

Dirección Permanente: _____ -

Teléfono de día: _____ Ext. _____ Teléfono Nocturno: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____ Estado Civil: _____

Empleador Actual: _____ Ocupación: _____

(Si compensación de trabajador, indique en cual trabajo ocurrió)

Dirección de Empleador: _____

Fecha de Incidente/Accidente/Enfermedad: _____

Familiar o Amistad más cercana que no vive con usted: _____

Dirección: _____

Teléfono de día: _____ Ext.: _____ Teléfono Nocturno: _____

Información de Seguro

Seguro Primario: _____

Relación de Subscritor al Paciente: PACIENTE ESPOSO(A) PARIENTE OTRO

Nombre de Espos(a): _____
Apellido Primer Nombre 2do Nombre

Empleador de Espos(a): _____ Teléfono _____

SSN de Espos(a): _____ Fecha de Nacimiento de Espos(a) _____

Seguro Secundario: _____

Seguro Tercero, si aplica: _____

Información de Referido

(Por Favor díganos como fue referido a nuestra oficina)

Medico quien lo refirió _____ Lista de Proveedor del Seguro _____

Otro _____ (Ajustador de Compensación, Trabajadora De Caso, Internet, Amistad, etc.)

Favor lea la siguiente autorización. Inicie y firme para nuestro archivo.

Yo entiendo que cualquier cambio a citas tienen que ser hecha por lo menos 24 horas en adelante, si no una fianza de \$30 será aplicada.

Firma _____ Fecha _____

***Favor presente esta forma y toda tarjeta de identificación / seguro a la recepcionista. ***

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Género: (*favor*

circule) Hombre / Mujer

¿Quién lo refirió? _____ ¿Quién es su médico primario? _____

¿Es su visita por un accidente? SI/NO Si, Especifique: AUTO TRABAJO OTRO

¿Has tenido mantenimiento de dolor anteriormente? Sí o No (*favor circule*)

Nombre de Médico (s) _____

ESTATUS DE TRABAJO: ___ Trabajo Regular ___ Trabajo Ligero ___ Restricciones _____

___ Fuera de trabajo: Última Fecha de trabajo: _____

___ Deshabilitado: desde _____ por cual médico _____

___ Retirado: desde que año _____

Local de Dolor: _____

En el diagrama que sigue, favor indique las áreas de su dolor

(Circulo su respuesta)

Escala de Dolor: ¿De 0 - 10 cuál es su nivel de dolor hoy?

(SIN DOLOR) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (EL PEOR DOLOR)

¿Cuál es el average de su dolor el mes anterior?

(SIN DOLOR) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (EL PEOR DOLOR)

¿Que tratamientos ha tenido para el dolor? Marque todos lo que aplican.

___ Terapia Física ___ Buenos Resultados ___ Mal Resultados

___ Acupuntura ___ Buenos Resultados ___ Mal Resultados

___ Quiropráctico ___ Buenos Resultados ___ Mal Resultados

___ Inyecciones ___ Buenos Resultados ___ Mal Resultados

___ Maquina de TENS ___ Buenos Resultados ___ Mal Resultados

___ Bloqueos de Nervios ___ Buenos Resultados ___ Mal Resultados

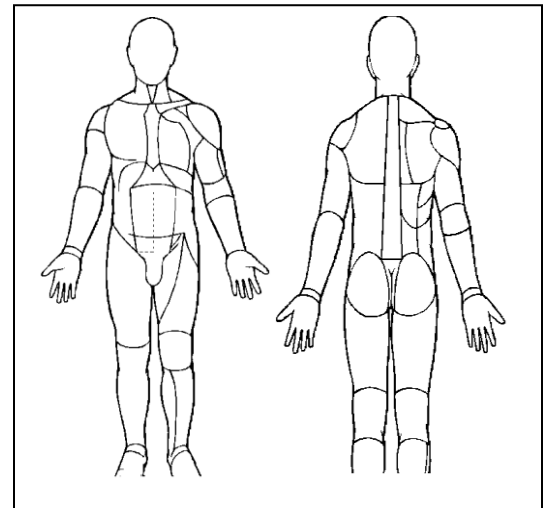
Tipo de bloqueo _____

___ Cirugía de la espalda o cuello Tipo _____ Cuando _____

___ Estimulador de la Médula Espinal Tipo _____ Fecha del Implante _____

___ Pompa de Morfina Tipo _____ Fecha del Implante _____

___ Otro: _____



Alergias: _____

Historial del Paciente: (Marque todos los que aplican)

Tabaco: ___ No fuma ___ Fuma ___ # de paquetes por día

Alcohol: ___ No bebe ___ Bebe # de bebidas por ___ día ___ semana

Historia Social: ___ Casado(a) ___ Soltero(a) ___ Divorciado(a)

Vive Con: ___ Esposo(a) ___ Hijo(a) ___ Otro ___ Solo

___ Ciego ___ Lentes ___ Lentes de ___ Dificultad de oír ___ Sordo ___ VIH

___ Aparato de Oír ___ Cáncer ___ Enfermedad de ___ Enfermedad de la ___ Defectos de

Contactos

Tiroides

Vesícula

Nacimientos

Bajo cada categoría, por favor marque todos los síntomas que aplican:

Cardiovascular	Gastrointestinal	Neurológico	Músculo esquelético	Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Hipertensión (Alta)	<input type="checkbox"/> Diarrea Crónica	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Hipotensión (Baja)	<input type="checkbox"/> Constipación	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Crónica	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Reumatoide	<input type="checkbox"/> Bipolar
<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Incontinencia	<input type="checkbox"/> Desórdenes Durmientes	<input type="checkbox"/> Dolor De Espalda Baja	<input type="checkbox"/> Alcoholismo
<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Ulcera	<input type="checkbox"/> Síndrome de piernas inquietas	<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Adición de Drogas
<input type="checkbox"/> Inflamación de pies	<input type="checkbox"/> Hepatitis	Otro: _____	<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Atento de Suicidio
<input type="checkbox"/> Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado		<input type="checkbox"/> Silla de Ruedas	<input type="checkbox"/> Schizofrenia
<input type="checkbox"/> Falta de Respiración	<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Prótesis	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Gout		Tipo: _____	
	<input type="checkbox"/> Otro: _____		Otro: _____	
Genitourinaria:		Respiratorio:		
<input type="checkbox"/> Incontinente Urinario		<input type="checkbox"/> Asma		
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón		<input type="checkbox"/> COPD		
<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Tos Crónica		
		<input type="checkbox"/> Terapia de Oxígeno		

Medicamentos que esta tomando: **Incluya todos medicamentos con y sin recetas.**

Medicamentos de Dolor, Relajantes de Músculo, Medicamentos de dormir, Anti-ansiedad, y Antidepresantes.

<u>Medicamentos</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u> (use el lado contrario si necesario)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Todo Otro Medicamento (incluyendo sin receta)
Medicamentos

SURGIAS
(Liste Por Favor Todas)

FECHA (mes/año)

HISTORIA FAMILIAR

<u>Relación</u>	<u>Salud Actual e Historia de Problemas</u>
Madre _____	_____
Padre _____	_____
Hermanos(a) _____	_____

**CONSENTIMIENTO Y ACUERDO INFORMADO POR EL MÉDICO/PACIENTE PARA LA TERAPIA CON OPIOIDES/NARCÓTICOS
A LARGO PLAZO PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO**

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Los médicos de Tampa Pain Relief Centers y sus profesionales aliados me están recetando medicamentos de Opioides, también llamado Narcóticos Analgésicos para ayudar con el dolor. Esta decisión es seria, y fue hecha porque ningún otro tratamiento me aliviado el dolor.

Estoy enterado que el uso de tal medicina tiene ciertos riesgos asociado consigo, inclusive pero no limitado a, la somnolencia, el estreñimiento, la náusea, picazón, vomito, el mareo, reacción alérgica, afectando la respiración, afectando el tiempo de reflejos o reacción, la dependencia física, la tolerancia a la analgesia, el vicio y la posibilidad que la medicina no proporcionará el alivio contra el dolor completo.

Estoy enterado acerca de los riesgos y beneficios posibles de otros tipos de los tratamientos que no implican el uso de opioides. Le informare a mi médico acerca de todas las otras medicinas y tratamientos que recibo. Yo no seré implicado en ninguna actividad que puede ser peligrosa a mí ni a otra persona si tengo sueño y no puedo pensar claramente. Estoy enterado que incluso si yo aún no me doy cuenta, mí tiempo de reflejos y reacción todavía pueden ser afectados. Tales actividades incluyen, pero no son limitadas a: Utilizando equipo pesado o un automóvil, trabajando en alturas no protegidas, o ser responsable de otro individuo que no puede cuidar de sí mismo.

Estoy enterado que ciertas otras medicinas como nalbuphine (Nubain), pentazocaine (Talwin), buprenorphine (Buprenex), y butorphanol (Stadol), puede reversar la acción de la medicina que utilizo para el control del dolor. Entiendo que tomar cualquiera de estas medicinas mientras tomo mi medicina de dolor puede causar síntomas como una gripe mala, llamado síndrome de la retirada. Acepto no tomar cualquiera de estas medicinas y decirle a cualquier otro médico que tomo medicamentos de opioide para mi dolor, y no puedo tomar cualquiera de las medicinas mencionada arriba.

Estoy enterado que el vicio es definido como el uso de una medicina, aunque haga daño, anhelar una droga, sentir la necesidad de usar una droga y calidad disminuida de la vida. Entiendo que la oportunidad de enviarse con mi medicina del dolor es baja. También entiendo que el desarrollo del vicio ha sido informado raramente en diarios médicos y es mucho más común en una persona que tiene historia familiar o historia personal del vicio. Prometo decirle a mi médico mi historia personal completa y honesta de la droga y de mi familia.

Entendiendo que la dependencia física es un resultado normal cuando se usan estos medicamentos por largo tiempo. Entiendo que la dependencia física no es igual a la adicción. Estoy enterado que, si mi medicina del dolor es disminuida notablemente, descontinuada o es invertida por algunos de los agentes mencionados arriba, yo experimentaré un síndrome de la retirada. Esto significa que puedo tener cualquier o todo de lo siguiente: síntomas de gripe,

bostezando, pupilas grandes, la carne de gallina, el dolor y espasmos abdominales, diarrea, la irritabilidad, los dolores corporales. Estoy enterado que la retirada de Opioides no es peligrosa,

pero si es incómoda. Entiendo que la tolerancia a la analgesia no parece ser un problema grande para la mayoría de los pacientes con el dolor crónico; sin embargo, ha sido visto y puede ocurrir en mí. Si ocurre, aumentando dosis no siempre pueden ayudar, y puede causar efectos secundarios inaceptables. La tolerancia o fracaso de responder bien a opioides puede causar que mi médico elija otra forma del tratamiento.

HOMBRES SOLAMENTE: Estoy enterado que el uso crónico de opioide ha sido asociado con niveles bajos de testosterona en varones. Esto puede afectar mi humor, la energía, el deseo sexual y el desempeño sexual físico y sexual. Comprendo que mi médico o médico familiar pueden verificar mi sangre para ver si mi nivel de testosterona es normal.

MUJERES SOLAMENTE: Si planeo quedar embarazada o creo que estoy embarazada mientras tomo esta medicina, yo llamaré inmediatamente a mi médico de obstétrico y esta oficina a informarles. Estoy enterado que, si tengo un embarazo por completo, el bebé será físicamente dependiente a los opioides. Entiendo que el uso de opioides no es asociado generalmente con un riesgo de defectos de nacimiento. Sin embargo, defectos de nacimiento pueden ocurrir,

aunque la madre no tome estas medicinas, y hay siempre la posibilidad que mi niño tendrá un defecto del nacimiento mientras tomo un opiode.

Resume de Guías para los Opioides recetados:

1. El paciente debe proveer copias de reportes de cualquier medico anterior y actual que lo esté atendiendo.
 2. El paciente debe proveerle a TRPC su dirección y número de teléfono exactos y mantenernos al día con cualquier cambio en su información personal.
 3. Los médicos de Tampa Pain Relief Centers y sus aliados serán los único en recetar medicinas controladas para el dolor.
 4. El paciente nos debe proveer con el nombre y número de teléfono de la farmacia que utiliza y nos mantendrá al día con cualquier cambio.
 5. Es necesario ver el paciente regularmente para sus medicamentos. Recetas son escritas para 30 días y no serán rellenas antes de (1) mes.
 6. La seguridad de la medicina del paciente es la responsabilidad del paciente.
 7. El paciente es responsable de todas medicinas dadas y debe comprender que, si las recetas son pérdidas o destruidas, no se pueden reemplazar.
 8. Ninguna receta se rellena después de las horas de servicio, en fines de semana o durante vacaciones. El paciente necesita notificar la oficina para cualquier relleno de medicamentos por lo menos tres (3) días en avance.
 9. Otras clasificaciones de medicamentos pueden ser recetadas para asistir en el mantenimiento de dolor y limitar el uso de opioides.
-
10. Otras terapias pueden ser ordenadas para asistir el mantenimiento de dolor, como bloqueos de nervios, TENS, terapia física o terapia ocupacional, conserjería psiquiátrica cuando sea apropiado para el diagnóstico.
 11. El paciente comprende que ninguna relación confiable entre el paciente a doctor se puede tener con un paciente que abusa las drogas ilegales. Las "Drogas de la calle" como marihuana, la cocaína, las anfetaminas, etc. son por sí mismas peligrosas. Si son mezclado con algunas de las medicinas usadas a menudo para el dolor, la combinación podría ser mortal.
 12. Periódicamente haremos exámenes de orina para ver si están complacientes con las medicinas. La orina será examinada para la presencia de medicinas recetadas al igual a varias otras drogas, incluyendo aquellas ilegales.
 13. El paciente entiende que, si encontramos sustancias ilegales en su orina, podemos terminar la relación de paciente a doctor.
 14. El paciente tiene el derecho de rechazar el examen de orina. Tampa Pain Relief Centers reserva el derecho de terminar con el cuidado de cualquier paciente que se niega a conformarse con nuestra póliza de hacerle la prueba de drogas a la orina.

El paciente autoriza a cualquier oficina médica, hospital o clínica a proveerle detalles de su historia médica y tratamiento a TRPC para el uso de continuar con su cuidado médico completando una forma médica.

Cualquier infracción de estos puntos puede tener como resultado que el paciente sea descargado de la práctica de Tampa Pain Relief Centers.

He leído esta forma, o me la han leído. Yo la entiendo por completo. He tenido la oportunidad de tener cualquier pregunta referida a este tratamiento contestado. En firmando esta forma voluntariamente, doy mi consentimiento al tratamiento de mi dolor con medicinas de opiáceos.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre y firma del Testigo

Fecha



CONSENTIMIENTO DE CUIDO Y TRATAMIENTO

Yo, el abajo firmante, por la presente concuerdo y doy mi consentimiento a TAMPA PAIN RELIEF CENTER para proveer el cuidado y el tratamiento médicos a mi mismo, _____ considerado necesario y apropiado en diagnosticar o tratar su condición física y mental.

Firma del paciente/guardián/ Responsable _____ Fecha _____

ASIGNAMIENTO DE BENEFICIOS / PUBLICAR INFORMACION

Yo por la presente asigno todos beneficios médicos y/o quirúrgicos para incluir los beneficios médicos mayores a que soy permitido, inclusive Medicare, el Medicaid, el seguro privado, e indemnizadores de terceros a TAMPA PAIN RELIEF CENTER. Una fotocopia de la presente es de ser considerada tan válida como la original. Yo por la presente autorizo que publiquen toda información necesaria, incluyendo historiales médicos, para asegurar el pago.

Privacidad de Información: TAMPA PAIN RELIEF CENTER utilizará y revelará que su información personal de salud para tratarlo a usted, para recibir pago para el cuidado que proveemos, y para otras operaciones de asistencia médica. Las operaciones de la asistencia médica incluyen generalmente esas actividades que realizamos para mejorar la calidad del cuidado. Hemos preparado una NOTA detallada DE PRACTICAS DE INTIMIDAD para ayudarle a mejor comprende nuestras políticas con respecto a su información personal de salud. Los términos de la nota pueden cambiar con tiempo y nosotros siempre anunciaremos la nota actual en nuestras facilidades, y tendremos copias disponibles para la distribución. El abajo firmante reconoce recibo de esta información.

Firma del paciente/guardián/ Responsable _____ Fecha _____

DECLARACION DE POLITICA FINANCIERA

Facturamos su compañía de seguro únicamente como una cortesía a usted. Usted es responsable de la cuenta completa cuando los servicios son rendidos. Requerimos que los arreglos para el pago de su porción estimada sean hechos hoy. Si su compañía de seguro no remite el pago dentro de 60 días, la cuenta por completa será su responsabilidad. En caso de que su compañía de seguros solicite un reembolso de pagos hechos debido a la terminación de la póliza, usted será responsable de la cantidad de dinero reintegrado a su compañía de seguros. Reservamos el derecho de valorar una carga de finanzas de 18% anualmente para cuentas extendida sobre un espacio de tiempo prolongado. Los beneficios y la elegibilidad son verificados antes de su visita como una cortesía y como resultado, nosotros no somos responsables de información inexacta proporcionada por su compañía de seguros como relaciona al co-pago o limitaciones de plan de beneficio. Su póliza debe tener estar al día en aquel momento de servicio y sujeto a las limitaciones individuales de plan y exclusiones como puesto bajo el mandato de su plan. Una autorización no es una garantía del pago.

Si cualquier pago es hecho directamente a usted para servicios facturados por nosotros, usted reconoce una obligación de someter inmediatamente el mismo a **TAMPA PAIN RELIEF CENTERS**.

Lo anterior no corresponde a esos pacientes que son considerados bajo la Compensación de Trabajador. Sin embargo, es aconsejado si usted reclama que los beneficios de Compensación de Trabajador y es negado subsiguientemente tales beneficios, usted puede ser responsable de la cantidad total de cargas para servicios rendidos a usted.

Comprendo y concuerdo que, si fallo de hacer cualquiera pago por lo que soy responsable a tiempo, yo seré responsable de todos costos de reunir el dinero debido, incluyendo costos de tribunal, honorarios de agencia de colección, y los honorarios de abogado.

YO ENTIENDO MI RESPONSABILIDAD PARA EL PAGO DE MI CUENTA.

Firma del paciente/guardián/ Responsable _____ Fecha _____

Firma de Representante / Testigo

Fecha



AUTORIZACION PARA LA REVELACION DE HISTORIAL MEDICO

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Yo autorizo la revelación de mi información de salud a **Tampa Pain Relief Centers** para así permitir una revisión completa de mi cuidado médico. Autorizo las siguientes oficinas de médico, los dispensarios, los hospitales, otros proveedores de asistencia médica, las farmacias y las oficinas legales a proporcionar copias de mi información de la salud a TAMPA PAIN RELIEF CENTERS:

TAMPA PAIN RELIEF CENTER, INC.
2333 W Hillsborough Ave, #100
Tampa, FL 33603

OFFICE: 813-872-4492 FAX: 813-870-1502

(Enliste todas facilidades, dispensarios, y oficinas de cuál información serán solicitados)
OFICINAS MEDICAS (por favor liste todo medico que ha visto en los últimos dos años)

Medico	Dirección	Número de Teléfono	Numero de Fax
1.			
2.			
3.			
4.			

FARMACIA (por favor provee una lista corriente de toda farmacia que ha usada en los últimos dos años)

Nombre de Farmacia	Dirección	Número de Teléfono	Numero de Fax
1.			
2.			
3.			
4.			

HOSPITAL u OTRA OFICINA (para cirugías / procedimientos, MRI/CT SCANS y cualquier reporte de Laboratorio y rayos-X)

Nombre de Oficina	Dirección	Número de Teléfono	Numero de Fax
1.			
2.			
3.			
4.			

Restricciones:

_____ NO hay restricciones en la información que puede ser revelada.
_____ La siguiente información NO PUEDE ser revelada:

DURACION:

Esta autorización será efectiva inmediatamente. Yo entiendo que esta autorización de revelar mis archivos médicos será inválida cuando yo deje de ser paciente de **Tampa Pain Relief Centers**. Entiendo que tengo el derecho de retirar esta autorización, a cualquier tiempo, escribiéndole una notificación al Oficial de Privacidad /Conformidad a la dirección mencionada arriba.

Firma del paciente o Representante Personal

Fecha

(IMPRIMA POR FAVOR) Nombre de paciente o Representante Personal: _____

(IMPRIMA POR FAVOR) Si representante personal, describa su autoridad: _____

(UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACION FIRMADA TIENE QUE SER DADA AL PACIENTE)

OJA DE INIDCE DE INCAPACIDAD POR DOLOR

INDICE DE INCAPACIDAD POR DOLOR: Las escalas de la calificación debajo de son diseñados para medir el grado a cuáles aspectos de su vida son interrumpido por el dolor crónico. Es decir, nosotros queremos saber cuánto dolor le causa al hacer lo que usted haría normalmente o de hacerlo, así como usted hace normalmente. Responda a cada categoría que indicar el impacto general del dolor en su vida, no solo cuando el dolor está en su peor.

Por cada una de las 7 categorías de actividad de vida, favor circule el número en la escala que describe el nivel de incapacidad que usted usualmente experimenta. Un nivel de 0 indica ninguna incapacidad, un nivel de 10 significa que todas las actividades en la cual usted normalmente esta involucrada puede ser totalmente interrumpida o prevenida por el dolor.

Responsabilidades Familiares/Personales: Esta categoría se refiere a actividades del hogar o la familia. Incluye las tareas o los deberes realizado alrededor de la casa (por ejemplo, trabajo de yarda) y los recados o los favores para otros miembros de la familia (por ejemplo, conduciendo a los niños a la escuela).

Ninguna Incapacidad 0__. 1__. 2__. 3__. 4__. 5__. 6__. 7 __. 8__. 9__. 10__. Incapacidad Peor

Recreación: Esta categoría incluye pasatiempos, deportes, y otras actividades semejantes de tiempo libre.

Ninguna Incapacidad 0__. 1__. 2__. 3__. 4__. 5__. 6__. 7 __. 8__. 9__. 10__. Incapacidad Peor

Actividad Social: Esta categoría se refiere a las actividades que implican la participación con amigos y miembros de la familia. Incluye los partidos, el teatro, los conciertos, cenando fuera, y otras funciones sociales.

Ninguna Incapacidad 0__. 1__. 2__. 3__. 4__. 5__. 6__. 7 __. 8__. 9__. 10__. Incapacidad Peor

Ocupación: Esta categoría se refiere a las actividades que son parte o están directamente relacionados con el trabajo propio. Esto incluye trabajos sin pago al igual a esos de ama de casa o voluntarios.

Ninguna Incapacidad 0__. 1__. 2__. 3__. 4__. 5__. 6__. 7 __. 8__. 9__. 10__. Incapacidad Peor

La Conducta Sexual: Esta categoría se refiere a la frecuencia y la calidad de su vida sexual.

Ninguna Incapacidad 0__. 1__. 2__. 3__. 4__. 5__. 6__. 7 __. 8__. 9__. 10__. Incapacidad Peor

Cuidado Propio: Esta categoría incluye las actividades, que implican el mantenimiento de vivir diariamente independiente (por ejemplo, tomando un baño, conduciendo, vistiéndose, etc.)

Ninguna Incapacidad 0__. 1__. 2__. 3__. 4__. 5__. 6__. 7 __. 8__. 9__. 10__. Incapacidad Peor

Actividades de Vida: Esta categoría se refiere a la vida básica que sostiene las conductas como comer, dormir y respirar

Ninguna Incapacidad 0__. 1__. 2__. 3__. 4__. 5__. 6__. 7 __. 8__. 9__. 10__. Incapacidad

Favor de Firmar _____ Favor Deletrear _____

Fecha _____