**Información de Paciente**

**Nombre de Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Apellido Primer Nombre Segundo Nombre**

**Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuidad, 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 mas cercana que no vive con usted:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Direccion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono de día:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ext:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Nocturno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información de Seguro**

**Seguro Primario:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Nombre de Esposo(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Apellido Primer Nombre Segundo Nombre**

**Empleador de Esposo(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SSN de Esposo(a):\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de Esposo(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 archivos.**

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

**FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Edad\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Genero: (favor circule)** Hombre / Mujer

**¿Quien lo refirió?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Quién es su medico primario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

**Nombre de Medico(s)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estatus de Trabajo: \_\_\_\_\_Trabajo Regular \_\_\_\_\_ Trabajo Ligero \_\_\_\_\_\_\_\_ Restricciones\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_ Fuera de trabajo: Ultima Fecha de trabajo: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_ Deshabilitado: desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por cual medico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_ 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 cual 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)**

**¿Qué 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 Medula 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

**Alcoho**l: \_\_\_No Bene \_\_\_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 \_\_\_Dificultad \_\_\_Sordo \_\_\_\_VIH

de contactos de oír

\_\_\_Aparato \_\_\_Cáncer \_\_\_Enfermedad \_\_\_Enfermedad \_\_\_Defectos

de oír de tiroides de la vesícula de nacimientos

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

**Cardiovascular Gastrointestinal Neurológico Musculo Esquelético**

\_\_\_Hipertensión (Alta) \_\_\_Diarrea Crónica \_\_\_Migrañas \_\_\_Artritis

\_\_\_Hipotensión (Baja) \_\_\_Constipación \_\_\_Dolor de \_\_\_Osteoartritis

\_\_\_Anemia Crónica Cabeza \_\_\_Reumatoide

\_\_\_Enfermedad \_\_\_Incontinencia \_\_\_Epilepsia \_\_\_Dolor De Espalda

Cardiovascular \_\_\_Desordenes Baja

\_\_\_Derrame Cerebral \_\_\_Ulcera Durmientes \_\_\_Bastón

\_\_\_Inflamación de Pies \_\_\_Hepatitis \_\_\_Síndrome de \_\_\_Andador

\_\_\_Dolor de Pecho \_\_\_Enfermedad del piernas inquitas \_\_\_Silla de Ruedas

\_\_\_Falta de Hígado Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_Prótesis

Reumática \_\_\_Diabetes Tipo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_Gout \_\_\_Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_Otro:\_\_\_\_\_\_\_

**Psiquiátrico Genitourinaria Respiratorio:**

\_\_\_Depresión \_\_\_Incontinente Urinario \_\_\_Asma

\_\_\_Ansiedad \_\_\_Enfermedad de \_\_\_COPD

\_\_\_Bipolar Riñón \_\_\_Tos Crónico

\_\_\_Alcoholismo \_\_\_Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_Terapia de

\_\_\_Adición de Oxigeno

Drogas

\_\_\_Atento de

Suicidio

\_\_\_esquizofrénico

\_\_\_Otro:\_\_\_\_\_\_

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

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

**Medicamentos Dosis Frecuencia (use el lado contrario si necesario)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Todo Otro Medicamento (Incluyendo sin receta)**

**Medicamentos**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Surgías FECHA (Mes/Ano)**

**(Liste Por Favor Todos)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Esta autorización será efectiva inmediatamente. Yo entiendo que esta autorización de revelas mis archivos médicos será invalida cuando yo deje de ser paciente de South Florida 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 Representante Personal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(IMPRIMA POR FAVOR) Si representante personal, describa su autoridad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**OJA DE INDICE DE INCAPACIDAD POR DOLOR**

**INDICE DE INCAPACIDAD POR DOLOR: Las escalas de la calificación debajo de son diseñados para medir el grado a cuales aspectos de su vida son interrumpido por el dolor crónico. Es decir, nosotros queremos saber cuanto 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 esta en su peor.**

**Por cada una de las 7 categorías se actividad de vida, favor circule el numero 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 se 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 Peor**

**Favor de Firmar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Favor Deletrear \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

**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/guardian/Responsable\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Firma de Representante/ Testigo Fecha*

**AUTORIZACION PARA LA REVELACION DE HISTORIAL MEDICO**

**Nombre de Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Yo autorizo la revelación de mi información de salud a Tampa Pain Relief Center para así permitir una revisión completa de mi cuidado medico. Autorizó las siguientes oficinas de medico, los dispensarios, los hospitales, otro proveedores de asistencia medica, las farmacias y las oficinas legales a proporcionar copias de mi información de la salud a Tampa Pain Relief Center.**

**(Enliste todas facilidades, dispensarios, u oficinas de cual información serán solicitados)**

**Oficinas Medicas** (por favor liste todo medico que ha visto en los últimos dos anos)

**Medico** **Dirección**  **Número de Teléfono**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |
| **4.** |  |

**Farmacia:** (por favor provee una lista corriente de toda farmacias que ha usada en los últimos dos anos)

**Nombre de Farmacia** **Dirección**  **Número de Teléfono**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |
| **4.** |  |

**Restricciones:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO hay restricciones en la información que puede ser revelada.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ La siguiente información NO PUEDE ser revelada.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Paciente Fecha**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del Testigo Fecha**

**Historia Familiar**

**Relación Salud Actual e Historia de Problemas**

**Madre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Padre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hermanos(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Consentimiento para la Terapia Crónica de Opioid**

**Resume de Guías para los Opioides rectados:**

1. **El paciente debe proveer copias de reportes de cualquier medico anterior y actual que lo este atendiendo.**
2. **El paciente debe proveerle a SFPRC su dirección y numero de teléfono exactos y mantenernos al día con cualquier cambio en su información personal.**
3. **Los médicos de Tampa Pain Relief Center y sus aliados serán los único en recetar medicinas controladas para el dolor.**
4. **El paciente no debe proveer con el nombre y numero 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 perdidas o destruidas, no se pueden reemplazar.**
8. **Ninguna receta se rellenara después de las horas se 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 calificaciones 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 diagnostico.**
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 si mismas peligrosas. Si son mezclado con algunas de las medicinas usadas a menudo para el dolor, la combinación podría ser mortal.**
12. **Periódicamente haremos examines de orina para ver si están complaciente 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 tiene el derecho de rechazar el examen de orina, podemos terminar la relación de paciente a doctor.**
14. **El paciente de tiene el derecho de rechazar el examen de orina. Tampa Pain Relief Center 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 lo orina.**

**El Paciente autoriza a cualquier oficina medica, hospital o clínica a proveerle detalles de su historia medica y tratamiento a TPRC para el uso de continuar con su cuidado medico completando una forma medica.**

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

**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 opioides.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Paciente Fecha**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del Testigo Fecha**

**Consentimiento De Cuido Y Tratamiento**

**Yo, el abajo firmante, por la presente concuerda y doy mi consentimiento a South Florida Pain Relief Center para proveer el cuidado y el tratamiento médicos a mi mismo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_considerando necesario y apropiado en diagnosticar o tratar su condición física y mental.**

**FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN/ RESPONSABLE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**ASIGNAMIENTO DE BENEFICIOS/PUBLICAR INFORMACION**

**Yo por la presente asigno todos beneficios médicos y/o quirúrgicos para incluir beneficios médicos mayores a que soy permitido, inclusive Medicare, el Medicaid, el seguro privado, e indemnizadores de terceros a South Florida Pain Relief Center. Una fotocopia de la presente es de ser considerada tan valida como la original. Yo por la presente autorizo que publiquen toda información necesaria, incluyendo historiales médicos, para asegurar el pago.**

**Privacidad de Información: South Florida Pain Relief Center utilizara y revelara que su información personal de salud para tratarlo a usted, para recibir pago para el cuidado que proveemos, y para otras operaciones de asistencia medica. Las operaciones de la asistencia medica incluyen generalmente esas actividades que realizamos para 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/Gurardian/Resposable\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**Declaración De Política 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 poción 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 se 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 SOUTH FLORIDA PAIN RELIEF CENTER***

**Lo anterior no corresponde a esos pacientes que son considerados bajo la Compensación de Trabajador, Sin embardo, 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.**

**Recibo Del Aviso De Privacidad**

**Reconozco que he recibido el Aviso de Privacidad adjunto.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Representante del paciente o personal Fecha Firma**

**Si la firma del representante personal aparece mas arriba, por favor describa**

**La relación del Representante Personal para el paciente:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Mujeres Solamente: Si planeo quedar embarazada o creo que estoy embarazada mientras tomo esta medicina, yo llamare inmediatamente a mi medico de obstétrico y esta oficina a informales. Estoy enterado que si tengo un embarazo por completo, el bebe sea físicamente dependiente a los Opioids. Entiendo que el uso de Opioids 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 Opioid.**

***Los médicos de South Florida 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 a 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 Opioids. 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 aun 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 si 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 Opioid 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**

**enviciarse 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 Opioid 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 Opioids puede causar que mi médico elija otra forma del tratamiento**

**Hombres Solamente: Estoy enterado que el uso crónico de Opioid ha sido asociado con niveles bajo de testosterona en varones. Esto puede afectar mi humor, la energía, el deseo sexual y el desempeño sexual físico y sexual. Comprendo que mi medico o medico familiar pueden verificar mi sangre para ver si mi nivel de testosterona es normal.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Paciente Fecha**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del Testigo Fecha**