

Bienvenido a nuestra Practica!

Como se entero de nosotros? Por favor, marque todas las que aplican.

- Mi medico de familia me hablo de ti – Medico Refiriendo _____
 Medios de comunicacion social
 Amigo, familiar o compañero de trabajo Otro: _____

Fecha

INFORMACION del PACIENTE

Nombre	Inicial	Apellido	Nombre de soltera	Genero M / F
Fecha de nacimiento	Seguridad social	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Otro		
Dirreccion	Ciudad	Estado	Codigo Postal	
Numero Primario ()	Numero Alternativo ()	E-Mail		
Etnicidad	Empleador y numero de telefono			
Contacto de Emergencia	Numero de telefono	Preferible el lenguaje		

INFORMACION DEL SEGURO

Seguro Primario	Numero de poliza	Numero de grupo
Nombre del suscriptor	Seguridad social	Relacion con el paciente

Compensacion del trabajador, del vehiculo de Motor o information de reclamaciones de lesiones

Es el dolor el resultado de lesion de compensacion del trabajador? Si No

Compañia de Compensacion _____ Numero de telefono _____

Es el dolor el resultado de un accidente de vehiculo de motor o lesiones? Si No

(Se le dará una página por separado para describir los detalles de su accidente.)

Nombre del Abogado _____ Persona de Contacto _____

Fecha de accidente _____

Farmacio Preferida

Farmacia _____ Numero de telefono _____

Direccion _____

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



Accidente privada y de grupo y asignación de seguro de salud para el pago directo al médico

Por la presente instruir y dirigir mi compañía de seguros a pagar por cheque hecho y enviado por correo directamente a: **Interventional Pain Management**, ad permisible, de beneficios de gastos médicos o profesionales lo contrario a pagar a mí bajo mi corriente póliza de seguro como el pago hacia los cargos totales por los servicios profesionales prestados.

Se trata de una asignación directa de mis derechos y beneficios bajo esta política de

Este pago no excederá de mi deuda al cesionario mencionado, y he accedido a pagar que cualquier balance de dicho profesionales cargos de servicio por encima de este pago del seguro, excepto en casos donde sin culpa o tarifa del seguro de compensación para trabajadores horarios de aplicación.

También entiendo y acepto que soy responsable de todos los gastos incluyendo los costos razonables de la colección. Esta asignación de beneficios no me libera de la obligación de pagar honorarios profesionales.

Una copia de la foto de esta asignación se considerará eficaz y válida como la Original

Autorizo la liberación de la información pertinente a mi caso a la compañía de seguros, ajustador o abogado implicado en este caso.

Política de nombramiento

En esfuerzo para proporcionar tratamiento eficaz a todos nuestros pacientes, es la política de esta empresa que si no puede hacer su cita, debe llamar para cancelar la cita no más tarde de 24 horas antes de la hora programada. Si usted no puede cancelar su cita o no aparecer a su cita, se le cobrará una cuota de "NO SHOW" de \$30.00 por ocurrencia. Para más no planes de seguro y compensación a los trabajadores "Presentarse" los cargces hijo un servicio cubierto. Usted será exclusivamente responsable del pago de este cargo. "NO muestra" repetido y cancelaciones de las citas programadas pueden resultar en que ser descargado con cuidado en el **Interventional Pain Management**.

Si usted llega **15 minutos tarde** después de su cita programada, su cita será reprogramada para la próxima cita disponible. Si usted tiene cualquier pregunta sobre nuestra política, favor de hablar a nuestro personal antes de firmar.

Aviso de reconocimiento de las prácticas de privacidad

Un **Aviso de prácticas de privacidad (NPP)** es provisto para todos los pacientes. Este aviso de prácticas de privacidad identifica: 1) cómo la información médica puede ser usada o divulgada; 2) sus derechos para acceder a su información médica, a enmendar su información médica, solicitar una contabilidad de divulgaciones de su información médica y solicitar restricciones adicionales en nuestro uso y divulgación de dicha información; 3) su derecho a quejarse si cree que sus derechos de privacidad ha sido violado; y 4) nuestras responsabilidades para mantener la privacidad de su información médica.

El infrascrito certifica que él o ella ha leído lo anterior, una copia de la notificación de prácticas de privacidad y el paciente o el paciente personal de representante.

Firma del paciente

Fecha

(Nosotros) el abajo firmante responsable o paciente partido por este medio autorizo a esta oficina a liberación médica, facturación e información de la cita a los siguientes familiares en lugar de mí mismo:

1. _____ Relación _____

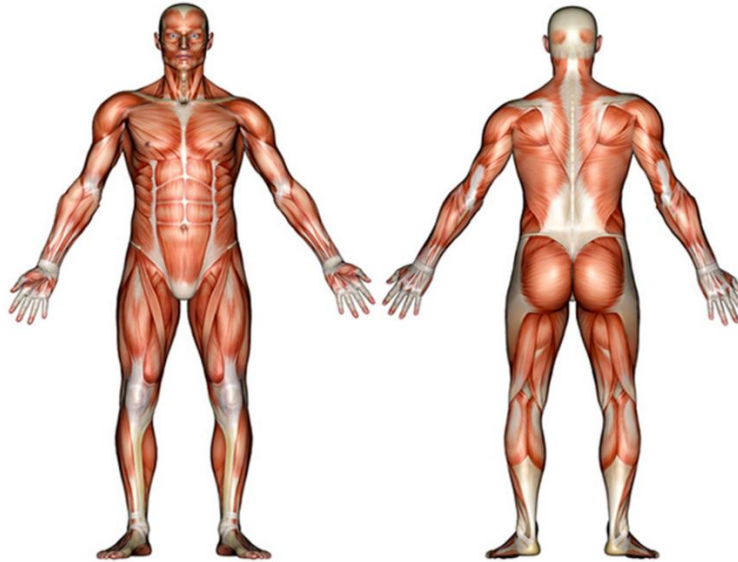
2. _____ Relación _____

3. _____ Relación _____

*** Por favor, entienda a menos que el nombre aparece en este formulario que nos puede revelar cualquier información del paciente***

CUESTIONARIO PACIENTE NUEVO CONFIDENCIAL

Marque en la fotografia donde tiene dolor. Tambien Marque (X) para entumecimiento, (T) para estremecimiento (B) para sensacion de ardor.



Cual es su principal queja? _____

Si el dolor se localiza en el cuello o en la espalda, se irradia hacia los brazos o las piernas? Si No

Qué tan malos son sus síntomas en su:

(Para las escalas abajo, circule el numero utilizando 0 para indicar Ninguna hasta 10 para indicar mas extrema/severa)

Mejor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Peor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hoy	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Duracion del dolor:

- < 1 semana
 1-4 semana
 1-3 meses
 6-12 meses
 > 1 año

Como/Cuando comenzo el dolor? _____ (mes/año)

- Accidente de trabajo
 Despues de la cirugia
 Caída o otro trauma
 Razon desconocida
 Accidente de auto
 Otro _____

Como ha cambiado la intensidad del dolor desde que empezo?

- Continuamente
 Constantemente (la mayoría del día)
 De vez en cuando (menos de la mitad del día)
 Varias veces por semana

Seleccione uno o mas elementos para describir la naturaleza de su dolor:

- Sensacion pulsatil
 De disparos
 Calambres
 Agudo
 Quemadura/Ardiente
 Presion
 Hormigueo
 Adormecer
 Dolor Sordo

Como influyen los siguientes factores de su dolor?

	Mejor	Peor	Ningun efecto		Mejor	Peor	Ningun efecto
Compresas calientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambio de clima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compresas frias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alochol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acostado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toz	<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"/>
Caminando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Levantamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Ha tenido alguna imagen en el ultimo año? (MRIs, CT scans, etc)? Si es asi, donde? _____

CONFIDENTIAL NEW PATIENT QUESTIONNAIRE (cont.)

Cual de las siguientes se ven afectados por el dolor?

- Estado animico
 Actividades de la vida diaria
 Ineraccion social
 Tareas domesticas
 Durmiendo
 Trabajo
 Actividad sexual

Ha tenido alguno de los siguientes tratamientos para el dolor?

Tratamiento	Fechas	Tratamiento	Fechas
Acupuntura		Masaje	
Ejercicio		Soporte de espalda	
Faceta bloques		Psicoterapia	
Punto de activacion		TENS unidad	
Quiropractico		Terapia fisica	
Bloques de nervio		Analgesia epidural	

Historia Médica Pasada

- SIDA o VIH
 Anemia
 Artritis
 Asma
 Trastornos de sangrado
 cáncer
 Depresión
 Diabetes tipo I o tipo II
 Enfisema
 Fibromialgia
 Gota
 Dolores de cabeza/Migrañas
 Enfermedades del corazón
 Hepatitis (A, B, C)
 Presión arterial alta
 Enfermedad de la tiroides
 Insomnio
 Enfermedad del riñón
 Piedras en el riñón
 Enfermedad del hígado
 Lupus
 Ataques de pánico
 Enfermedad Vascular periférica
 Agrandamiento de la próstata
 Mental realizar
 Herpes
 Accidente cerebrovascular
 Tuberculosis

Por favor díganos sobre alguna cirugía que ha tenido, puede indicar la fecha y el año si se conoce:

Cirugía	Fecha

Por favor díganos acerca de su historia de familia:

- No tengo ningún historial médico familiar significativo
 Yo soy adoptado (historia familiar desconocida)

Marque con una ✓	Cáncer	Diabetes	Corazón Enfermedad	Problemas del Riñon	Desdornes Mentales	Problemas de columna vertebral	Accidente cerebrovascular
Madre							
Padre							
Hermanos							
Hermanas							
Otras condiciones							

HISTORIA SOCIAL

Ocupación: _____

¿Fumas? Sí No ¿Cuántas Paquete / día? _____ ¿Años? _____

¿Dejar? Sí No ¿Cuándo? _____

¿Beber alcohol? Sí No En caso afirmativo, ¿Cuánto? _____

Cómo se utiliza cualquier otra droga (marihuana, cocaína, etc.?) Sí No

En caso afirmativo, nombre: _____

Estado civil Soltero Casado Divorciado Viudo

¿Vives solo? Sí No Si no, ¿quién vive? _____

Sólo para las mujeres: 

¿Estas embarazada? Sí No No es seguro Iniciales del paciente _____

Los medicamentos actuales

¿Está tomando un medicamento para diluir la sangre prescrito? Sí No

Anote todos los medicamentos que está tomando actualmente. Adjunte una hoja adicional, si es necesario.

Nombre del medicamento	Dosificación (Es decir, miligramos)	Cómo tomada (Es decir, 1 tableta al día)

Una lista de cualquier medicamentos para el dolor que usted ha intentado en el pasado? _____

¿Es usted alérgico a algún medicamento? _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

¿Usted está experimentando cualquiera de los siguientes?

General Pérdida de apetito Pérdida de peso reciente Fiebre / escalofríos Fatiga Sudores nocturnos

Endocrino / Hematológicas Calor / intolerancia al frío Moretones con facilidad sangrado fácil Los cambios visuales Cambios en la piel

Cardiovascular Dolor de pecho palpitaciones Hinchazón de la pierna

Respiratorio Respiración dificultosa Tos sibilancias

ojos Visión borrosa Visión doble Pérdida de visión Dolor de ojo

genitourinario Dolor al orinar Sangre en la orina Micción frecuente

Piel Erupción Comezón

Gastrointestinal Las náuseas y / o vómitos Acidez Sangre en las heces Estreñimiento

Oreja nariz garganta Ronquera Pérdida de la audición Dificultad al tragar Dolor de oído

Neurológico temblores Mareo Estremecimiento convulsiones

Psiquiátrico Depresión Pensamientos suicidas Drogas / adicción al alcohol Problemas para dormir

ACUERDO PROTOCOLO DE OFICINA

Los siguientes protocolos son necesarios para proporcionar la atención adecuada a todos nuestros pacientes. Por favor, revise, sus iniciales en cada entrada y firme abajo indicando que entiende estos protocolos de oficina y se compromete a respetar ser ellos. La falta de firma no invalida estos protocolos.

- Yo entiendo que las recargas se dan en el momento de la visita al consultorio. Recambios no se hacen por teléfono. _____(Inicial)
- Entiendo que con la terapia de sustancias controladas (narcóticos), se espera que pueda necesitar someterse a pruebas al azar de drogas en orina como parte de mi plan de tratamiento. _____(Inicial)
- Yo entiendo que soy un participante activo en el cuidado de mi salud y de acuerdo en seguir el plan de tratamiento determinado y revisado conmigo en cada visita. Entiendo que cualquier cambio en la condición pueden necesitar una visita al consultorio para la reevaluación. Para los cambios agudos en mi condición, puede que necesite acceder a la atención a través de la sala de emergencias. _____(Inicial)
- Yo entiendo que esta práctica utiliza los profesionales de nivel medio como del ayudante del médico y la enfermera practicante. Proporcionan cuidado en cuanto a la evaluación de nuevos pacientes: pacientes que evalúan la rutina de seguimiento; evaluar cualquier cambio en las condiciones; la educación del paciente con la condición, medicamentos y opciones de tratamiento. _____(Inicial)
- Yo entiendo que mi acceso a la atención a través del teléfono o en el sitio requerirá mi comportamiento para estar en una forma que no es abusivo con el personal. Estoy de acuerdo a que se abstengan de comportamiento que refleja gritos, insultos, insultos o varias llamadas en el mismo día. Yo entiendo que este comportamiento puede dar por terminado mi relación con esta práctica. _____(Inicial)
- Estoy de acuerdo en cancelar mis citas establecidas de antemano para beneficiar a otros pacientes que están en necesidad de las citas anteriores. Yo entiendo que no presentarse a una cita sin llamar con antelación, puede ser un factor en la continuación o interrupción de mi cuidado con este grupo. _____(Inicial)
- Yo entiendo que soy llegar 15 minutos antes de mi hora de la cita para el registro de seguimiento de las citas y 45 minutos antes de una nueva cita del paciente. _____(Inicial)

Nombre del paciente: _____
(Letra de imprenta)

Los pacientes Firma: _____ Fecha: _____



ACUERDO de ASUSTANCIA CONTROLADA

Yo _____ estoy entrando en un contrato con el **Interventional Pain Management / Tricity Pain Associates** y sus médicos - *Urfan Dar MD, Sridhar Vasireddy MD, Kanishka Monis MD, Isaac Tong, MD, Raheel Bengali MD, David Kim MD, Joysree Subramanian MD, Christopher Watson PA-C, Luis Treviño PA-C, Mustafa Monis PA-C* y *Howard Kagan PA-C* con respecto a la prescripción de narcóticos crónicos para mi dolor. Yo entiendo que si no cumplo con este acuerdo toda la terapia narcótica puede interrumpirse.

Estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Todas las sustancias controladas deben provenir del médico que se asigna a su cuidado, o durante su ausencia, cubriendo proveedor, a menos que se obtenga una autorización específica para una excepción. No se le permite recibir cualquier recetas de estupefacientes o drogas sedantes de cualquier otro proveedor.
2. El proveedor de la prescripción tiene permiso para discutir todos los detalles de diagnóstico y tratamiento con los farmacéuticos de dispensación u otros profesionales que prestan sus cuidados de salud a los efectos de mantener la rendición de cuentas.
3. Todas las sustancias controladas deben ser obtenidos en la misma farmacia, cuando sea posible. En caso de surgir la necesidad de cambiar de farmacia, la oficina debe ser informado. La farmacia que ha seleccionado es:

Nombre de la farmacia: _____ Farmacia #: _____

4. Se pedirá a la orina sin previo aviso o pantallas de toxicología de suero, y se requiere su cooperación. Presencia de sustancias no autorizadas puede resultar en la terminación de su tratamiento con opioides y referencia para la evaluación de la conducta adictiva.
5. Recargas se producirán una vez al mes y sólo después de una visita y un examen físico. Los recambios SE hecha por teléfono. Los recambios se dará después de horas, fines de semana, o días festivos. Renovaciones están supeditados a las citas programadas. Por favor, no llamar a las recetas después de las horas o los fines de semana.
6. Si pedidos de reposición se realizan después de las horas, se le indicará por el servicio de contestador para ir a una sala de emergencia de su elección.
7. Se espera que informar a nuestra oficina de cualquier nueva medicación, o condiciones médicas, y de cualquier efecto adverso que experimente a partir de cualquier medicamento que esté tomando.
8. Las recetas pueden ser emitidos antes de tiempo si el médico o el paciente estará fuera de la ciudad cuando se recarga es debido. Estas prescripciones contendrán instrucciones al farmacéutico de que no se llenen antes de la fecha apropiada. No habrá primeras recargas o recetas pre-fecha. Cualquier evidencia de receta, recetas falsificadas, abuso de sustancias, o comportamiento aberrante (incluyendo abuso verbal a nuestro personal de oficina) dará lugar a la terminación de la relación -physician paciente.



9. Los medicamentos no serán reemplazados en caso de pérdida, robo, destrucción, a la izquierda en avión, etc. Es su responsabilidad de proteger a sus medicamentos.
10. Una receta oficial, escrita para una sustancia controlada de la Lista II, se debe llenar un plazo de 21 días después de la fecha en que se emitió la receta. Si usted se aferra a la prescripción de más de 21 días o se olvida de recoger de la farmacia, no va a ser re-escrito hasta que se ve en una visita al consultorio. ¡Sin excepciones!
11. Las recetas deben ser utilizadas solamente como escrita. No se permitirá el uso de una mayor cantidad de medicamento sin consultar a un médico.
12. Usted no puede compartir, vender, o de otra manera permitir que otros tengan acceso a estos medicamentos.
13. envases originales de los medicamentos deben ser traídos a cada visita al consultorio.
14. Dado que los medicamentos pueden ser peligrosos o letales a una persona que no es tolerante a sus efectos, especialmente un niño, se debe mantener fuera del alcance de tales personas.
15. condiciones de cese del incluirán una carta dirigida a usted y el cumplimiento de sus necesidades médicas, un mes después de la fecha de terminación.
16. Por favor espere 48 horas para renovaciones de medicamentos.
17. Debido a la abrumadora llamadas telefónicas para la prescripción de recambio, si se llama intervencionista Manejo del Dolor / Tri-City Dolor Associates por renovaciones de medicamentos que se les permite una llamada telefónica por día, si se llama varias veces al día, se le cobrará una tarifa de \$ 5 por llamada .

Su dolor es su responsabilidad. Hacer citas para renovaciones de medicamentos es su responsabilidad. **Tricity Pain Associates** proporcionará apoyo médico en su búsqueda para minimizar el dolor. Tendrá que realizar esfuerzos para mejorar los hábitos de sueño, la nutrición, el peso corporal, acondicionamiento y estado psicológico. Narcóticos no son la respuesta al dolor crónico, pero se pueden utilizar para mejorar la eficacia de su dolor.

Firma del paciente

Fecha



RECORD MEDICAL LIBERACIÓN DE
EL OBJETIVO DE ESTE liberación es a instancia del paciente.

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del paciente: _____ Código postal: _____

Teléfono paciente # _____ Seguridad Social # _____

Por la presente autorizo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Para liberar mis registros médicos a: **Interventional Pain Management / Tricity Pain Associates**

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| Urfan Dar, MD | Sridhar Vasireddy, MD |
| Kanishka Monis, MD | Raheel Bengali, MD |
| Isaac Tong, MD | David Kim, MD |
| Joysree Subramanian, MD | |

Phone: 210-268-0129 **Fax:** 210-497-3593

El siguiente está autorizado para la liberación:

- TODOS los registros médicos, incluyendo la clínica, Progreso, e informes Procedimiento / Notas
- La demografía y la tarjeta de seguro
- Los resultados de laboratorio, informes de imagen, los resultados de toxicología de orina

Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con las enfermedades de transmisión sexual (SIDA / VIH). También puede incluir información acerca del comportamiento, o servicio mental y tratamiento de abuso de alcohol y drogas.

Firma del paciente / representante legal

Fecha

Imprimir Nombre

La información contenida en este facsímil o los archivos adjuntos es información privilegiada y confidencial destinado únicamente para la persona a la que se dirigió. Si el receptor de este facsímil no es el destinatario nombres, se le notifica que cualquier divulgación, distribución y / o copia de esta comunicación está estrictamente prohibido. Si ha recibido este mensaje por error, por favor notifique inmediatamente por teléfono y destruir o devolver la copia original a la dirección antes mencionada.