Estimado Paciente,

¡Bienvenido al ArchPoint Pain Institute of North Houston! Estamos entusiasmados y dedicados a brindar una excelente atención compasiva para ayudarlo a controlar sus síntomas actuales.

Tiene programada una cita para un nuevo paciente el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ am / pm

Tu cita es en 9638 Huffmeister Rd Suite A, Houston, TX, 77095

Antes de su cita, envíe los registros médicos que incluyan cualquier radiografía o resonancia magnética / tomografía computarizada que haya tenido.

Obtenga una referencia de su PCP y cualquier autorización previa requerida por su compañía de seguros.

En su cita programada, traiga:

 Formularios para pacientes nuevos completamente llenados o espere 45 minutos para completarlos antes de la cita

 Tarjeta de seguro y licencia de conducir u otra identificación emitida por el gobierno

 Todos los medicamentos recetados en sus envases originales

 Todos los registros médicos e informes de imágenes relacionados con el motivo de su visita.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su cita, comuníquese con nosotros.

Esperamos verte.

¿Cómo se enteró de ArchPoint Pain Institute?

 Facebook

 Google

 Yelp

 Mi médico de atención primaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Mi médico especialista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Mi quiropráctico o terapeuta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Registro de pacientes**

|  |  |
| --- | --- |
| **Primer nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Ocupación / Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Número de seguro social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Identidad de género: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Teléfono Principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Teléfono secundario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Teléfono de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Raza** (círculo): Caucásico Afroamericano Nativo Americano Asiático Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Etnicidad** (círculo): hispano o latino no hispano o latino

**Estado civil** (círculo): Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Situación laboral** (círculo): Empleado Desempleado Discapacitado Jubilado

**Estado de tabaquismo** (círculo): Nunca fumador Ex (fecha para dejar de fumar \_\_\_\_\_\_\_) Fumador actual (paquetes / día \_\_\_\_\_\_)

**Bebes alcohol** (círculo): No Sí (bebidas por semana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**¿Usa drogas ilegales?** (marque con un círculo): No Sí (especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) (último uso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**Seguro primario: Seguro secundario o de la Parte D:**

| **Nombre del seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Número de identificación de la póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Grupo #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Relación con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Nombre del seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Número de identificación de la póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Grupo #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Relación con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| --- | --- |

**Razon principal de su visita:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

En caso de una emergencia, no puede tomar una decision medica, a quien elige como su representante en la toma de decisiones?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historial médico activo y pasado** (circulo):

| EPOC / Enfisema |  Infarto de miocardio |  Sangrado gastrointestinal | Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- | --- | --- | --- |
| FibromialgiaEnfermedad de tiroides |  Carrera  Colesterol alto |  Osteoporosis  VIH o SIDA | Etapa de la enfermedad renal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tipo de hepatitis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Asma |  Stents |  Diálisis | Depresión o ansiedad |
| Apnea obstructiva del sueño | Enfermedad vascular o sanguínea |  Enfermedad del hígado | Cáncer (activo o pasado)  |
| Alta presión sanguínea |  Diabetes  |  Glaucoma | Convulsiones / Epilepsia |

**Historial quirúrgico pasado** (nombre y fecha de la cirugía):

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Historia familiar** (relación y enfermedad):

| **Padre:** | **Madre:** |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Alergias y reacción:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Medicamentos actuales:**

| **Medicamento:** | **Dosis (mg)** | **¿Con qué frecuencia?** | **¿Que propósito?**  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Información de la farmacia: Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Laboratorio de uso frecuente Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Revisión de sistemas (marque con un círculo los que correspondan ACTUALMENTE):**

| **Constitucional:** Fiebre. Sudores nocturnos.**Aumento de peso significativo**. Pérdida de peso significativa.**EENT:** boca seca. Ronquidos. hemorragias nasales frecuentes.**Cardiovascular:** dolor de pecho. Hinchazón de tobillos.**Respiratorio**: Tos. Jadear. Dificultad para respirar.**Gastrointestinal:** Náuseas. Vómitos Acidez. Vómito con sangre. Heces con sangre. Taburetes negros. Estreñimiento. Diarrea.**Genitourinario**: dificultad para orinar. Incontinencia urinaria. | **Musculoesquelético:** dolor de cuello. dolor de espalda. Dolor o hinchazón de las articulaciones.**Neurológico:** Dolor de cabeza. Convulsiones Debilidad. Entumecimiento.**Psiquiátrico**: ansiedad frecuente. Estado de ánimo deprimido. **Pensamientos suicidas.** trastornos del sueño. pensamiento brumoso.**Endocrino:** Sed excesiva. Micción frecuente. Fatiga.**Hematológico / linfático:** sangrado excesivo. Moretones excesivos.**Alérgico / inmunológico:** reacción alérgica reciente. |
| --- | --- |

¿Ha sido tratado por adicción o alcoholismo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Algún tratamiento psiquiátrico o psiquiátrico? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dónde está tu dolor (como cuello, espalda baja, rodilla, etc.)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_

¿Recuerda algún accidente o lesión específica que le provocó el dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hace cuánto comenzó su dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Su dolor es constante o intermitente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué empeora el dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué mejora el dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué palabras describen mejor tu dolor? (encierre en un círculo todas las que correspondan):

Dolor Rígido Afilado Tedioso Disparo Apuñalamiento Calambres

Hormigueo Incendio Entumecido Se siente "dormido" Eléctrico Lancinante Tierno

¿Con qué interfiere tu dolor? (encierre en un círculo todas las que correspondan):

Dormir Vestirse Usar el baño Cocinar Limpiar Ir de compras Pasatiempos Trabajar

| *Solo complete esta sección si tiene dolor de CUELLO:*¿En qué brazo baja el dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Si es así, ¿cómo describirías este dolor? (encierre en un círculo todas las que correspondan): Hormigueo Ardiente Entumecido Se siente "dormido"Debilidad de disparo lancinante eléctrico¿Alguna vez le hicieron una radiografía, una resonancia magnética o una tomografía computarizada del cuello? \_\_\_\_\_\_ Si es así, cuándo y dónde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Alguna vez se sometió a una cirugía de cuello? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿La última vez que recibió fisioterapia para el dolor de cuello? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | *Solo complete esta sección si tiene dolor de ESPALDA:*¿A qué pierna baja el dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Si es así, ¿cómo describirías este dolor? (encierre en un círculo todas las que correspondan):Hormigueo Ardiente Entumecido Se siente "dormido"Debilidad de disparo lancinante eléctrico¿Alguna vez le hicieron una radiografía, una resonancia magnética o una tomografía computarizada de la espalda? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Si es así, cuándo y dónde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía de espalda? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿La última vez que recibió fisioterapia para el dolor de espalda? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- | --- |
| *Solo complete esta sección si tiene Dolor de rodilla* (encierre en un círculo todas las que correspondan):Sacudidas Rigidez Cambios de temperatura (un lado cálido / uno frío) Cambios de color (rojo / azul / blanco) Hinchazón Cabello (más grueso o más oscuro) Piel (seca, descolorida) Cosas que antes no dolían, ahora duelen (es decir: tacto, mvmt, presión)¿Ha tenido una cirugía de rodilla? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

Qué medicación(s)¿Toma actualmente para el dolor y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué hace este medicamento(s) permitirle hacer lo que no podría hacer de otra manera? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene algún efecto secundario con sus analgésicos actuales (como estreñimiento o náuseas)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Toma anticoagulantes? De ser así, ¿cuáles? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha visto a un médico especialista en manejo del dolor (nombre)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿La última vez que tuvo una inyección o procedimiento para el dolor (cuándo y dónde)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| ¿Ha tomado alguno de estos medicamentos recientemente para su dolor (encierre en un círculo todas las que correspondan):Acetaminofén (Tylenol) Ibuprofeno (Advil, Midol, Motrin, Duexis) Naproxeno (Aleve, Vimovo) Meloxicam (mobic)Celecoxib (Celebrex) Diclofenac (Voltaren, Flector, Pennsaid) Amitriptilina (elavil)Gabapentina (Neurontin) Pregabalina (Lyrica) Duloxetina (Cymbalta) Carisoprodol (Soma)Ciclobenzaprina (Flexeril) Metocarbamol (Robaxina) Tizanidina (Zanaflex) Baclofeno Lidoderm |
| --- |

| **Cuidado conservador:** | **¿Ha utilizado esta terapia?** | **¿Te ayudó?** | **¿Algún efecto secundario? (Por favor especifica):** |
| --- | --- | --- | --- |
| Paquete de hielo / enfriamiento | No si | No si |  |
| Almohadilla térmica / térmica | No si | No si |  |
| Unidad TENS | No si | No si |  |
| Terapia de comportamiento | No si | No si |  |
| Régimen de ejercicio | No si | No si |  |
| Yoga, tai chi | No si | No si |  |
| Pérdida de peso | No si | No si |  |
| Acupuntura | No si | No si |  |
| Masaje | No si | No si |  |
| Quiropráctica | No si | No si |  |

| Terapia física:¿Ha tenido fisioterapia para su dolor crónico? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_En caso afirmativo, ¿qué áreas del cuerpo se trataron? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Pudiste participar plenamente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Cuándo fue tu sesión más reciente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Cuántas sesiones y / o cuántas semanas completó? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Mejoró su dolor y / o funcionalidad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Empeoró su dolor y / o funcionalidad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- |

**Estatus de vacunas:** (por favor circule “S” para sí y “N” para no)

Pneumonia: 1. ¿Está usted al día con esta vacuna? S / N -Por favor agregar la fecha de su vacuna \_\_\_\_\_\_\_\_

2. **Si no,** está dispuesto a ponerse la vacuna? S / N

3. ¿Tiene usted 60 años de edad o mayor? S / N

Influenza: 1. ¿Está usted al día con esta vacuna? S / N -Por favor agregar la fecha de su vacuna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COVID-19: 1. Está usted completamente vacunado contra el virus COVID-19?

 S / N -Por favor agregar la fecha de su vacuna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. ¿Ya recibio el COVID-19 booster? S / N -Por favor agregar la fecha de su vacuna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3. **Si no,** está dispuesto a ponerse la vacuna? S / N

¿Ha sido usted tratado por Adicción o Alcohol ? S / N

¿Algún tratamiento de Psiquiatra? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha tenido una caída recientemente? S / N Si su respuesta es Sí, solicite en recepción el "Formulario de caídas" para completar.

Tiene usted alguna discapacidad con su (circule las que aplican para usted):

Tobillo. Mano. Muneca. Codo. Hombro.

**Para pacientes femeninos solamente:**

¿Ha tenido una fractura de hueso en su vida? S / N -Por favor agregar la fecha de su vacuna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿ha sido examinado para la osteoporosis?

 S / N -Por favor agregar la fecha de su vacuna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| Cuestionario de dolor: |  | Para uso exclusivo del personal |
| --- | --- | --- |
| ¿Edad entre 16 y 45 años? ............................................................. | No si | 1 |
| ¿Historial de abuso de alcohol? ..................................................... | No si | 3 |
| ¿Historial de abuso de drogas ilegales? .......................................... | No si | 4 |
| ¿Historial de abuso de medicamentos recetados? ......................... | No si | 5 |
| ¿Historia de depresión? ................................................................. | No si | 1 |
| ¿Historial de TDAH, TOC, trastorno bipolar o esquizofrenia? ......... | No si | 2 |
| ¿Historial de abuso sexual preadolescente? ................................... | No si | M0-F3 |
| ¿Historial familiar de abuso de alcohol? .......................................... | No si | M3-F1 |
| ¿Historial familiar de abuso de drogas ilegales? ............................... | No si | M3-F2 |
| ¿Historial familiar de abuso de medicamentos recetados? ................ | No si | 4 |

Cuestionario de dolor:

¿Qué número describe mejor su dolor en promedio durante la última semana?

Sin dolor Dolor tan fuerte como puedas imaginar

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué número describe mejor cómo, durante la semana pasada, el dolor ha interferido con su disfrute de la vida?

Sin interferencia Interfiere completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué número describe mejor cómo, durante la última semana, el dolor ha interferido con su actividad general?

Sin interferencia Interfiere completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Con qué frecuencia tiene cambios de humor?

Nunca A menudo

0 1 2 3 4

¿Con qué frecuencia fuma un cigarrillo una hora después de despertarse?

Nunca A menudo

0 1 2 3 4

¿Con qué frecuencia ha tomado medicamentos distintos a los recetados?

Nunca A menudo

0 1 2 3 4

¿Con qué frecuencia ha consumido drogas ilegales (por ejemplo, marihuana, cocaína, etc.) en los últimos cinco años?

Nunca A menudo

0 1 2 3 4

¿Con qué frecuencia, en su vida, ha tenido problemas legales o ha sido arrestado?

Nunca A menudo

0 1 2 3 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACUERDO DE MANEJO DEL DOLOR SEGÚN LO REQUIERE LA JUNTA MÉDICA DE TEXAS REFERENCIA: CÓDIGO ADMINISTRATIVO DE TEXAS, TÍTULO 22, PARTE 9, CAPÍTULO 170 4ta Edición: Desarrollado por la Sociedad del Dolor de Texas, agosto de 2017

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AL PACIENTE:**Como paciente, tiene derecho a ser informado sobre su afección y el procedimiento médico o de diagnóstico recomendado o la terapia con medicamentos que se utilizará, de modo que pueda tomar una decisión informada sobre si tomar o no los medicamentos después de conocer los riesgos. y peligros involucrados. Esta divulgación no tiene la intención de asustarlo o alarmarlo, sino que es un esfuerzo para informarlo mejor para que pueda dar o negar su consentimiento / permiso para usar los medicamentos recomendados por mí, como su médico. A los efectos de este acuerdo, el uso de la palabra "médico" se define para incluir no solo a mi médico, sino también a los asociados autorizados, asistentes técnicos, enfermeras, personal y otros proveedores de atención médica de mi médico, según sea necesario o aconsejable para tratar mi condición.

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y / O TERAPIA CON DROGAS:**Solicito voluntariamente a ArchPoint Pain Institute of North Houston que trate mi afección que se me ha explicado como dolor crónico, que es un estado de dolor que persiste más allá del curso habitual de una enfermedad aguda o la curación de una lesión. Por la presente autorizo ​​y doy mi consentimiento voluntario para que mi médico administre o escriba recetas de drogas peligrosas y / o controladas (medicamentos) como un elemento en el tratamiento de mi dolor crónico. Se me ha explicado que estos medicamentos incluyen opioides / narcóticos, que pueden ser dañinos si se toman sin supervisión médica. He hablado de los riesgos y beneficios del uso de sustancias controladas para el tratamiento del dolor crónico, incluida una explicación de lo siguiente: (a) diagnóstico; (b) plan de tratamiento; (c) resultados terapéuticos previstos, incluyendo expectativas realistas de alivio sostenido del dolor y mejor funcionamiento y posibilidades de falta de alivio del dolor; (d) terapias además o en lugar de la terapia con medicamentos, incluida la fisioterapia o técnicas psicológicas; (e) posibles efectos secundarios y cómo tratarlos; (f) efectos adversos, incluido el potencial de dependencia, adicción, tolerancia y abstinencia; y (g) posibles complicaciones y deterioro del juicio y las habilidades motoras. Se me han explicado los métodos alternativos de tratamiento, los posibles riesgos involucrados y las posibilidades de complicaciones como se indica a continuación. Entiendo que esta lista no está completa y que solo describe los efectos secundarios o reacciones más comunes, y que la muerte también es una posibilidad como resultado de tomar estos medicamentos.

LOS MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS QUE MI MÉDICO PLANEA PRESCRIBIR SERÁN DESCRITOS Y DOCUMENTADOS POR SEPARADO DE ESTE ACUERDO. ESTO INCLUYE EL USO DE MEDICAMENTOS PARA PROPÓSITOS DIFERENTES A LOS QUE HAN SIDO APROBADOS POR LA COMPAÑÍA DE DROGAS Y EL GOBIERNO (ESTO A VECES SE REFIERE COMO PRESCRIPCIÓN "FUERA DE LA ETIQUETA"). MI MÉDICO ME EXPLICARÁ SU (S) PLAN (ES) DE TRATAMIENTO PARA MÍ Y LO DOCUMENTARÁ EN MI CARTA MÉDICA.

**HE SIDO INFORMADO Y**Entiendo que me someteré a pruebas y exámenes médicos antes y durante mi tratamiento. Esas pruebas incluyen controles aleatorios sin previo aviso (orina, sangre, saliva o cualquier otra prueba indicada y considerada necesaria por mi médico en cualquier momento) para medicamentos y evaluaciones psicológicas cuando se considere necesario, y por la presente doy permiso para realizar las pruebas. o mi negativa puede dar lugar a la finalización del tratamiento. La presencia de sustancias no autorizadas o la ausencia de sustancias autorizadas puede resultar en que me den de alta de su cuidado.

**ENTIENDO QUE LOS EFECTOS SECUNDARIOS MÁS COMUNES QUE PODRÍAN OCURRIR EN EL USO DE LAS DROGAS UTILIZADAS EN MI TRATAMIENTO INCLUYEN, PERO NO SE LIMITAN A LOS SIGUIENTES:**estreñimiento, náuseas, vómitos, somnolencia excesiva, picazón, retención urinaria (incapacidad para orinar), hipotensión ortostática (presión arterial baja), arritmias (latidos cardíacos irregulares), insomnio, depresión, deterioro del razonamiento y el juicio, depresión respiratoria (respiración lenta o nula) ), impotencia, tolerancia a medicamentos, dependencia física y emocional o incluso adicción, y muerte. No participaré en ninguna actividad que pueda ser peligrosa para mí o para otra persona si me siento somnoliento o no estoy pensando con claridad. Soy consciente de que incluso si no me doy cuenta, mis reflejos y tiempos de reacción podrían verse ralentizados. Tales actividades incluyen, pero no se limitan a: usar equipo pesado o un vehículo de motor, trabajar en alturas desprotegidas o ser responsable de otra persona que no puede cuidar de sí misma.

Se me han explicado los métodos alternativos de tratamiento, los posibles riesgos involucrados y las posibilidades de complicaciones, y todavía deseo recibir medicamentos para el tratamiento de mi dolor crónico.

El objetivo de este tratamiento es ayudarme a controlar mi dolor crónico para poder vivir una vida más productiva y funcional. Me doy cuenta de que puedo tener una enfermedad crónica y que existe una posibilidad limitada de curación completa, pero el objetivo de tomar medicamentos con regularidad es reducir (pero probablemente no eliminar) mi dolor para poder disfrutar de una mejoría. calidad de vida. Me doy cuenta de que el tratamiento para algunos requerirá el uso prolongado o continuo de medicamentos, pero un objetivo de tratamiento apropiado también puede significar la eventual suspensión del uso de todos los medicamentos. Mi plan de tratamiento se adaptará específicamente a mí. Entiendo que puedo retirarme de este plan de tratamiento y descontinuar el uso de los medicamentos en cualquier momento y que notificaré a mi médico sobre cualquier uso descontinuado.

Entiendo que no se me ha otorgado ninguna garantía en cuanto a los resultados de cualquier terapia con medicamentos o la cura de cualquier condición. El uso a largo plazo de medicamentos para tratar el dolor crónico es controvertido debido a la incertidumbre con respecto a la medida en que proporcionan un beneficio a largo plazo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi afección y tratamiento; riesgos de no tratamiento y de la farmacoterapia; tratamiento médico o procedimiento (s) de diagnóstico que se utilizarán para tratar mi afección; y los riesgos y peligros de dicha terapia con medicamentos, tratamiento y procedimiento (s), y creo que tengo suficiente información para dar este consentimiento informado.

**ENTIENDO Y ACEPTO LO SIGUIENTE:**Que este acuerdo de manejo del dolor se relaciona con mi uso de todos y cada uno de los medicamentos (es decir, opioides, también llamados “narcóticos, analgésicos” y otros medicamentos recetados, etc.) para el dolor crónico recetado por mi médico. Entiendo que existen leyes, reglamentos y políticas federales y estatales con respecto al uso y prescripción de sustancias controladas. Por lo tanto, los medicamentos solo se proporcionarán siempre que siga las reglas especificadas en este Acuerdo.

El término "médico de manejo del dolor" a continuación significa su médico de manejo del dolor primario u otro médico que cubra al médico de manejo del dolor primario.

Mi médico de manejo del dolor puede optar por suspender los medicamentos en cualquier momento. El incumplimiento de cualquiera de las siguientes pautas y / o condiciones puede causar la interrupción de los medicamentos y / o mi alta de la atención y el tratamiento. El alta puede ser inmediata por cualquier comportamiento delictivo: (el paciente debe indicar todas las disposiciones con sus iniciales)

\_\_\_\_\_ Soy consciente de que todas las recetas de sustancias controladas ahora están siendo monitoreadas por la Junta de Farmacia del Estado de Texas y que mi médico de manejo del dolor accederá a la información cada vez que escriba una receta.

 \_\_\_\_\_ Acepto someterme a pruebas de laboratorio para los niveles de drogas a pedido, incluidos análisis de orina y / o sangre, para detectar el uso de medicamentos recetados y no recetados en cualquier momento y sin previo aviso. Si doy positivo por sustancias ilegales, como marihuana, speed, cocaína, etc., el tratamiento para el dolor crónico puede finalizar. Además, puede ser necesaria una consulta o una derivación a un experto: como someterse a una evaluación psiquiátrica o psicológica por parte de un médico calificado, como un especialista en adicciones o un médico que se especialice en desintoxicación y rehabilitación y / o terapia / psicoterapia cognitivo-conductual. .

\_\_\_\_\_ No se solicitarán recargas antes de la fecha de recarga programada. Sin embargo, se permiten recargas anticipadas cuando estoyviajando y hago los arreglos antes de la fecha de salida prevista. De lo contrario, no esperaré recibir medicamentos adicionales antes de la hora de mi siguiente reabastecimiento programado, incluso si se agotan mis recetas. Mi médico de manejo del dolor puede limitar el número y la frecuencia de reabastecimiento de recetas.

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi (s) medicamento (s) se volverá a surtir con regularidad. Entiendo que mi (s) receta (s) y mi (s) medicamento (s) son exactamente como dinero. Si se pierde o es robado, NO SE PUEDE REEMPLAZAR

 \_\_\_\_\_ Mi médico de manejo del dolor controlará todos mis síntomas de dolor agudo y crónico. Solo mi médico de manejo del dolor puede recetar medicamentos peligrosos y programados para el tratamiento del dolor crónico. Recibiré medicamentos de sustancias controladas solo de UN médico de manejo del dolor, a menos que sea para una emergencia o los medicamentos recetados por otro médico estén aprobados por mi médico de manejo del dolor. La información de que he estado recibiendo medicamentos recetados por otros médicos que no han sido aprobados por mi médico de manejo del dolor puede dar lugar a la interrupción de los medicamentos y el tratamiento. Todos los demás problemas relacionados con la salud deben ser manejados por mi médico de atención primaria.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en informar a cualquier médico que pueda tratarme por cualquier otro problema médico que estoy inscrito en un programa de manejo del dolor, ya que el uso de otros medicamentos puede causar daño.

\_\_\_\_\_ Por la presente, doy permiso a mi médico de manejo del dolor para discutir todos los detalles de diagnóstico y tratamiento con mis otros médicos y farmacéuticos con respecto al uso de medicamentos recetados por mis otros médicos. Doy permiso a mi médico de manejo del dolor para obtener todos y cada uno de los registros médicos necesarios para diagnosticar y tratar mis afecciones dolorosas.

\_\_\_\_\_ Usaré los medicamentos exactamente como me lo indique mi médico de manejo del dolor. Cualquier aumento no autorizado de la dosis de los medicamentos puede considerarse una causa para la interrupción del tratamiento.

\_\_\_\_\_ Si alguien que no sea mi médico de manejo del dolor me receta medicamentos para tratar el dolor agudo o crónico, entonces divulgar esta información a mi médico de manejo del dolor en o antes de mi próxima fecha de servicio, que debe incluir como mínimo el nombre y la información de contacto de la persona que emitió la receta, la fecha de la receta, el nombre y la cantidad del medicamento recetado y la farmacia que despachó el medicamento.

\_\_\_\_\_ Todos los medicamentos deben obtenerse en una farmacia designada por mí, con excepción de aquellas circunstancias por las cuales no tengo control o responsabilidad, que me impiden obtener medicamentos recetados en mi farmacia designada. Si surgiera la necesidad de cambiar de farmacia, mi médico de manejo del dolor debe ser informado en o antes de mi próxima fecha de servicio con respecto a las circunstancias y la identidad de la farmacia. Usaré solo una farmacia y le proporcionaré a mi farmacéutico una copia de este acuerdo. Autorizo ​​a mi médico de manejo del dolor a divulgar mis registros médicos a mi farmacéutico según sea necesario.

\_\_\_\_\_ Mi progreso será revisado periódicamente y, si los medicamentos no mejoran mi función y calidad de vida, es posible que se suspendan.

\_\_\_\_\_ Debo cumplir con todas las citas de seguimiento según lo recomendado por mi médico o mi tratamiento puede interrumpirse.

\_\_\_\_\_ Acepto no compartir, vender ni permitir que otros, incluidos mi familia y amigos, tengan acceso a estos medicamentos.

\_\_\_\_\_ No permitiré ni ayudaré en el uso indebido / desvío de mi medicamento; ni se lo daré ni se lo venderé a nadie más.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que yo soy responsable por cargos y sanciones por llegar mas que 15 minutos tarde a mi cita y/o por no presentarme a mi cita.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que yo soy responsable por cargos y sanciones resultando de cancelar mi cita en menos de 24 hrs y por no notificar la clínica antes de 24 hrs de mi cita.

\_\_\_\_\_ Si a mi médico de manejo del dolor le parece que no hay beneficios demostrables para mi función diaria o calidad de vida de los medicamentos, entonces mi médico de manejo del dolor puede probar medicamentos alternativos o puede reducirme gradualmente todos los medicamentos. ). No haré responsable a mi médico de manejo del dolor por los problemas causados ​​por la interrupción de los medicamentos.

\_\_\_\_\_ Reconozco que mi dolor crónico representa un problema complejo que puede beneficiarse de fisioterapia, psicoterapia, atención médica alternativa, etc. También reconozco que mi participación activa en el manejo de mi dolor es extremadamente importante. Acepto participar activamente en todos los aspectos del programa de manejo del dolor recomendado por mi médico de manejo del dolor para lograr una mayor función y una mejor calidad de vida.

\_\_\_\_\_ Entiendo que muchos medicamentos recetados para el dolor crónico producen efectos secundarios graves que incluyen somnolencia, mareos y confusión. El alcohol aumentará todos estos efectos secundarios y debe suspenderse antes de comenzar a tomar estos medicamentos.

**Certifico y acepto lo siguiente (el paciente deberá indicar todas las disposiciones con sus iniciales):**

\_\_\_\_\_ 1) Actualmente no estoy usando drogas ilegales ni abusando de medicamentos recetados, y no estoy recibiendo tratamiento por dependencia (adicción) o abuso de sustancias. Estoy leyendo y haciendo este acuerdo mientras estoy en total posesión de mis facultades y no bajo la influencia de ninguna sustancia que pueda afectar mi juicio.

\_\_\_\_\_ 2) Nunca he estado involucrado en la venta, posesión ilegal, uso indebido / desvío o transporte de sustancias controladas (narcóticos, pastillas para dormir, pastillas para los nervios o analgésicos) o sustancias ilegales (marihuana, cocaína, heroína, etc.) ).

\_\_\_\_\_ 3) No se ha garantizado ni asegurado los resultados que pueden obtenerse del tratamiento del dolor crónico. Con pleno conocimiento de los posibles beneficios y posibles riesgos involucrados, doy mi consentimiento para el tratamiento del dolor crónico, ya que me doy cuenta de que me brinda la oportunidad de llevar una vida más productiva y activa.

\_\_\_\_\_ 4) He revisado los efectos secundarios de los medicamentos que pueden usarse en el tratamiento de mi dolor crónico. Entiendo completamente las explicaciones sobre los beneficios y los riesgos de estos medicamentos y estoy de acuerdo con el uso de estos medicamentos en el tratamiento de mi dolor crónico.

\_\_\_\_\_ 5) Si me convierto en paciente de esta clínica y recibo sustancias controladas para controlar mi dolor, este acuerdo de manejo del dolor reemplaza cualquier otro acuerdo que pueda haber firmado en el pasado.

**Solo para pacientes femeninas**Se me han explicado completamente todos los posibles efectos anteriores de los medicamentos y entiendo que, en la actualidad, no se han realizado suficientes estudios sobre el uso a largo plazo de muchos medicamentos, es decir, opioides / narcóticos, para garantizar la completa seguridad de mi (s) hijo (s) por nacer. Con pleno conocimiento de esto, doy mi consentimiento para su uso y eximo a mi médico por lesiones al embrión / feto / bebé.

\_\_\_\_\_\_ Hasta donde yo sé, NO estoy embarazada.

\_\_\_\_\_\_ Si no estoy embarazada, usaré un método anticonceptivo / anticonceptivo apropiado durante mi tratamiento. Acepto que es MI responsabilidad informar a mi médico de inmediato si quedo embarazada.

\_\_\_\_\_\_ Si estoy embarazada o no estoy seguro, LE NOTIFICARÉ A MI MÉDICO INMEDIATAMENTE.

Consentimiento inicial del portal del paciente \_\_\_\_\_

El Portal del Paciente ofrece acceso a parte de su historial médico, la capacidad de administrar citas y una comunicación segura. El Portal no debe utilizarse para comunicaciones urgentes. El sistema está protegido y encriptado, pero todas las formas de comunicación tienen riesgo de verse comprometidas. Para minimizar ese riesgo, proporcione información precisa y no permita que usuarios no autorizados accedan a su cuenta. Reconozco y acepto el Consentimiento del Portal del Paciente.

Consentimiento por teléfono y mensaje de texto inicial \_\_\_\_\_

ArchPoint Pain Institute of North Houston desea comunicarse con usted a través de llamadas telefónicas o mensajes de texto usando su teléfono personal con respecto a recordatorios de citas. Es posible que se incluya cierta información personal limitada. Acepto recibir llamadas telefónicas y / o mensajes de texto de ArchPoint Pain Institute of North Houston, se pueden aplicar cargos por datos.

Política de privacidad y política de redes sociales inicial \_\_\_\_\_

ArchPoint Pain Institute of North Houston tiene el deber de proteger su información médica personal (PHI). Autorizo ​​a ArchPoint Pain Institute of North Houston a obtener o divulgar PHI para fines de tratamiento, operaciones de atención médica y pago. Esto puede incluir la comunicación con otros profesionales de la salud, compañías de seguros, intercambios de información médica u otras entidades involucradas en la prestación de su atención médica. Su PHI no se divulgará de otro modo a menos que lo solicite o según lo exija la ley. He recibido y revisado la Política de privacidad de HIPAA.

Las fotos / imágenes, los videos y / o los testimonios se pueden usar con fines educativos, informativos y publicitarios en los sitios de redes sociales. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y es posible que ya no esté protegida por la regulación de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito.

Consentimiento informado y acuerdo de manejo del dolor

Reconozco y acepto el Acuerdo de Consentimiento Informado y Manejo del Dolor.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsabilidad financiera y asignación de beneficios

El pago vence en el momento del servicio. El paciente es responsable de todos los copagos, coseguros, deducibles o cargos no cubiertos. Verificamos los beneficios de su seguro como cortesía y los formularios necesarios se presentarán a las compañías de seguros. No podemos garantizar la cobertura ni el pago. Todos los cargos son su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no. Los cheques devueltos están sujetos a un cargo por cobranza de $ 35.00. El saldo impago de más de 180 días puede estar sujeto a cobros a través de una agencia de cobros. Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su saldo. Lo alentamos a comunicar cualquier problema de este tipo para que podamos ayudarlo en la gestión de su saldo pendiente.

Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, y autorizo ​​y ordeno a mi (s) compañía (s) de seguro, incluido Medicare, seguro privado y cualquier otro plan de salud, que emita el pago directamente al ArchPoint Pain Institute of North Houston por los servicios prestados a mí y / o mis dependientes independientemente de los beneficios de mi seguro. Entiendo que soy responsable de cualquier monto que no cubra el seguro. Soy responsable de notificar a ArchPoint Pain Institute si cambia la cobertura de mi seguro.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Política de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA)**

¿Qué es HIPAA?

* La HIPAA se convirtió en ley en 1996 y está destinada a ayudar a proteger sus derechos y la privacidad de su información médica.

| ¿Qué información está protegida?* Información que sus médicos, enfermeras y otros proveedores de atención médica ingresan en su expediente médico
* Conversaciones que su médico tiene sobre su atención o tratamiento con enfermeras y otras personas.
* Información sobre usted en el sistema informático de su aseguradora de salud
* Información de facturación sobre usted en su clínica
* La mayoría de la otra información médica sobre usted en poder de quienes deben cumplir estas leyes.

La privacidad del paciente es importante para nosotros* Valoramos nuestra relación con nuestros pacientes y tenemos el deber de proteger su información médica personal (PHI). Todos los empleados reciben capacitación sobre HIPAA y nuestras políticas para garantizar que su PHI permanezca protegida.
* Solo se accede a su PHI para proporcionar servicios de tratamiento, coordinación de atención médica o pago, o según lo requiera la ley.
* La información del paciente no es de acceso público.
* Se utilizan contraseñas seguras para acceder a la historia clínica electrónica. El registro médico electrónico cumple con HIPAA.
* Los registros físicos están detrás de candado y llave cuando están desatendidos.
 |  | ¿Qué derechos tengo sobre mi información médica?Las aseguradoras y proveedores de salud que son entidades cubiertas deben cumplir con su derecho a: * Solicite ver y obtener una copia de sus registros médicos. Se requiere solicitud por escrito.
* Hacer que se agreguen correcciones a su información médica
* Recibir un aviso que le diga cómo se puede usar y compartir su información médica.
* Decidir si desea dar su permiso antes de que su información de salud pueda ser utilizada o compartida para ciertos propósitos, como para fines de marketing.
* Obtener un informe sobre cuándo y por qué se compartió su información médica para ciertos propósitos.
* Si cree que se le niegan sus derechos o que no se protege su información médica, puede
	+ Presentar una queja con su proveedor o aseguradora médica
	+ Presente una queja ante el HHS:
 |
| --- | --- | --- |

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU .: Oficina de Derechos Civiles 200 Independence Ave SW Washington DC 20201

Autorización para divulgar información médica personal / autorización de HIPAA (opcional)

Autorizo ​​a ArchPoint Pain Institute of North Houston a divulgar información médica personal a las personas que se enumeran a continuación. Entiendo que esto puede incluir información médica y de facturación. Esto puede revocarse en cualquier momento con una solicitud por escrito.

| Nombre completo | Fecha de nacimiento | Relación |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

Certifico que la información completada en este formulario es precisa a mi leal saber y entender. No responsabilizaré a mi médico ni a ningún miembro del personal por los errores u omisiones que pueda haber cometido al completar este formulario.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_