

FORMULARIO DE INFORMACIÓN ACERCA DE LA PACIENTE

NUMERO DE ARCHIVO _____		MÉDICO/ PARTERA _____	
MÉDICO DE CABECERA _____		Nº DE TEL. DEL MÉDICO DE CABECERA _____ Nº DE FAX _____	
NOMBRE _____		SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	
Nº DE SEGURO SOCIAL _____		FECHA DE NACIMIENTO _____ ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D	
RELIGIÓN _____ EDAD _____		Nº DE TEL. CASA () _____ CELL PH. # () _____	
DIRECCIÓN _____		APT. _____	
CIUDAD _____		ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____	
Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR _____		ESTADO DE LA LICENCIA DE CONDUCIR _____	
EMPLEADOR/ ESCUELA _____		TÍTULO _____ Nº DE TEL. () _____	
DIRECCIÓN _____		CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____	
CÓNYUGE _____		EDAD _____ FECHA DE NAC. _____	
EMPLEADOR DEL CÓNYUGE _____		TÍTULO _____ Nº DE TEL. () _____	
DIRECCIÓN _____		CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____	
NECESITA TRADUCTOR <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		LENGUA MATERNA _____ REFERIDO POR: _____	

PERSONA DE CONTACTO LOCAL PARA CASOS DE EMERGENCIA, QUE NO CONVIVA CON USTED:

NOMBRE _____		Nº DE TEL. () _____		RELACIÓN _____	
DIRECCIÓN _____		CIUDAD _____		ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____	

SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD, POR FAVOR COMPLETE A CONTINUACIÓN:

NOMBRE DEL PADRE _____		NOMBRE DE LA MADRE _____	
EMPLEADO POR _____		EMPLEADA POR _____	
POSICIÓN _____		POSICIÓN _____	
TELÉFONO _____		TELÉFONO _____	

<u>INFORMACIÓN DEL SEGURO PRINCIPAL</u>	<u>INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO</u>
CÍA. DE SEGURO _____	CÍA. DE SEGURO _____
DIRECCIÓN _____	DIRECCIÓN _____
CIUDAD/ ESTADO/ CÓD. POSTAL _____	CIUDAD/ ESTADO/ CÓD. POSTAL _____
Nº DE TEL. _____	Nº DE TEL. _____
Nº DE I.D. _____	Nº DE I.D. _____
NOMBRE O Nº DEL GRUPO _____	NOMBRE O Nº DEL GRUPO _____
NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO _____	NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO _____
¿SE TRATA DE UN PLAN DE EMPLEADOR? _____	¿SE TRATA DE UN PLAN DE EMPLEADOR? _____
Nº DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO _____	Nº DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO _____
FECHA DE NAC. DEL ASEGURADO _____	FECHA DE NAC. DEL ASEGURADO _____
RELACIÓN CON EL ASEGURADO _____	RELACIÓN CON EL ASEGURADO _____
(Titular – Esposo – Esposa – Hijo(a) – Otro)	(Titular – Esposo – Esposa – Hijo(a) – Otro)

GARANTÍA DE PAGO
 Comprendo perfectamente que es mi responsabilidad cumplir con el pago correspondiente a los Médicos de este consultorio por todos los servicios médicos que me presten. También comprendo que todas las facturas vencen y deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se haya acordado algo diferente. Acepto pagar todos los costos de recaudación, incluyendo los honorarios y costos razonables de un abogado, en caso de que sea necesario presentar una demanda para que se efectúe el pago. Autorizo que los pagos sean realizados directamente a mi médico.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN
 Por el presente documento, autorizo a los Médicos de este consultorio a revelar a mi compañía aseguradora cualquier información adquirida en el transcurso de mi examen o tratamiento a los fines de procesar cualquier reclamo a la aseguradora.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO
 En caso de que este consultorio presentara reclamos de seguro de parte mía, por la presente autorizo el pago directo de cualquier beneficio a los Médicos de este consultorio por el tratamiento médico o quirúrgico recibido por mí. En esta circunstancia, entiendo que soy responsable de cualquier cargo que no cubra el seguro. Autorizo a que se entregue una copia de mi autorización en vez del original.

Firma _____ Fecha _____
 (Padre/madre de la paciente, si es menor)

Autorización para Discutir la Información Protegida acerca de la Salud*

Yo, _____, autorizo a _____

a revelar o discutir acerca de la información relacionada con mi condición médica (incluyendo la información referente a mi plan de tratamiento y la información acerca de los medicamentos y/ o acerca de la facturación) a la(s) siguiente(s) persona(s)**:

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

- ***POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE NINGUNA PERSONA AJENA A ESTA LISTA PODRÁ RECIBIR INFORMACIÓN ACERCA DE SU ATENCIÓN MÉDICA, INCLUYENDO INFORMACIÓN ACERCA DE LA FACTURACIÓN. USTED PUEDE MODIFICAR, LIMITAR O AMPLIAR ESTA LISTA EN CUALQUIER MOMENTO.**
➤ ****NO ES NECESARIO INCLUIR A NINGUNA PERSONA, SI USTED ASÍ LO DESEA.**

Por favor, indique los números de teléfono a los que prefiere que la contactemos para:

- Resultados: Laboratorio, Rayos X, Ecografías, Mamografías, etc.
- Avisos recordatorios
- Cambios en las visitas programadas

1. _____
2. _____

Nombre de la paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nº del Seguro Social: _____

Fecha: _____

Firma de la Paciente: _____

DIRECTIVA ANTICIPADA

¿TIENE USTED ALGUNA DIRECTIVA ANTICIPADA/ TESTAMENTO EN VIDA? NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR FACILÍTENOS UNA COPIA PARA NUESTROS REGISTROS.

SI LA RESPUESTA ES NO, POR FAVOR, HÁGANOS SABER SI NECESITA INFORMACIÓN.

South Florida Interventional Pain & Wellness Institute

Autorizacion para suministrar informacion medica a terceros

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____ No. De seguro social: _____
Direccion: _____
No. telefono de casa: _____ No. telefono de celular: _____

Autorizo a: _____

A suministrar toda informacion de caracter medico relacionada con mi tratamiento desde _____ hasta _____. Quedan incluidos todos los registros, si los hubiera, sobre VIH o sida, salud mental o conductual o atencion psiquiatrica y abuso de drogas o alcohol.

Proposito de esta solicitud: Provision de atencion medica continua

Puntos especificos sobre los que se entregara informacion:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Informes cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Guardias | <input type="checkbox"/> Informe patologico |
| <input type="checkbox"/> Informe de consultas | <input type="checkbox"/> Informe de evolucion | <input type="checkbox"/> Informe de cirugia |
| <input type="checkbox"/> Informe de radiologicos | <input type="checkbox"/> Informe de electrocardiograma | <input type="checkbox"/> Resumen de alta |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Historia clinica y examen fisico | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Registros de medicamentos bajo recetas | <input type="checkbox"/> Fotos, cintas de video u otras imagines digitales | |
| <input type="checkbox"/> Otros (indicar) _____ | | |

Enviar informacion por Correo Fax Conservar para que sea retirada por un representante autorizado de:

Dr. Lowell Davis & Dr. Rosemary Daly

1951 S.W. 172nd Ave, Suite 314

Miramar, FL 33029

No. de Telefono: (954) 447-5206 Fax: (954) 447-5259

Comprendo que el presente consentimiento puede ser revocado en cualquier momento except en la medida en que se hayan llevado a cabo acciones con anterioridad a la revocacion. Si no se hubiera revocado en forma previa, el presente consentimiento se extinguira transcurrido un ano desde la fecha de su firma.

Firma del paciente o tutor

Fecha

Aclaracion

Vinculo con el paciente

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Al firmar abajo, reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de la compañía y sus subsidiarias y afiliadas. Se requiere que el Aviso de prácticas de privacidad que debe facilitarse a mí bajo la Ley de 1996 del Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad, en su versión modificada de vez en cuando, incluyendo como ha sido modificada por las Tecnologías de la Información de la Salud Ley de Salud Económica y Clínica para (el "Ley de alta tecnología"), Título XIII de la División A y el Título IV de la División B de la Ley de 2009 de Recuperación y Reinversión y cualquier normativa de desarrollo.

Fecha de vigencia del Aviso: 23 de septiembre 2013

Paciente: _____ Fecha: _____
(letra de imprenta)

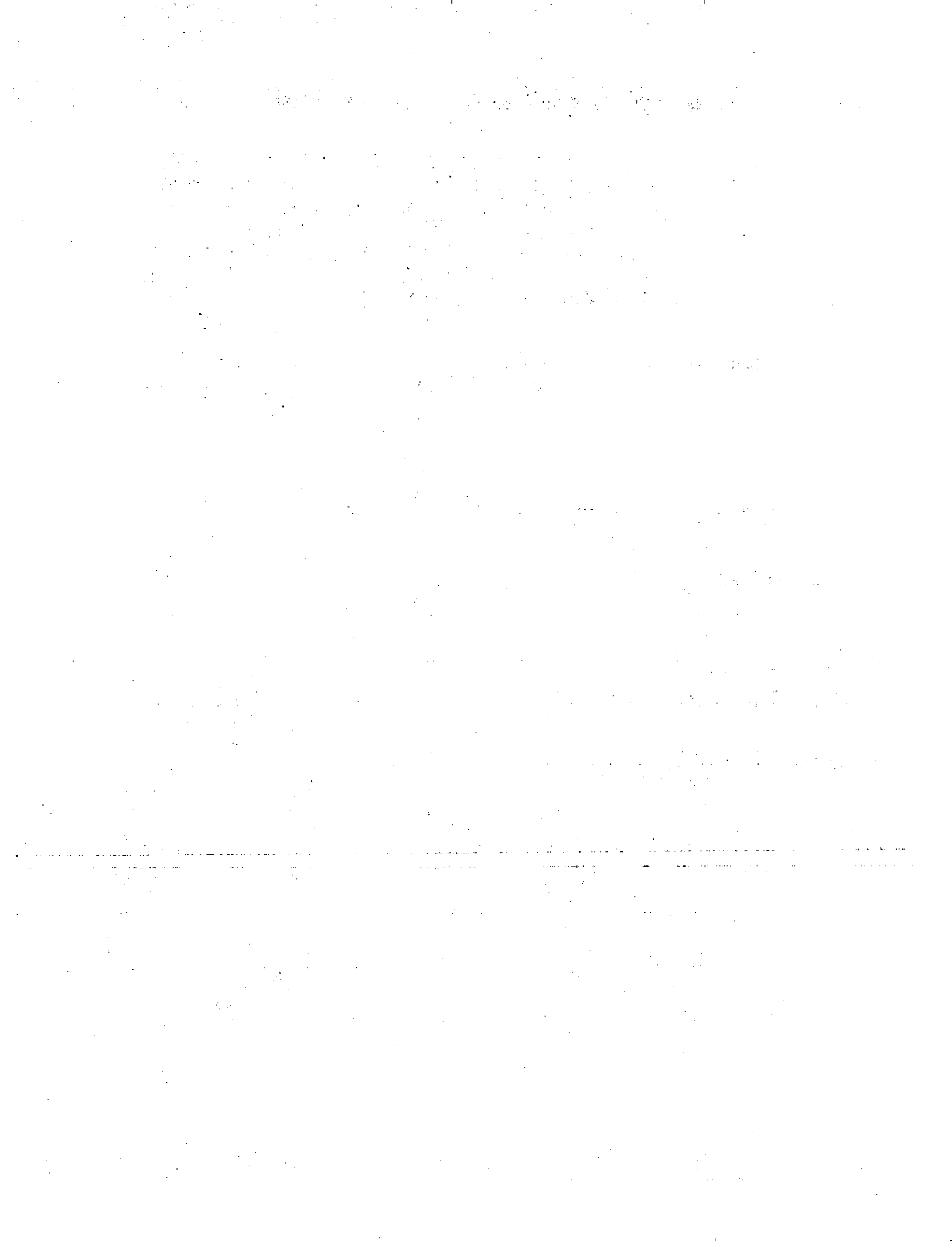
Firma del Paciente:

o

Representante del Paciente: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

ABC950S



CONTRATO PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

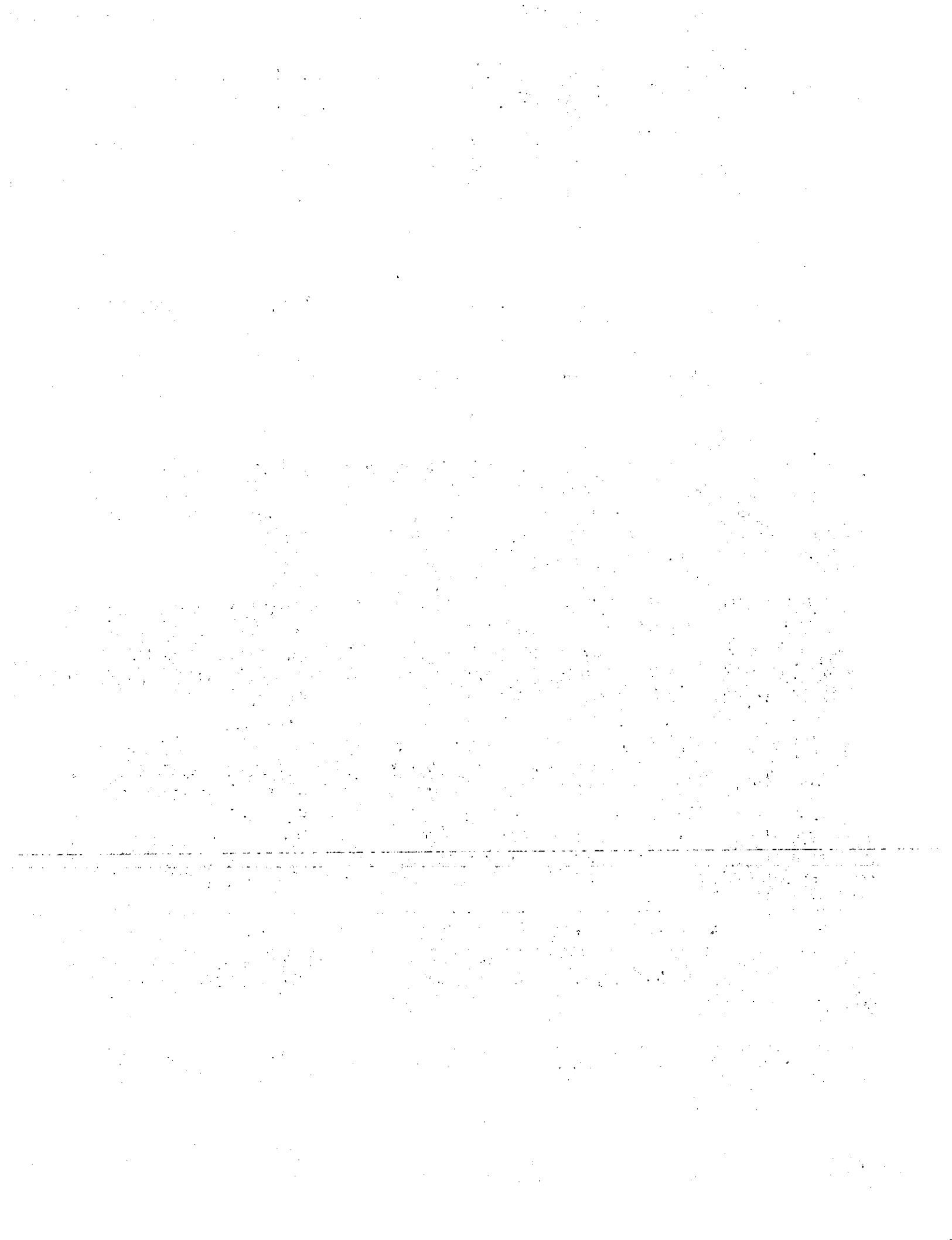
Nuestro objetivo en el campo de la medicina aplicada al tratamiento del dolor consiste en brindar ayuda al paciente en el tratamiento de los dolores crónicos. Con dicho fin implementamos diversas modalidades, entre las que incluyen las inyecciones o bloqueos nerviosos, terapia física, programas de ejercicios, asistencia psicológica cuando sea necesaria, y derivaciones a cirujanos u otros especialistas según sea requerido. Intentamos controlar el dolor a través de medios que no sean medicamentos para que los pacientes puedan, en la medida de lo posible, vivir sin dolores. Apuntamos a tratar la causa del dolor y no los síntomas. Sin embargo, también comprendemos que para el tratamiento de ciertos dolores crónicos posiblemente deban indicarse analgésicos narcóticos fuertes y otros medicamentos otorgados bajo receta.

El presente contrato tiene por objeto clarificar las condiciones según las cuales el médico que recetará medicamentos. Este contrato contribuirá a que usted y su médico cumplan con la normativa en materia de fármacos sujetos a control y evitar malentendidos acerca de los medicamentos que usted puede tomar para el dolor. Por favor lea detenidamente cada uno de los puntos incluidos en este contrato.

DECLARO COMPREDENDER Y ACEPTAR LAS SIGUIENTES CONDICIONES APLICABLES A TODAS LAS RECETAS:

1. TOMARÉ EL (LOS) MEDICAMENTO(S) DE MANERA TAL DE NO SUPERAR LAS CANTIDADES INDICADAS POR EL MÉDICO QUE TRATE EL DOLOR EN CASO DE SUPERAR LA CANTIDAD INDICADA, NO SE REPODRÁ EL MEDICAMENTO EN FORMA ANTICIPADA YS ES POSIBLE QUE CAREZCA DE MEDICAMANTOS PARA EL DOLOR POR UN DETERMINADO PERÍODO DE TIEMPO.
2. NO COMPARTIRÉ, VENDERÉ NI COMERCIALIZARÉ MIS MEDICAMENTOS CON PERSONA ALGUNA. NO INTENTARÉ OBTENER DE NINGÚN OTRO MÉDICO, NINGÚN MEDICAMENTO SUJETO A CONTROL, INCLUIDOS LOS MEDICAMENTOS OPIODES PARA EL DOLOR, LOS ESTIMULANTES DUJETOS A CONTROL O LOS ANSIOLÍTICOS. PONDRÉ A RESGUARDO LAS RECETAS RECIBIDAS Y LOS MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR CON EL FIN DE EVITAR SU PÉRDIDA O ROBO. COMPRENDO QUE NO SE REPODRÁN LOS MEDICAMENTOS O LAS RECETAS QUE SE EXTRAVÍEN O SEAN ROBADOS.
3. LA INTERRUPCIÓN REPENTINA DE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS NARCÓTICOS PARA EL DOLOR PUEDE PROVOCAR SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA DESAGRADABLES O PELIGROSOS.
4. EN EL CASO DE QUE MI MÉDICO CONSIDERE QUE LA DOSIS DEL MEDICAMENTO PARA EL DOLOR ES EXCESIVA O QUE DIAGNOSTIQUE ADDICCIÓN, PROCEDERÁ A REDUCIE LA MEDICACIÓN DURANTE EL LAPSO QUE SEA NECESARIO (DÍAS, SEMANAS, MESES) PARA EVITAR LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA. TAMBIÓN PODRÁ RECOMENDARSE LA REALIZACIÓN DE UN TRATAMIENTO DE DROGADEPENCA O UN PROGRAMA DE DESINTOXICACIÓN.
5. DECLARO COMPRENDER Y ACEPTAR QUE NO PODRÉ RECIBIR NINGÚN TIPO DE MEDICAMENTO SEDATIVO O PARA EL DOLOR OTORGADO BAJO RECETA DE PARTE DE NINGÚN MÉDICO EXCEPTO EL MEDICO QUE TRATE MI DOLOR, A MENOS QUE EXISTA ALGUNA NECESIDAD MÉDICA ESPECIAL. EN EL CASO DE QUE MI CUIDADOR O YO RECIBAMOS UN MEDICAMENTO SEDATIVO O PARA EL DOLOR DE PARTE DE OTRO MÉDICO, CUALQUIERA DE NOSOTROS INFORMARÁ DICHA CIRCUMSTANCIA AL CENTRO DE TRATAMIENTO DEL DOLOR POR TELEFONO O POR ESCRITO DENTRO DE LAS 72 HORAS DE HABER OBTENIDO LOS MEDICAMENTOS OTORGADOS BAJO RECETA.

6. LA REPOSICIÓN DE MEDICAMENTOS BAJO RECETA SE EFECTUARÁ ÚNICAMENTE EN EL HORARIO NORMAL DE ATENCIÓN DEL CONSULTORIO.
7. NO SE REPONDRÁN MEDICAMENTOS BAJO RECETA DURANTE LA NOCHE, LOS FINES DE SEMANA NI LOS DÍAS INHÁBILES, NI SIN AL MENOS 48 HORAS DE PREAVISO A MI MÉDICO O AL PERSONAL DEL CONSULTORIO.
8. DECLARO COMPRENDER QUE ES MI RESPONSABILIDAD LLEVAR UN CONTROL DE LA CANTIDAD DE MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR QUE ME VA QUEDANDO.
9. A SU DISCRECIÓN, EL MÉDICO PUEDE EMITIR UNA RECETA PARA LA REPOSICIÓN DE MI(S) MEDICAMENTO(S) A PARTIR DE UNA CONVERSACIÓN TELEFÓNICA MANTENIDA ENTRE NOSOTROS SOBRE EL DOLOR QUE YO SUFRA Y LOS EFECTOS QUE EL MEDICAMENTO OTORGADO BAJO RECETA EN CUESTIÓN PRODUZCAN SOBRE DICHO PADECIMIENTO.
10. INFORMARÉ A MI MÉDICO EN FORMA COMPLETA Y EXACTA LAS CARACTERÍSTICAS E INTENSIDAD DEL DOLOR, EL EFECTO QUE ESTE PROVOCA EN MI VIDA COTIDIANA Y LA MEDIDA EN QUE LOS MEDICAMENTOS CONTRIBUYEN A ALIVIAR EL DOLOR. MANIFESTO COMPRENDER QUE MI CUIDADOR O YO MISMO, SOMOS RESPONSABLES DE INFORMAR AL MÉDICO YA SEA EN FORMA PERSONAL, EN CONSULTA DE SEGUIMIENTO, O TELEFÓNICAMENTE AL NÚMERO DEL CENTRO DE TRATAMIENTO DEL DOLOR (954-447-5206) EN EL HORARIO DE TRABAJO HABITUAL SOBRE CUALQUIER PROBLEMA O REACCIÓN ADVERSA QUE SE HAYA PRODUCIDO A RAÍZ DEL MEDICAMENTO.
11. SE ME HA SUGERIDO ABSTENERME DE INGERIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS O MODERAR LA CANTIDAD INGERIDA EN FORMA SIGNIFICATIVA MIENTRAS TOMO LOS MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR. NO CONSUMERÉ NINGUNA SUSTANCIA ILEGAL SUJETA A CONTROL, INCLUIDOS LA MARIHUANA, LA COCAÍNA, LA HEROÍNA, EL EXTASIS, GHB, ETC. SI SOY FUMADOR DE CIGARILLOS COMPRENDO QUE SE ME SOLICITARÁ ABANDONAR DICHA PRÁCTICA. LOS FUMADORES DE CIGARRILLOS EN GENERAL PRESENTAN UN MENOR NIVEL DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO DEL DOLOR DEBIDO A LOS EFECTOS QUE GENERA EL CIGARRILO EN EL OXÍGENO QUE LLEGA A LOS TEJIDOS PERIFÉRICOS. ASIMISMO, LA OBESIDAD ES UNA DE LAS CAUSAS MÁS IMPORTANTES DEL FRACASO DEL TRATAMIENTO DE DOLOR CRÓNICOS. CADA DIEZ LIBRAS DE PESO EN EXCESO SE GENERA UN AUMENTO DE CIENTO LIBRAS DE PRESIÓN SOBRE LA COLUMNA, LOS DISCOS VERTEBRALES Y NERVIOS ESPINALES. EL EXCESO DE PESO PROVOCA ASÍ UN INCREMENTO DEL DOLOR. SI USTED PADECE SOBREPESO DEBERÁ INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE ADELGAZAR. TAMBIÉN SE INDICARÁ REALIZAR TERAPIA FÍSICA EN ESTA ÁREA.
12. SI SE INDICA LA REALIZACIÓN DE TERAPIA FÍSICA, ACEPTO CONCURRIR Y PARTICIPAR EN LA MAYOR MEDIDA POSIBLE. SI HUBIERA ALGÚN PROBLEMA CON LA TERAPIA FÍSICA, ACEPTO TRANSMITIR DICHA CIRCUNSTANCIA A MI MÉDICO PARA QUE ÉSTE PUEDA EFECTUAR LOS CAMBIOS NECESARIOS EN EL PLAN DE LA TERAPIA.
13. ACEPTO SOMETERME A UN ANÁLISIS DE SANGRE U ORINA SI ASÍ FUERA REQUERIDO POR MI MÉDICO PARA DETERMINAR EL CUMPLIMIENTO CON EL RÉGIMEN DE LA MEDICACIÓN PARA EL DOLOR.



14. EN CASO DE SER REQUERIDO, LLEVARÉ TODOS LOS MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR QUE NO HAYAN SIDO UTILIZADOS A LA CONSULTA MÉDICA PARA QUE SE EFECTÚE EL "RECUENTO DE PASTILLAS." MI MÉDICO PUEDE SOLICITAR "RECUENTO DE PASTILLAS" ADICIONALES EN CUALQUIER MOMENTO, Y ACEPTO CUMPLIR CON DICHS PEDIDOS. ME COMPROMETO A LLEVAR A CADA CONSULTA CON MI MÉDICO EL ÚLTIMO ENVASE DE CADA MEDICAMENTO RECETADO. ESTOS ENVASES DEBEN CORRESPONDERSE CON LAS ÚLTIMAS RECETAS PERTINENTES QUE ESTÉN REGISTRADAS EN LA HISTORIA CLÍNICA. LAS ETIQUETAS DE LOS ENVASES DEBEN ESTAR INTACTAS Y SER LEGIBLES DE MODO QUE EL MÉDICO PUEDA LLEVAR UN CONTROL DOCUMENTADO ADECUADO EN LA HISTORIA LÍNICA. EN ESPECIAL, SE TOMARÁ NOTA Y SE VERIFICARÁ EL NÚMERO DE REGISTRO DE LA RECETA Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DE LA FARMACIA.

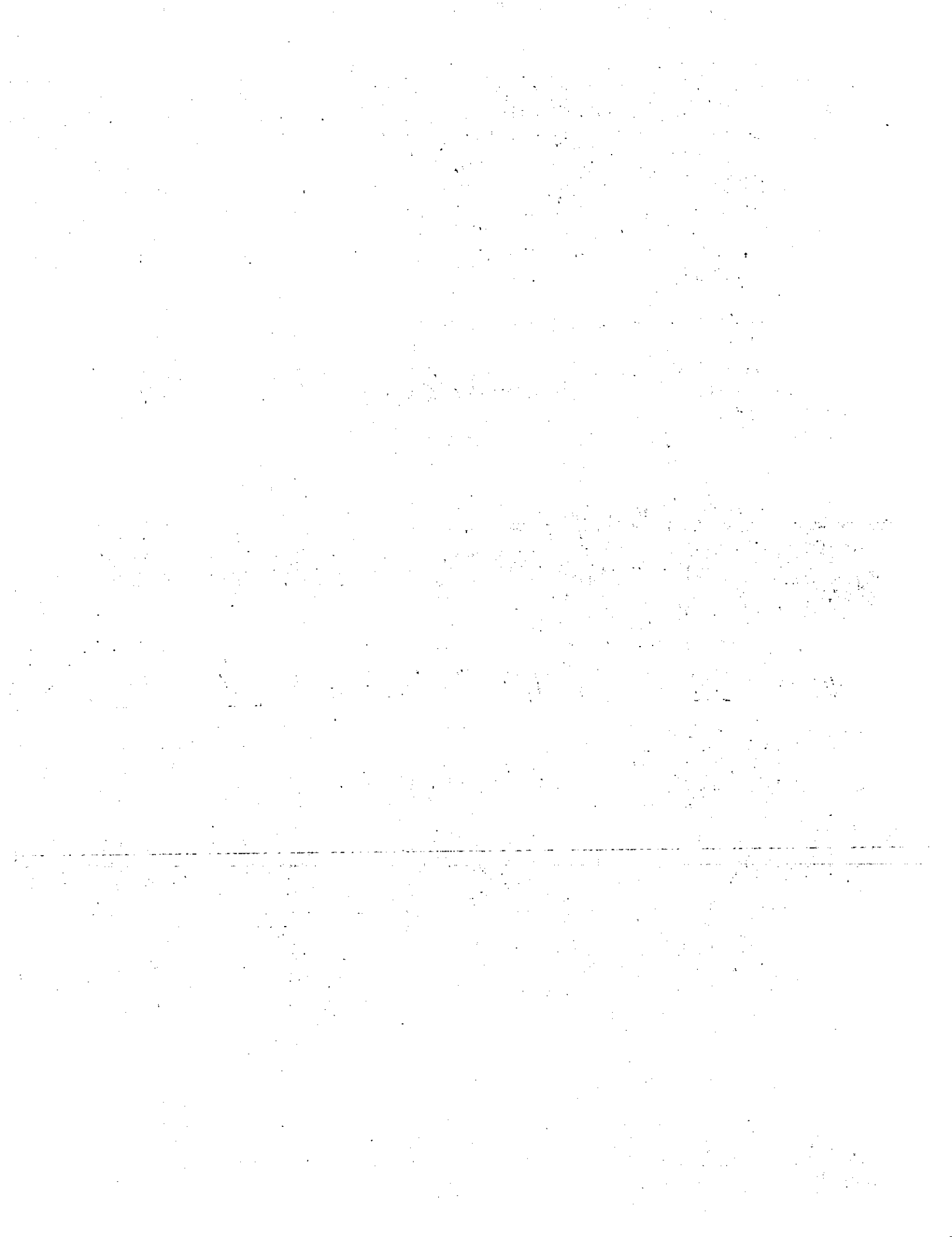
15. TAMBIÉN DECLARO COMPRENDER QUE ESTE CONTRATO REVISTE UN CARÁCTER ESENCIAL EN LA CINFIANZA NECESARIA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y QUE MI MÉDICO SE COMPROMETE A TRATARME EN VIRTUD DE LO ESTABLECIDO EN ESTE CONTRATO. COMPRENDO QUE EN EL CASO DE QUE INCUMPLIERA EL PRESENTE CONTRATO O SUMINISTRARA INFORMACIÓN FALSA, MI MÉDICO DEJARÁ DE RECETAR LA MEDICACIÓN PARA EL CONTROL DEL DOLOR Y ES POSIBLE QUE SE DISPONGA MI EXCLUSIÓN INMEDIATA DE LA LISTA DE PACIENTES DEL MÉDICO.

He revisado todos los puntos incluidos en este contrato de tres (3) páginas. Acepto cumplir con todas las pautas desciptas anteriormente. Se han respondido en forma adecuada todas mis dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento. Encaso de que así lo solicite, se me entrará una copia del presente documento. Otorgo mi consentimiento en forma voluntaria para participar en el plan de medicación para el dolor descrito en este Contrato.

Firma del paciente _____ Fecha: _____

(Si corresponde) Nombre del tutor: _____ Firma del tutor: _____

Nombre del testigo: _____ Firma del testigo: _____



Nombre: _____ Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Ocupación: _____ ¿Cuándo empezó el problema? _____

Tipo de herida: trabajo/relacionado con el trabajo en casa resbalón/caída auto deportes artritis

¿Ha podido usted trabajar debido a su herida? Sí No ¿Cuánto tiempo? _____

¿Ha sido visto usted en una sala de emergencia? Sí No ¿Nombre del hospital? _____

¿Ha tenido usted un MRI del área herida? Sí No ¿Nombre del lugar? _____

Historia Presente de Dolor

Dolor Lumbar

- Dolor lumbar solamente; ningún dolor de pierna
- Dolor lumbar aflija más que el dolor de pierna
- Dolor lumbar y pierna es igual
- Dolor de pierna es peor que el dolor lumbar
- Dolor de pierna solamente; ningún dolor lumbar

Nivel de Dolor en peor

- 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Dolor de Cuello

- Dolor del cuello solamente; ningún dolor de brazo
- Dolor de cuello aflija más que en dolor de brazo
- Dolor de cuello y brazo es igual
- Dolor de brazo es peor que el dolor cuello
- Dolor de brazo solamente; ningún dolor de cuello

- 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

¿Tiene usted algunos de los síntomas siguientes? Entumecimiento Hormigueo
 ¿Tratamientos para su dolor actual incluyen? Medicación Terapia Física Quiropráctico Inyecciones
 Acupuntura Masaje Paquetes fríos/calientes Ejercicio/Estire Unidad de Tens

Historia Clínica

Enfermedad	Diagnosticado	Tratamiento	Enfermedad	Diagnosticado	Tratamiento
Hipertensión			Desordenes sangrientos		
Problemas Cardíacos			Incontinencia urinaria		
Convulsiones			Enfermedad de nervios		
Diabetes			Problemas de riñón		
Asma			Problemas del hígado		
Cáncer			Derrame cerebral		
Quimio/ Radiación			Colesterol alto		
Enfisema			Hepatitis		
Problemas de tiroides			Osteoporosis		
Úlceras			Artritis		
Migrañas			Enfermedad pulmonar		
VIH/Sida			Nausea/ Vómitos		
Problemas de GI			Otro:		

¿Es usted alérgico a alguna medicina? Sí No si su respuesta es sí, lista por favor:

¿Esta usted tomando cualquier analgésico? Si No si su respuesta es si, lista por favor:

¿En los últimos 6 meses a un año, que exámenes se ha hecho para evaluar su dolor?

¿Toma usted bebidas con cafeína? Si No Tazas por día _____ (Te, Cola, etc.)

¿Tome usted toma bebidas alcohólicas? Si No Bebidas al día _____

¿Fuma usted cigarrillos o puros? Si No Paquetes al día _____ Puros al día _____

¿Jamás utilizó usted drogas de calle? (si dentro de un año) Si No si su respuesta es si, especifique:
 Marihuana Cocaína Anfetaminas Otro: _____

Liste por favor TODAS medicinas actuales que usted toma:

<u>Medicaciones:</u>	<u>Razón:</u>	<u>Dosis:</u>	<u>Tiempo de uso:</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Qué medicamentos ha tomado usted en el pasado para el dolor?

Avinza Darvocet Darvon Duragesic Hydrocodone Kadian Lorcet
 Lortab Metadona Morphine MS Contin Norco Oromorph Oxycodona
 Oxycontin Percocet Percodan Talwin Tylenol#3 Tylenol#4 Tylox
 Ultracet Ultram Advil Aleve Arthrotec Bextra Celebrex
 Mobic Motrin Naprosyn Naproxen Flovicet Florinal Gabapentin
 Gabirel Lamictal Neurontin Topamax Baclofen Fexeril Methcarbamol
 Norflex Paraton Forte Robaxin Skelaxin Soma Zanaflex

Other: _____

¿Yo certifico que he contestado verdaderamente todas las preguntas, y no he retenido sin saber ninguna información con respecto a los problemas previos, ni del pasado o presente?

 Firma del Paciente

 Fecha

 Firma de Medico

 Fecha

South Florida **Interventional Pain & Wellness Institute**

Dr. Lowell Davis

Dr. Rosemary Daly

¿Ha padecido alguno de alguno de los siguientes problemas en los últimos 6 meses? Por favor conteste TODAS las preguntas

General

Fiebre Si o No
Escalofríos Si o No
Sudoración Si o No
Anorexia Si o No
Cambio de peso reciente Si o No
Entumecimiento u hormigueo Si o No

Vista

Visión borrosa Si o No
Visión doble Si o No
Irritación ocular Si o No
Pérdida de la visión Si o No
Dolor Si o No
Fotosensibilidad Si o No

Otorrinolaringologuito

Dolor de oídos Si o No
Ruidos en los oídos Si o No
Pérdida de la audición Si o No
Hemorragia nasal Si o No
Dolor de garganta Si o No
Ronquera Si o No
Cambios de voz Si o No

Cardiovascular

Dolor en el pecho Si o No
Cambios en la frecuencia cardíaca Si o No
Desmayos Si o No
Dificultad respiratoria Si o No

Respiratorio

Tos Si o No
Tos con sangre Si o No
Asma o Sibilancia Si o No

Gastrointestinal

Náuseas o vómitos Si o No
Diarrea frecuente Si o No
Constipación Si o No

Genitourinario

Dolor al orinar Si o No
Orina frecuente Si o No
Sangre en orine Si o No

Músculo esquelético

Dificultad al caminar Si o No
Dolor en articulaciones Si o No
Rigidez o hinchazón en articulaciones Si o No
Debilidad muscular Si o No
Debilidad en articulaciones Si o No
Extremidades frías Si o No

Neurológica

Parálisis Si o No
Convulsiones Si o No
Mareos Si o No
Temblores Si o No
Problemas de equilibrio Si o No
Dolores de cabeza Si o No

Psiquiátrico

Depresión Si o No
Ansiedad/ Angustia Si o No
Pérdida de la memoria Si o No
Trastornos mentales Si o No
Ideación suicida Si o No

Endocrinológico

Intolerancia al calor Si o No
Intolerancia al frío Si o No
Sed excesiva Si o No
Hambre excesiva Si o No
Orina excesiva Si o No

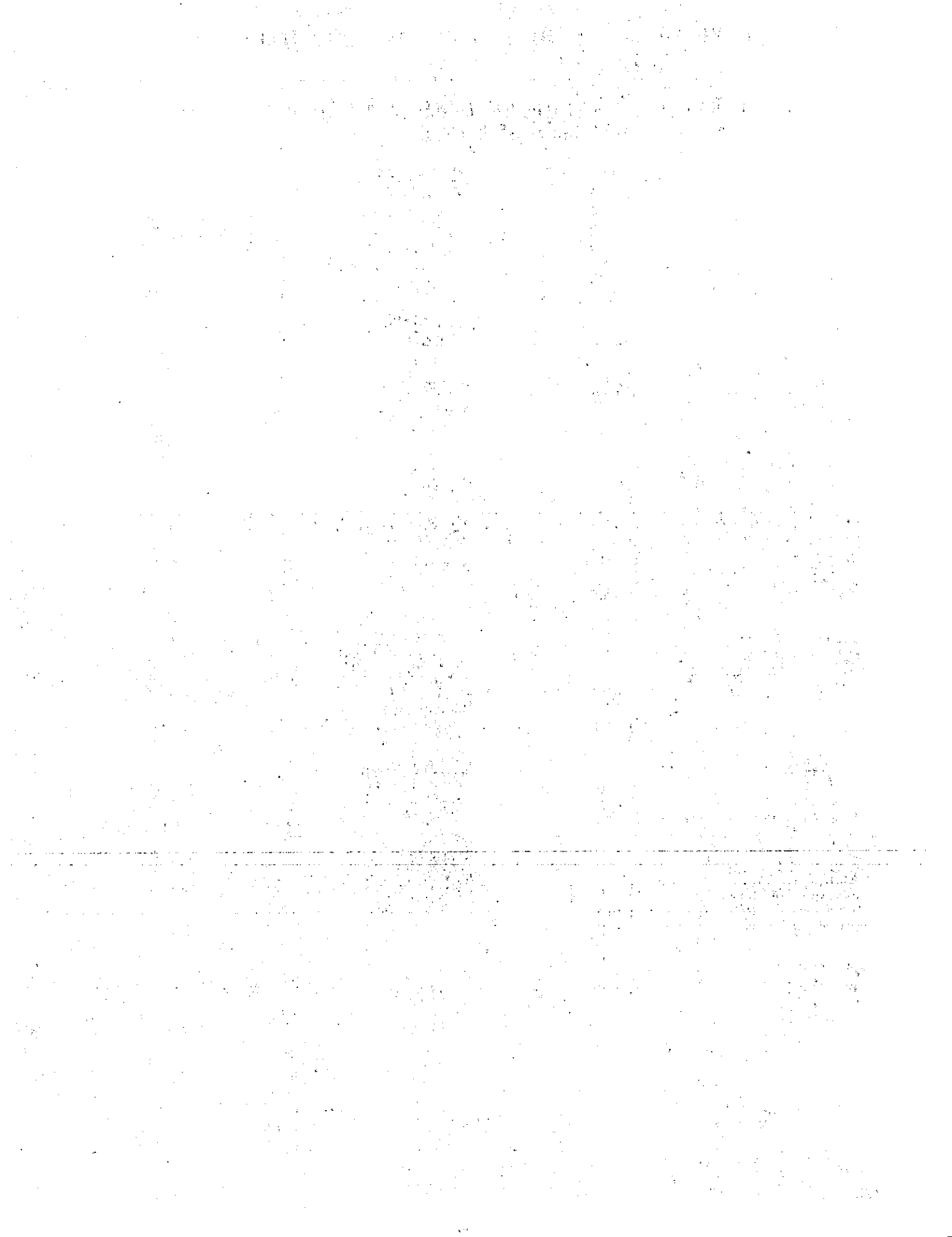
Hematológico

Hematomas con facilidad Si o No
Hemorragias con facilidad Si o No
Ganglios linfáticos inflamados Si o No
Ronchas Si o No
Rinitis alérgica Si o No
Infecciones persistentes Si o No

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

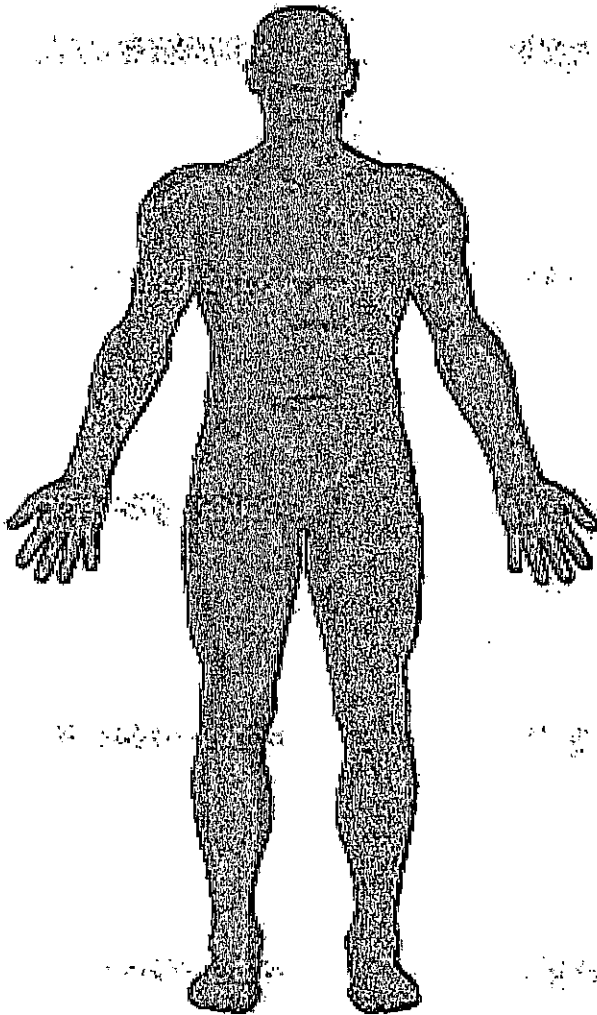
Prestador: _____



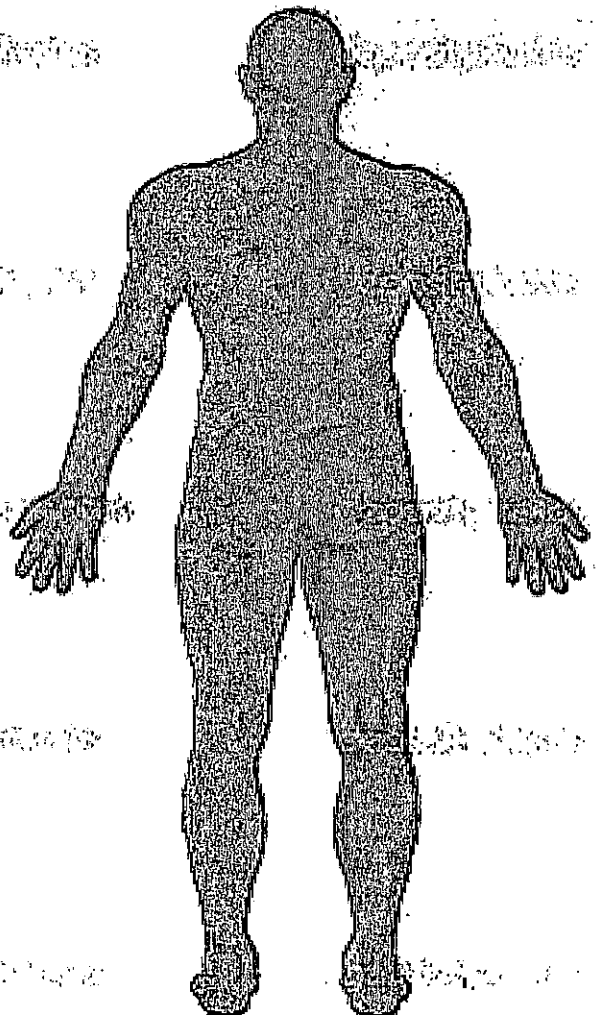
INTERVENTIONAL PAIN & WELLNESS INSTITUTE

NOMBRE : _____

Marque con una "X" donde esta el dolor



DE FRENTE



DE TRAS

