



Información para el Paciente

<u>Nombre:</u>	<u>Fecha de nacimiento:</u> / /	<u>SSN:</u> - -	<u>Sexo:</u>
<u>Dirección postal:</u>		<u>Apt / Unidad / Spc / Ste # :</u>	
<u>Ciudad:</u>	<u>Estado:</u>	<u>Código postal:</u>	
<u>Contacto principal # :</u> () - <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		<u>Contacto secundario # :</u> () - <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
<u>Correo electrónico:</u>		<u>Estado civil:</u> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro:	
<u>Método de facturación preferido:</u> <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico		<u>Idioma preferido:</u> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	
<u>Empleador:</u>	<u>Ocupación:</u>	<u>Tipo de empleo:</u> <input type="checkbox"/> Dedicación plena <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro:	
<u>Médico remitente:</u>		<u>Médico de Atención Primaria:</u> <input type="checkbox"/> Igual que referir <input type="checkbox"/> Otro:	
<u>¿Cómo te enteraste de nosotros?</u> <input type="checkbox"/> Médico remitente <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Miembro de la familia <input type="checkbox"/> Sitio Internet: <input type="checkbox"/> Otro:			

Información de Contacto de Emergencia

<u>Nombre del contacto de emergencia:</u>	<u>Teléfono # :</u> () - <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
<u>Relación:</u> <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Poder legal <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro:	

Información de Seguros

<u>Seguro Primario:</u>	<u>Seguro Secundario:</u>
<u>ID de suscriptor principal:</u>	<u>ID de suscriptor secundario:</u>
<u>Número de grupo principal:</u>	<u>Número de grupo secundario:</u>
<u>Nombre del suscriptor:</u>	<u>Nombre del suscriptor:</u>
<u>Relación con el suscriptor:</u> <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro:	<u>Relación con el suscriptor:</u> <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro:

1815 E. Lake Mead Blvd, Suite 317, N. Las Vegas, NV 89030
8845 W. Flamingo Rd, Suite 100, Las Vegas, NV 89147
7425 W. Azure Dr, Suite 150, Las Vegas, NV 89130
T: 702.960.4150 F: 702.960.4154



Consentimiento General para el Tratamiento y Responsabilidades del Paciente

Lea las siguientes políticas y firme a continuación en el espacio provisto. (Se le proporcionará una copia a pedido)

Con la firma a continuación, autorizo al Centro de Alivio del Dolor Velázquez y a su personal a realizar exámenes, pruebas y procedimientos de diagnóstico y a proporcionar cualquier medicamento, tratamiento o terapia necesaria para evaluar, diagnosticar y tratar eficazmente mi enfermedad o lesiones y / o mantener mi salud. Entiendo que es responsabilidad de mis proveedores de atención médica individuales que tratan explicarme las razones de cualquier examen, prueba o procedimiento de diagnóstico, las opciones de tratamiento disponibles y los riesgos comunes y las cargas y beneficios anticipados asociados con estas opciones. Al dar mi consentimiento general al tratamiento, entiendo que me reservo el derecho de rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento recomendado o considerado médicamente necesario por mi proveedor de atención médica individual. También entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me pueden garantizar los resultados de mi evaluación y / o tratamiento.

Reconocimiento de las responsabilidades del paciente. Entiendo que estoy obligado a proporcionar una identificación válida con foto (licencia estatal, pasaporte, identificación gubernamental / militar) y tarjetas de seguro actuales en cada visita y completar con precisión todos los formularios de registro de pacientes antes de recibir cualquier servicio del Centro de Alivio del Dolor Velázquez. Soy consciente de que mi cobertura médica es un contrato entre mi compañía de seguros y yo y si no proporciono al Centro de Alivio del Dolor De Velázquez la información correcta de manera oportuna, puedo ser responsable del saldo total de mis reclamos. Acepto que si no puedo proporcionar una tarjeta de seguro actualizada o no puedo proporcionar una prueba de elegibilidad activa, se me puede pedir que pague un depósito mínimo de **\$300 por los servicios prestados al paciente nuevo, \$150 por los servicios prestados al paciente establecido**, por cada visita hasta que se verifique la cobertura. Reconozco que si mi compañía de seguros requiere una referencia o autorización para cualquier servicio prestado, es mi responsabilidad obtener referencias, formularios y / o autorizaciones antes de que se presten los servicios. En el caso de que tenga cobertura de seguro dual, entiendo que es mi responsabilidad informar al Centro de Alivio del Dolor Velázquez qué compañía de seguros es primaria y cuál es secundaria, para que los cargos puedan facturarse correctamente. Si mi compañía de seguros cambia en cualquier momento, reconozco que es mi responsabilidad notificar a la práctica inmediatamente de esos cambios relacionados con mi cobertura. Además, entiendo que no hacerlo puede resultar en reclamos impagos y el saldo total de esos cargos se convierte en mi responsabilidad. Si se proporciona la información correcta del seguro después de que se hayan prestado los servicios y se nieguen las reclamaciones para su presentación oportuna, entiendo que seré responsable de cualquier cargo no pagado, independientemente de su presentación. Si mi visita puede estar asociada con una lesión / reclamo relacionado con el trabajo, doy fe de que mi ajustador designado se ha puesto en contacto con el miembro del personal apropiado en el Centro de Alivio del Dolor Velázquez antes de cualquier visita para coordinar mi atención.

Autorización para asignación de beneficios al médico. Entiendo que el reembolso de las reclamaciones de seguros puede ser un proceso largo y difícil. Para ayudar en el procesamiento rápido de mis reclamos de seguro de salud, autorizo la divulgación de información médica u otra información necesaria, incluida información especialmente protegida, como información de salud mental, abuso de sustancias y / o VIH / SIDA sobre mí, a mi(s) seguro(s) de salud para que el Centro de Alivio del Dolor de Velázquez sea reembolsado por los servicios prestados. También autorizo a mi compañía de seguros o otros terceros pagadores a pagar los costos asociados con los servicios prestados para mi atención médica directamente al Centro de Alivio del Dolor Velázquez. Además, si mi compañía de seguros debe enviarme el pago, reconozco que es mi responsabilidad emitir un pago rápido al Centro de Alivio del Dolor Velázquez.

Reconocimiento de los servicios cubiertos y procesamiento de reclamaciones. Estoy de acuerdo en que conocer mi póliza de seguro y comprender mis beneficios cubiertos es únicamente mi responsabilidad. Además, entiendo que la verificación de elegibilidad y beneficios no garantiza el pago por parte de mi compañía de seguros, cualquier autorización previa obtenida se basa en la necesidad médica y las reclamaciones están sujetas a las disposiciones de la póliza con el pago final determinado solo cuando mi compañía de seguros procesa el reclamo. Soy consciente de que no todos los servicios están cubiertos por mi compañía de seguros y que la cobertura de seguro de salud depende de los beneficios y limitaciones de cobertura descritos en mi póliza de seguro. Reconozco que los honorarios por servicios no cubiertos son responsabilidad del paciente / garante, y soy responsable de confirmar que todos los costos asociados con los servicios de atención médica recibidos del Centro de Alivio del Dolor Velázquez son pagados ya sea por mi compañía de seguros o



no. Con eso, acepto que cualquier saldo restante en mi cuenta 90 días después de que se hayan presentado las reclamaciones sin ningún pago emitido por mi compañía de seguros se convierte en mi responsabilidad. Entiendo que el Centro de Alivio del Dolor Velázquez se reserva el derecho de comenzar a facturarme directamente y el pago puede ser requerido en su totalidad en el momento de mi visita o facturado a mí en una fecha posterior. Entiendo que es mi responsabilidad ponerme en contacto con mi compañía de seguros para hacer un seguimiento del estado de pago de cualquier reclamo no pagado. Entiendo que todos los copagos, deducibles y / o coseguros según lo indicado por mi plan de seguro son responsabilidad del paciente y deben pagarse en el momento del servicio (a menos que se hagan arreglos previos). Entiendo que este acuerdo es parte de mi contrato con mi compañía de seguros y no hacerlo sería una violación de este contrato. Entiendo que algunas compañías de seguros también requieren información directamente del paciente y, de ser así, reconozco que estoy obligado a responder de manera oportuna. De lo contrario, puede resultar en una denegación de reclamaciones y, por lo tanto, seré responsable del pago de los servicios prestados.

Entiendo que si tengo preguntas sobre la cobertura y los beneficios, incluidos los deducibles, copagos y / o coseguros para visitas al consultorio, radiografías y otras imágenes, inyecciones, otros procedimientos en el consultorio y / o procedimientos quirúrgicos, es mi responsabilidad consultar mi póliza para aclarar y verificar la cobertura y los beneficios y / o comunicarme directamente con mi compañía de seguros. Los cargos de instalaciones externas se facturan por separado por las instalaciones apropiadas y no somos responsables de ninguna tarifa de instalaciones de facturación externas, como las incurridas por trabajos de laboratorio, imágenes, cargos del centro de cirugía y / o cualquier otro cargo aplicable.

Acuse de recibo de saldos de cuenta. Entiendo que soy totalmente responsable de cualquier saldo pendiente en mi cuenta y que estos saldos deben pagarse en su totalidad antes de recibir más servicios del Centro de Alivio del Dolor Velázquez. Acepto pagar todos los saldos de mi cuenta y si no puedo realizar el pago completo, me pondré en contacto con el departamento de facturación para hacer arreglos de pago. Soy consciente de que las cuentas se vuelven morosas después de 120 días a partir de la primera fecha de emisión del estado de cuenta. En el caso de que mi cuenta se vuelva morosa sin arreglos satisfactorios realizados con el departamento de facturación, entiendo que mi saldo será referido a una agencia de cobranza, resultando en hasta el 40% del saldo impago en tarifas de cobro adicionales. Cualquier saldo superior a \$ 100 debe pagarse en los arreglos de pago completos o satisfactorios realizados (lo que requerirá una tarjeta de crédito válida almacenada en el archivo) antes de que se realicen citas futuras. Entiendo que si pago con un cheque y se devuelve por cualquier motivo, se aplicará una **tarifa de cheque devuelto de \$25.00** a mi cuenta por cada cheque devuelto. ESTA TARIFA NO SERÁ CUBIERTA POR SU COMPAÑÍA DE SEGUROS y se deberá pagar en o antes de su próxima cita.

Autorización para la divulgación de información médica. Entiendo que la información de salud sobre mí, incluida (si corresponde) la información relacionada con el VIH / SIDA, el abuso de sustancias, las afecciones psicológicas y el tratamiento de salud mental, puede compartirse con mi(s) compañía(s) de seguros de salud u otros terceros pagadores responsables del pago de mi atención médica. Menores: Como menor de edad que consiente en recibir servicios de atención médica en mi propio nombre, pero utiliza la póliza de seguro de mi padre / tutor para pagar mis servicios, soy consciente de que mi padre / tutor recibirá una Explicación de beneficios que describe la naturaleza de los servicios prestados y, como resultado, entiendo que estos servicios ya no serán confidenciales.

Una fotocopia de este consentimiento se considerará tan efectiva y válida como el original, hasta que sea revocada por mí por escrito. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que sea terminado o actualizado por mí por escrito..

Certifico que he leído y entiendo completamente las políticas como se escribió anteriormente.

Nombre del paciente (imprimir)

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o representante legalmente autorizado

Fecha

Nombre del Representante Legalmente Autorizado (imprimir)

Relación con el paciente

1815 E. Lake Mead Blvd, Suite 317, N. Las Vegas, NV 89030
8845 W. Flamingo Rd, Suite 100, Las Vegas, NV 89147
7425 W. Azure Dr, Suite 150, Las Vegas, NV 89130
T: 702.960.4150 F: 702.960.4154



Política de Cancelación y No-Show

Gracias por confiar su atención médica al Centro de Alivio del Dolor Velázquez. Nuestro objetivo es brindarle atención de calidad para el manejo del dolor de manera oportuna. Lea nuestras políticas con respecto a las citas perdidas y firme a continuación en el espacio provisto.

Citas de oficina/Telemedicina

Cuando programa una cita con nuestra práctica, se reserva un bloque de tiempo suficiente para brindarle atención de la más alta calidad. Entendemos que puede haber momentos en que experimente circunstancias atenuantes o emergencias imprevistas, y es posible que no pueda asistir a su cita programada. Con el fin de satisfacer las necesidades médicas de nuestros pacientes, si es necesario realizar algún cambio en su cita o si no puede asistir, debe notificar a nuestra oficina **24 horas** antes de su cita programada. Si su cita no se cancela con al menos 24 horas de anticipación, se aplicará una **tarifa de \$25.00** a su cuenta. **ESTA TARIFA NO SERÁ CUBIERTA POR SU COMPAÑÍA DE SEGUROS** y se deberá pagar en su próxima cita. También entendemos que pueden ocurrir retrasos; sin embargo, hacemos todo lo posible para mantener a otros pacientes y proveedores a tiempo. Por favor llame para informar a nuestra oficina si llega tarde. A todos los pacientes se les permite un período de gracia de 15 minutos en la fecha de su cita (esto incluye las visitas de telesalud). Después de que su período de gracia de 15 minutos haya expirado, se lo considerará un No-Show a su cita. Se aplicará una tarifa de \$25.00 a su cuenta, se deberá pagar en su próxima cita, y también tendrá que reprogramar para otra fecha.

Citas de Procedimientos Quirúrgicos

Debido al bloque de tiempo reservado para los procedimientos en el consultorio y en el centro de cirugía y por los recursos adicionales involucrados, las cancelaciones de último minuto pueden causar problemas y gastos adicionales innecesarios. Si su procedimiento quirúrgico programado no se cancela con al menos 24 horas de anticipación, se aplicará una tarifa de \$ 50.00 a su cuenta. **ESTA TARIFA NO SERÁ CUBIERTA POR SU COMPAÑÍA DE SEGUROS** y se deberá pagar en su próxima cita.

Certifico que he leído y entiendo completamente las políticas como se escribió anteriormente.

Nombre del paciente (imprimir)

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o representante legalmente autorizado

Fecha

Nombre del Representante Legalmente Autorizado (imprimir)

Relación con el paciente



Aviso de prácticas de privacidad de conformidad con HIPAA

El Centro de Alivio del Dolor de Velázquez está obligado por ley a mantener la privacidad de la Información de Salud Protegida y proporcionar a las personas un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la Información de Salud Protegida. Con mi firma a continuación, reconozco que he sido informado del Aviso de Prácticas de Privacidad. También entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad completo está disponible en cada instalación y se me puede proporcionar una copia a pedido y con cualquier pregunta u objeción a este formulario, puedo comunicarme con el Oficial de Cumplimiento de HIPAA.

Auth Autorización para la divulgación de información de salud de conformidad con HIPAA

Por la presente, autorizo al Centro de Alivio del Dolor de Velázquez a divulgar, divulgar y / o obtener cualquiera de mi Información de Salud Protegida, incluyendo, pero no limitado a, información relacionada con el tratamiento, diagnóstico, pruebas y resultados, atención psiquiátrica, abuso de drogas y alcohol, información confidencial de VIH / SIDA, y cualquier otra información que pueda pertenecer al curso de mi tratamiento, necesaria para procesar reclamos de seguro o requerida para cualquier revisión de utilización relacionada con la atención médica o actividades de garantía de calidad.

*Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original, hasta que sea revocada por mí por escrito.
Esta Divulgación de Información permanecerá vigente hasta que yo la termine por escrito.*

Autorizo la divulgación de mi Información de Salud Protegida a lo siguiente:

- PCP / Proveedor Médico: _____
- Esposo(a): _____
- Niño(s): _____
- Otro: _____ Relación: _____

No autorizo que mi información sea divulgada a nadie que no sea yo mismo.

Certifico que he leído y entiendo completamente las políticas como se escribió anteriormente.

Nombre del paciente (imprimir)

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o representante legalmente autorizado

Fecha

Nombre del Representante Legalmente Autorizado (imprimir)

Relación con el paciente

1815 E. Lake Mead Blvd, Suite 317, N. Las Vegas, NV 89030
8845 W. Flamingo Rd, Suite 100, Las Vegas, NV 89147
7425 W. Azure Dr, Suite 150, Las Vegas, NV 89130
T: 702.960.4150 F: 702.960.4154



RECONOCIMIENTO DEL USO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS CON RECETA MÉDICA

Usted participará en un programa estructurado de terapia de sustancias controladas para el tratamiento de su dolor crónico. Su plan de tratamiento estará bajo la dirección del Centro de Alivio del Dolor Velázquez. Los medicamentos deben usarse solo según lo prescrito. Si cree que su condición ha cambiado, debe llamar a la oficina durante el horario comercial regular y programar una reevaluación.

Los cambios de medicación o otras reducciones en la dosis no se realizarán por teléfono. El Centro de Alivio del Dolor De Velázquez escribirá la receta de sustancias controladas. Una farmacia surtirá todas sus recetas. Nuestra oficina debe estar de acuerdo con la farmacia que desea designar.

El objetivo principal de cualquier plan de tratamiento es aumentar la función y, secundariamente, disminuir el dolor. Puede requerir varias semanas para lograr un programa de dosificación estable sin efectos secundarios significativos. Durante este período, se pueden requerir ajustes frecuentes en la dosis y la formulación. Este ensayo puede requerir varias semanas durante las cuales se realizarán comprobaciones periódicas del progreso funcional. Al final de este tiempo, se tomará la decisión, basada en su respuesta a su plan de tratamiento, de continuar con la terapia farmacológica extendida o de revisar su plan de tratamiento. Usted acepta participar en otros tratamientos que el médico recomiende.

Usted entiende que todos los medicamentos deben tomarse solo según las indicaciones. Aumentar la dosis sin la supervisión de nuestros proveedores podría conducir a una sobredosis de drogas. La sobredosis de drogas puede causar sedación severa (somnia), respiración lenta y posible muerte.

Debe tener en cuenta los posibles efectos secundarios de las sustancias controladas, como la disminución del tiempo de reacción, el juicio nublado, y la somnolencia. No debe conducir vehículos motorizados ni operar equipos peligrosos si experimenta alguno de los síntomas anteriores. La dependencia física puede ocurrir cuando se usan medicamentos con sustancias controladas. La interrupción abrupta del medicamento o la reducción rápida de la dosis pueden provocar síntomas de abstinencia como calambres abdominales, nerviosismo, secreción nasal, diarrea y sudoración.

Se comunicará con el médico antes de tomar benzodiazepinas (por ejemplo, Valium, Xanax, Ativan) o sedantes (por ejemplo, Soma, medicamentos para dormir, relajantes musculares) y antihistamínicos (como Benadryl o Vistaril) o medicamentos para el resfriado de venta libre. El uso de estos medicamentos o alcohol con medicamentos de sustancias controladas puede producir somnolencia, respiración lenta, caída de la presión arterial o incluso la muerte.

Es posible que le pidan que proporcione muestras de sangre o orina para medir los niveles sanguíneos de ciertos medicamentos. El incumplimiento será motivo de terminación de la atención. *Al firmar a continuación, usted acepta las pruebas aleatorias de detección de drogas en la orina.*

Las sustancias que alteran el estado de ánimo, como los tranquilizantes y las pastillas para dormir, pueden tener efectos adversos e interferir con la terapia con sustancias controladas. Usted acepta no tomar estos medicamentos hasta que haya recibido la aprobación del médico para hacerlo. El alcohol y las drogas ilícitas (como la cocaína, la heroína o los alucinógenos) pueden causar efectos adversos o interferir con la terapia con sustancias controladas. Por lo tanto, usted acepta abstenerse del uso de estas sustancias.

La pérdida de medicamentos o recetas o la obtención de medicamentos de otras fuentes no autorizadas se considerarán causa de interrupción del tratamiento en el Centro de Alivio del Dolor Velázquez. Los medicamentos perdidos o robados no serán reemplazados. No se otorgarán recargas anticipadas por la sobreutilización de



medicamentos de sustancias controladas. Solo el paciente y nadie más usará los medicamentos recetados por el médico. DEBE tener una cita en o antes de la fecha de recarga programada. Si no hace sus citas de manera oportuna, es posible que no lo vean antes de que se agote su medicamento. Las solicitudes urgentes de recarga de última hora son evitables y, por lo tanto, no se concederán. Los medicamentos de sustancias controladas no se recetarán ni se volverán a surtir por teléfono. Usted entiende que en todas las situaciones se requiere que tenga una visita al consultorio con el médico para que le receten los medicamentos.

El médico lo verá a intervalos periódicos para el seguimiento y monitoreo de su programa de mantenimiento. El intervalo será determinado por su médico. Sus recetas se escribirán para aproximarse a estos intervalos.

Si bien la dependencia física es de esperar después del uso sostenido de sustancias controladas, los signos de adicción y dependencia psicológica se tomarán como una necesidad de destetar y suspender la medicación de sustancias controladas. Si al médico le parece que no hay mejoría en su función diaria o calidad de vida con el medicamento de sustancias controladas, el medicamento de sustancias controladas se reducirá y se suspenderá.

Usted acepta que su médico tiene la autoridad para divulgar la información de prescripción a otros profesionales de la salud cuando se considere médicamente necesaria según el juicio del médico.

Todas sus preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Usted acepta el uso de sustancias controladas para ayudar a controlar su dolor y entiende que su tratamiento con sustancias controladas se llevará a cabo como se describe anteriormente.

Certifico que he leído y entiendo completamente las políticas como se escribió anteriormente.

Nombre del paciente (imprimir)

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o representante legalmente autorizado

Fecha

Nombre del Representante Legalmente Autorizado (imprimir)

Relación con el paciente

Name/ Nombre: _____ Date/ Fecha: _____

Height/ Estatura: _____ Weight/ Peso: _____ BP: _____ HR: _____

Pain Description:

What caused your current pain episode/ *Que causo tu dolor?* _____

Approximately when did this pain begin/ *Cuando empezo este dolor?* _____

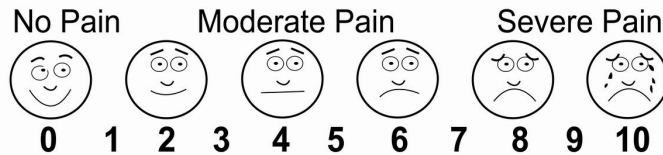
Where is your worst area of pain located/ *Donde esta tu peor area de dolor?* _____

Does this pain radiate? If so, where? *A donde extiende tu dolor?* _____

Please list any additional areas of pain/ *Areas adicionales de dolor:* _____

Pain Description – Check all that apply to your pain (Marque todo lo que le aplica a su dolor)

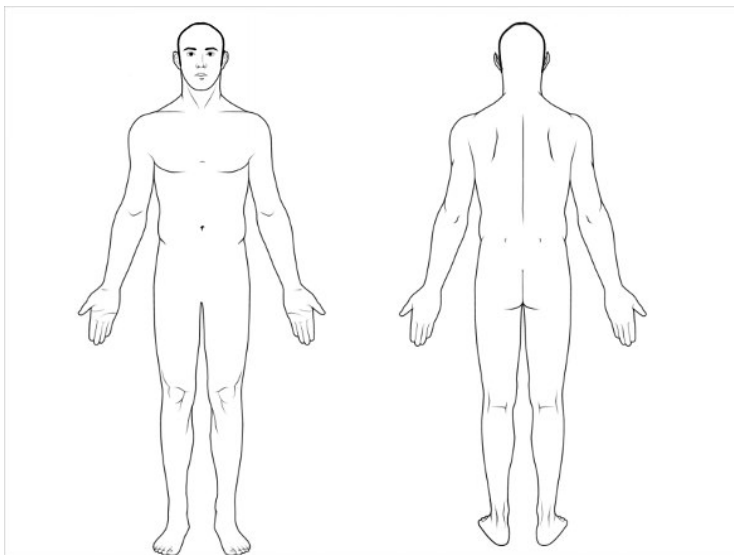
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aching/ <i>Dolor</i> | <input type="checkbox"/> Stabbing/ <i>Punzante</i> |
| <input type="checkbox"/> Cramping/ <i>Calambres</i> | <input type="checkbox"/> Spasming/ <i>Espasmodico</i> |
| <input type="checkbox"/> Dull/ <i>Dolor Sordo</i> | <input type="checkbox"/> Squeezing/ <i>Apretado</i> |
| <input type="checkbox"/> Burning/ <i>Caliente</i> | <input type="checkbox"/> Sharp/ <i>Dolor Agudo</i> |
| <input type="checkbox"/> Numbness/ <i>Entumecimiento</i> | <input type="checkbox"/> Throbbing/ <i>Palpitante</i> |
| <input type="checkbox"/> Shock like/ <i>Chocante</i> | <input type="checkbox"/> Pins & needles/ <i>Pinchazos & hormigueo</i> |



_____ What number on the pain scale (0-10) describes your least pain? *Que numero describe su menor dolor?*

_____ What number on the pain scale (0-10) describes your worst pain? *Que numero describe su peor dolor?*

Since your pain began, how has it changed? Decreased Increased Stayed the same
Como ha cambiado tu dolor? *Disminuido* *Aumentado* *Sin alterar*



Use this diagram to indicate the location and type of your pain. Mark the drawing with the following letters that best describe your symptoms:

- “N” = numbness
- “S” = stabbing
- “B” = burning
- “P” = pins and needles
- “A” = aching

Aggravating Factors - What makes your pain worse? (Que es lo que empeora su dolor?)

- Moderate physical activity/ *Actividad fisica moderado*
- Turning/bending neck or back/ *Doblando o girando el cuello o espalda*
- Squatting or crouching down/ *Agachando*
- Work related activity/ *Actividades relacionadas al trabajo*
- Sitting for longer than 30 minutes/ *Estar sentado mas de 30 minutos*
- Transitioning from sitting to standing/ *Transicion de sentado a parado*
- Standing for longer than 30 minutes/ *Estar parado mas de 30 minutos*
- Walking more than a few blocks/ *Caminando mas de un par de cuadras*

Relieving Factors – What helps your pain? (Que mejora el dolor?)

- There are no relieving factors / *no hay factores de alivio*
- Massage / *masage*
- Heat / *calor*
- Ice/ *hielo*
- Spine adjustment or manipulation/ *manipulacion de espalda o ajustes*
- Pain medications/ *medicamento para dolor o analgesicos*
- Relaxation or rest/ *Descanso*
- Light physical activity/ *Actividad fisica ligera*
- Stretching/ *Estirando*

Is your pain/ Es su dolor?:

- Constant/ *constante* vs Intermittent/ *Intermitente* ?

Activities of Daily Living Affected/ *Actividades diarias afectadas*

- Eating/ *comiendo*
- Sleeping/ *dormido*
- Intimacy/ *relaciones sexuales*
- Housekeeping/ *limpiando la casa*
- Shopping/ *compras*
- Personal hygiene or grooming/ *hygiene personal*
- Toileting/ *Ir al bano*
- Bathing or dressing/ *banarse o vestirse*
- Working/ *trabajando*
- Cooking/ *cocinando*
- Driving/ *conduccion*
- Caring for children/ *cuidado de ninos*

Diagnostic Tests and Imaging/ *Pruebas o imagenes diagnosticas*

Mark all of the following tests you have had that are related to your pain/ *seleccione todo lo que aplica*

- XRAY MRI/*resonancia magnetica* CT scan/*tomografia computarizada*
 EMG/Nerve conduction study (*estudio de los nervios*) None/*ninguna*

Have you previously been treated for this pain? *Has tenido tratamiento para este dolor en el pasado?*

- Chiropractic / *Chiropractico* Physical Therapy/ *terapia fisica*
 Surgery/*cirugia* Other/ *Otra:* _____

Medications/ Medicamentos:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____

*Are you on any blood thinners? *Esta tomando anticoagulantes?* _____

Past Medical History/ Condiciones Medicas:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> High blood pressure | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Kidney disease | <input type="checkbox"/> High cholesterol | <input type="checkbox"/> Emphysema |
| <input type="checkbox"/> Stroke | <input type="checkbox"/> Coronary artery disease | <input type="checkbox"/> Thyroid disease |
| <input type="checkbox"/> Seizures | <input type="checkbox"/> Congestive heart failure | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Arrhythmia | <input type="checkbox"/> Depression |

Other: _____

Allergies/ Alergias:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____

*Are you allergic to latex? *Alergia al latex?* _____

*Are you allergic to iodine/ IV contrast? *Alergia al yodo/contraste de yodo IV?* _____

Past Surgical History/ Cirugias anteriores:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coronary bypass | <input type="checkbox"/> Bariatric surgery | <input type="checkbox"/> Spine surgery |
| <input type="checkbox"/> Coronary stents | <input type="checkbox"/> Hysterectomy | <input type="checkbox"/> Orthopedic surgery |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Tubal ligation | <input type="checkbox"/> Endoscopy/colonoscopy |
| <input type="checkbox"/> Heart valve | <input type="checkbox"/> C-section | <input type="checkbox"/> Hemorrhoidectomy |
| <input type="checkbox"/> Gallbladder | <input type="checkbox"/> Bladder surgery | <input type="checkbox"/> Tonsillectomy |
| <input type="checkbox"/> Appendectomy | <input type="checkbox"/> Prostate surgery | <input type="checkbox"/> Thyroidectomy |
| <input type="checkbox"/> Bowel/stomach resection | <input type="checkbox"/> Breast surgery | <input type="checkbox"/> Cataracts |

Other: _____

Social History:

Smoker: Yes No Former smoker

Alcohol: Yes No Socially Rare

Substance Abuse: _____

Advanced Directive:

Surrogate decision maker: _____ YES _____ NO

Do not resuscitate: _____ YES _____ NO

OPIOID RISK TOOL (ORT)

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Date: _____

		Mark each box that applies	Item Score If Female	Item Score If Male
1. Family History of Substance Abuse	Alcohol	[]	1	3
	Illegal Drugs	[]	2	3
	Prescription Drugs	[]	4	4
2. Personal History of Substance Abuse	Alcohol	[]	3	3
	Illegal Drugs	[]	4	4
	Prescription Drugs	[]	5	5
3. Age (Mark box if 16 – 45)		[]	1	1
4. History of Preadolescent Sexual Abuse		[]	3	0
5. Psychological Disease	Attention Deficit Disorder	[]	2	2
	Obsessive Compulsive Disorder Bipolar Schizophrenia			
	Depression	[]	1	1
TOTAL				