



9920 West Cheyenne Ave., Ste. 110, Las Vegas, NV 89129
9065 S. Pecos Rd., Ste. 230, Henderson, NV 89074
501 S. Rancho Dr., Ste. G-44, Las Vegas, NV 89106

P: (702) 316-2281
F: (702) 316-2272
PainFreeNevada.com

Estimado paciente,

Es importante llegar a tiempo a su cita con el médico. Su cita será programada si no llega a tiempo.

Por favor imprima y complete todos estos formularios antes de su cita y tráigalos consigo. También debe traer lo siguiente:

- Todos sus expedientes médicos pertinentes (a menos que el doctor que lo remite ya los haya mandado por fax a nuestro consultorio)
- Imágenes de resonancia magnética (MRI), radiografías o tomografías (TAC)
- Identificación con fotografía
- Tarjeta del seguro de salud
- Todos los frascos de los medicamentos prescritos que tome actualmente
- Venga preparado para liquidar su copago o deducible cuando haga su registro en nuestro consultorio. Usted es responsable de todos los copagos tal como lo requiere su compañía de seguros. Los copagos se reciben durante el registro antes de su consulta.

Por favor considere que si su documentación no está completa o si no llega a tiempo para su cita, ésta será reprogramada.

Para indicaciones de cómo llegar a nuestro consultorio, visite nuestro sitio web **painfreenevada.com**.

Si tiene cualquier duda, puede llamar a nuestro consultorio en el teléfono: **(702) 316-2281**.

Atentamente,

Innovative Pain Care Center



FORMULARIO DE REGISTRO

INFORMACIÓN DE PACIENTE				
Fecha		Médico Remitente		
☐ Mr. ☐ Miss ☐ Mrs. ☐ Ms.	Apellido	Nombre		MI
Nacimiento	Edad	SS#	Género ☐ M ☐ F	
Estado Marital: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a				
Dirección				
Ciudad		Estado		Zip
Teléfono		Celular		
Medio de contacto preferido ☐ Llamada ☐ Texto ☐ Correo:				
¿Dejar mensaje de voz? ☐ Sí ☐ No				
¿Podemos dejar recados con familiares u otras personas? ☐ Sí ☐ No				
INFORMACIÓN DE EMPLEO				
Empleador		Celular		
Dirección				
Ciudad		Estado		Zip
INFORMACIÓN DEL SEGURO				
Seguro primario		Fecha de inicio de la póliza		
N° de póliza/miembro		Nombre/Número de grupo		
Nombre del titular		SS#	Nacimiento	
Empleador del titular		Relación con el paciente: ☐ Paciente ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a ☐ Otro		
Seguro secundario		Fecha de inicio de la póliza		
N° de póliza/miembro		Nombre/Número de grupo		
Nombre del titular		SS#	Nacimiento	
Empleador del titular		Relación con el paciente: ☐ Paciente ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a ☐ Otro		
EN CASO DE EMERGENCIA				
Nombre		Relación con el paciente		Teléfono

CONSENTIMIENTO

Entiendo que todos y cada uno de los honorarios incurridos por el tratamiento médico son mi total y última responsabilidad, independientemente de cualquier seguro que pueda tener. En última instancia, es mi responsabilidad conocer las directrices de la cobertura de mi seguro. En el caso de que mi seguro no proporcione beneficios o proporcione beneficios reducidos y/o no proporcione a mi compañía de seguros la información necesaria de manera oportuna, seré financieramente responsable de pagar hasta la tarifa acordada.

Acepto pagar todos los servicios prestados. Si se requieren los servicios de una agencia de cobros, acepto además pagar los honorarios de la agencia de cobros (35%) y los intereses al tipo del 1,5% mensual o del 18% anual hasta que se pague la deuda. Además, estoy de acuerdo en pagar todos los honorarios legales, costos judiciales y honorarios razonables de abogados asociados con el cobro de cualquier deuda pendiente. Habrá un cargo de \$75.00 (por incidente) agregado a mi factura por redepósito o cheques devueltos.

Yo, el abajo firmante, asigno directamente a Innovative Pain Care Center, los beneficios médicos, en su caso, de mi compañía de seguros que de otro modo sería pagadero a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por mi seguro. Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios y/o tratamientos médicos adicionales. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de mi seguro ya sean manuales o electrónicas.

Firma del paciente o la parte responsable

Fecha



NOTA: SE DEBEN COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES ANTES DE VER AL MÉDICO. POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE EN CADA PÁGINA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Nacimiento _____ Edad _____ Ocupación _____

EVALUACIÓN INICIAL DE DOLOR

Responder a estas preguntas le ayudará al médico a entender y atender mejor su dolor.

¿Actualmente se encuentra en WORKERS COMPENSATION? ☐ Sí ☐ No

¿Su condición se relaciona con un ACCIDENTE EN VEHÍCULO AUTOMOTOR (MVA)? ☐ Sí ☐ No

¿Su condición se relaciona con cualquier otra LESIÓN/ACCIDENTE? ☐ Sí ☐ No

¿Cuenta con un abogado para cualquier asunto legal relacionado con su condición? ☐ Sí ☐ No

¿Actualmente sus gastos médicos se encuentran en retención con un abogado? ☐ Sí ☐ No

¿Actualmente cuenta con alguna reclamación de invalidez (disability)? ☐ Sí ☐ No

¿Está actualmente embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

¿Actualmente tiene empleo? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál es su empleo actual y se trata de un trabajo físicamente demandante o es sedentario?

Si no trabaja, ¿cuál es su situación laboral?

☐ Desempleado/a ☐ Retirado/a ☐ Incapacitado/a ☐ Ama/o de casa

Desde que fecha _____

Queja principal (La razón por la que está aquí):

Seleccione una: ☐ Diestro/a ☐ Zurdo/a

Fecha en que empezó el dolor _____ (si está relacionado con su trabajo, indique la fecha del accidente.) ¿Qué cree que provocó su dolor? ¿Cómo empezó el dolor? _____

¿Su dolor ha incrementado, disminuido o se ha mantenido igual desde que comenzó?

Marque todas las palabras que describen su dolor.

- | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Dolorido | ☐ Ardor | ☐ Agudo | ☐ Pinchazo | ☐ Punzante | ☐ Penetrante |
| ☐ Palpitante | ☐ Adormecido | ☐ Presión | ☐ Profundo | ☐ Molesto | ☐ Tirón |
| ☐ Sensible | ☐ Persistente | ☐ Intermitente | ☐ Continuo | ☐ Otros: _____ | |

CERVICAL (dolor de cuello, hombro o brazo)

¿Tiene dolor en su cuello, hombro(s) o brazo(s)? ☐ Sí ☐ No

En ese caso ¿cómo se compara el dolor de sus brazos con el de su cuello? Marque la frase que aplique.

El dolor en mi **brazo(s)** es ☐ peor que ☐ igual que ☐ menor que el dolor en mi cuello.

Divida su dolor cervical en un total de 100%: Dolor de cuello ____% Dolor de brazo ____%

LUMBAR (dolor de espalda, cadera, pierna)

¿Tiene dolor en la espalda, cadera o pierna(s)? ☐ Sí ☐ No

¿Cómo se compara el dolor en sus piernas con el dolor en su espalda? Marque la frase que aplique.

El dolor en mis **pierna(s)** es ☐ peor que ☐ igual que ☐ menor que el dolor en la espalda.

Divida su dolor lumbar en un total de 100%: Dolor de espalda ____% Dolor de pierna ____%

****Indique su nivel de dolor, ya sea en el cuello o en la espalda****

Controlar el número que mejor describa su dolor **EN PROMEDIO**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sin Dolor											El Peor Dolor Imaginable

Controlar el número que mejor describa su dolor **EN LOS PEORES MOMENTOS**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sin Dolor											El Peor Dolor Imaginable

Controlar el número que mejor describa su dolor **EN LOS MEJORES MOMENTOS**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sin Dolor											El Peor Dolor Imaginable

Nombre del paciente

Fecha



Marque la respuesta más adecuada para cada **función diaria**. Marque solo una para cada pregunta.

- ¿Qué tanto se puede **sentar**? ☐ < 15 min ☐ 15-30 min ☐ 30-45 min ☐ 1-2 hrs ☐ 2-4 hrs ☐ > 4 horas
- ¿Qué tanto se puede **parar**? ☐ < 15 min ☐ 15-30 min ☐ 30-45 min ☐ 1-2 hrs ☐ 2-4 hrs ☐ > 4 horas
- ¿Qué tanto puede **conducir**? ☐ < 15 min ☐ 15-30 min ☐ 30-45 min ☐ 1-2 hrs ☐ 2-4 hrs ☐ > 4 horas
- ¿Qué tanto puede **caminar**? ☐ < 1 calle ☐ 1 calle ☐ 1-2 calles ☐ 2-3 calles ☐ 3-4 calles ☐ > 4 calles
- ¿Cuánto peso **puede levantar sin dolor**? ☐ < 5 lbs ☐ 5-10 lbs ☐ 10-20 lbs ☐ 20-40 lbs ☐ 40-60 lbs ☐ > 60 lbs

Marque todas las opciones que hagan empeorar su dolor. Marque todas las que apliquen.

- ☐ Caminar ☐ Pararse ☐ Sentarse ☐ Recostarse ☐ Cargar ☐ Otro _____

¿Qué cosas alivian su dolor? Marque todas las que apliquen.

- ☐ Calor ☐ Frío ☐ Sentarse ☐ Recostarse ☐ Medicina ☐ Otro _____

Consulta los números que mejor describen cómo el dolor ha afectado su vida cotidiana..

Ligeramente Moderadamente Severamente

Actividad general

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No interfiere Interfiere por completo

Rutina de trabajo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No interfiere Interfiere por completo

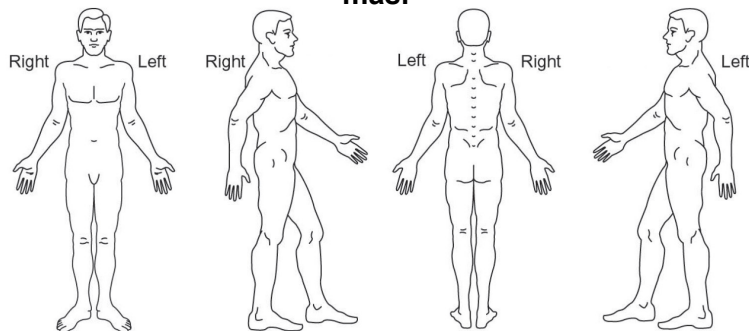
Sueño

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No interfiere Interfiere por completo

META: ¿Qué actividades le gustaría realizar y que actualmente no puede por el dolor? _____

UBICACIÓN DEL DOLOR

En el siguiente diagrama, coloree las zonas donde tiene dolor. Ponga una "X" en donde le duela más.



Nombre del paciente

Fecha



HISTORIAL DEL PACIENTE

¿Ha probado la terapia física, quiropráctica, de masaje o de acupuntura? ☐ Sí ☐ No

En caso de que sí, indique la fecha y los resultados:

TRATAMIENTOS/CIRUGÍAS PREVIOS RELACIONADOS CON EL DOLOR

¿Qué tratamientos para el dolor ha recibido anteriormente? (Por ejemplo, analgésicos, cirugía de espalda, inyecciones epidurales de esteroides, etc.) Si no conoce la fecha exacta, indique el mes/año aproximado. NO incluya sus medicamentos actuales aquí. Circule el número junto al tratamiento para indicar qué tanto alivio del dolor proporcionó.

Tratamiento o medicamentos previos	Fechas	Sin alivio						Alivio completo				
		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

MEDICAMENTOS ACTUALES

Nombre de la farmacia

 Teléfono

Dirección de la farmacia

1. Incluya todos sus **MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR** actuales (opioides, analgésicos, relajantes musculares, antidepresivos, anticonvulsivos, antiinflamatorios y somníferos.) Incluya la dosis en miligramos y el número de veces que las toma por día, así como el doctor que los receta.

MEDICAMENTO	DOSIS (mg)	VECES AL DÍA	QUIÉN RECETA

2. Incluya todos los demás medicamentos que toma actualmente con la dosis en mg, el número de veces por día y el doctor que los receta. Utilice una hoja adicional de ser necesario.

MEDICAMENTO	DOSIS (mg)	VECES AL DÍA	QUIÉN RECETA

Nombre del paciente

Fecha



¿ACTUALMENTE TOMA ANTICOAGULANTES? ☐ Sí ☐ No

De ser así, indique cuál _____
(Warfarin, Aspirin, Xarelto, Coumadin, etc.)

¿Se ha realizado radiografías, tomografías, resonancias magnéticas o pruebas de los nervios? De ser así, escriba las pruebas, la fecha y la locación si la conoce:

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

¿Es alérgico/a a algún medicamento? ☐ Sí ☐ No

Si marcó "sí" indique todos los medicamentos a los que es alérgico/a y su reacción:

MEDICAMENTO

REACCIÓN

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

HISTORIAL QUIRÚRGICO (no relacionado con el dolor)

Incluya todas las cirugías que haya tenido que no estén relacionadas con su dolor. La fecha puede ser aproximada.

CIRUGÍA

FECHA

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nombre del paciente

Fecha



HISTORIAL FAMILIAR

Padres: ¿Su padre está vivo? ☐ Sí ☐ No ¿Su madre está viva? ☐ Sí ☐ No

¿Usted fuma? ☐ Sí ☐ No ¿Cuánto por día? _____

¿Usted bebe alcohol? ☐ Sí ☐ No ¿Cuánto por semana? _____

¿Alguna vez ha tenido problemas de adicciones o abuso de sustancias? ☐ Sí ☐ No

HISTORIAL MÉDICO

Marque con una "✓" si usted o un miembro de su familia padece o ha padecido alguna de las siguientes condiciones: Por favor enliste adecuadamente a otros miembros de la familia en el espacio correspondiente (e.g. "hermano", "tío").

Padecimiento	Yo	Padre	Madre	Familiar	Indicar el familiar
Diabetes	☐	☐	☐	☐	
Hipertensión	☐	☐	☐	☐	
Corazón - Prolapso de válvula mitral	☐	☐	☐	☐	
Palpitaciones, ritmo cardíaco irregular	☐	☐	☐	☐	
Otra enfermedad cardíaca _____	☐	☐	☐	☐	
Dolor en el pecho	☐	☐	☐	☐	
Derrame cerebral	☐	☐	☐	☐	
Asma	☐	☐	☐	☐	
Tuberculosis	☐	☐	☐	☐	
Enfisema pulmonar	☐	☐	☐	☐	
Anemia	☐	☐	☐	☐	
Anemia falciforme	☐	☐	☐	☐	
Otras enfermedades de la sangre	☐	☐	☐	☐	
Insuficiencia renal o problemas en los riñones	☐	☐	☐	☐	
Ictericia o Hepatitis (A, B or C) (<i>Especificar</i>) _____	☐	☐	☐	☐	
Otras enfermedades del hígado	☐	☐	☐	☐	
Problemas en la vejiga	☐	☐	☐	☐	
Meningitis	☐	☐	☐	☐	
Problemas en la tiroides	☐	☐	☐	☐	
Cancer - de _____	☐	☐	☐	☐	
Otras enfermedades graves (<i>Herpes, esclerosis, etc.</i>)	☐	☐	☐	☐	
Explicar: _____					

Nombre del paciente

Fecha



CUESTIONARIO DE GESTIÓN DEL DOLOR

Estas son preguntas que le hacemos a todos los pacientes de Innovative Pain Care Center que toman o consideran tomar opioides para su dolor. Hay 3 secciones que deben completarse. Por favor conteste a estas preguntas lo más honestamente posible. Esta información es para nuestros registros y se mantendrá confidencial. Sus respuestas por sí solas no determinarán su tratamiento. Gracias.

Sección 1 de 3: HERRAMIENTA DE RIESGO DE OPIOIDES

Complete la columna según su género y marque el número en la columna si su respuesta es "sí".

Marque todas las casillas que apliquen	Femenino	Masculino
Historial familiar de abuso de sustancias		
Alcohol	☐ 1	☐ 3
Drogas ilegales	☐ 2	☐ 3
Medicamentos prescritos (opioides)	☐ 4	☐ 4
Historial personal de abuso de sustancias		
Alcohol	☐ 3	☐ 3
Drogas ilegales	☐ 4	☐ 4
Medicamentos prescritos (opioides)	☐ 5	☐ 5
Edad entre 16-45 años	☐ 1	☐ 1
Historia de abuso sexual preadolescente	☐ 3	☐ 0
Trastornos psicológicos		
TDA, TOC, bipolar, esquizofrenia	☐ 2	☐ 2
Depresión	☐ 1	☐ 1
Puntuación total		

Firma del paciente

Nombre del paciente

Fecha

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____

SECCIÓN 2 de 3: CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE - 9 (PHQ-9)

¿En las últimas semanas ha experimentado alguno de los siguientes problemas? (Use “✓” para indicar su respuesta)	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en realizar actividades	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Sentirse cabizbajo, deprimido, desesperanzado	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Problemas para dormir o dormir demasiado	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Cansancio o baja energía	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Poco apetito o comer demás	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Sentirse como un fracaso para usted o para su familia	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Problemas para concentrarse en cosas como ver la televisión o leer el periódico	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Moverse tan despacio como para que la gente lo note, o estar tan inquieto que no deja de moverse de un lado a otro	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Pensamientos de que estaría mejor muerto o de autolesionarse	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

USO INTERNO 0 + _____ + _____ + _____

Puntaje _____

Si marcó alguno de los problemas, ¿qué tanto le han dificultado trabajar, hacer sus asuntos en casa o llevarse bien con otras personas?

☐ Nada difícil ☐ Algo difícil ☐ Muy difícil

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____

Estas son preguntas que le hacemos a todos los pacientes de Innovative Pain Care Center que toman o consideran tomar opioides para su dolor. Hay 3 secciones que deben completarse. Por favor conteste a estas preguntas lo más honestamente posible. Esta información es para nuestros registros y se mantendrá confidencial. Sus respuestas por sí solas no determinarán su tratamiento.

(Use “✓” para indicar su respuesta)

SECCIÓN 3 de 3: SOAPP-R	Nunca	Poco	A veces	Seguido	Muy seguido
¿Qué tan a menudo tiene cambios de humor?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Qué tan a menudo siente que necesita dosis más altas de medicamento para su dolor?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Qué tan frecuentemente se impacienta con sus doctores?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Qué tan a menudo siente que las cosas son demasiado abrumadoras para gestionarlas?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Qué tan frecuentemente hay tensión en el hogar?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Qué tan a menudo cuenta las píldoras para el dolor para saber cuántas quedan?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Qué tan a menudo le preocupa que la gente lo juzgue por tomar medicamento para el dolor?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Qué tan a menudo se aburre?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Qué tan a menudo toma más medicamento para el dolor del que debería tomar?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Qué tan a menudo se preocupa por quedarse solo?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Qué tan a menudo siente el ansia de tomar el medicamento?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Con qué frecuencia otras personas se han preocupado por su uso del medicamento?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Con qué frecuencia usted o sus amigos tienen problemas con alcohol o drogas?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Qué tan a menudo le han dicho que está de mal humor?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____

Cont. SECCIÓN 3 de 3: SOAPP-R	Nunca	Poco	A veces	Seguido	Muy seguido
¿Qué tan a menudo lo abruma la necesidad de medicamento para el dolor?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Qué tan a menudo se queda sin medicamento para el dolor?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Qué tan a menudo la gente evita que usted obtenga lo que merece?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Con qué frecuencia ha sido arrestado o ha tenido problemas legales?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Con qué frecuencia ha asistido a reuniones de AA o NA?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Con qué frecuencia ha participado en discusiones que se salen de control?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Con qué frecuencia ha sido abusado sexualmente?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Con qué frecuencia le han dicho que tiene un problema con alcohol o drogas?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Con qué frecuencia ha tenido que pedir a sus familiares o amigos medicamentos?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
¿Con qué frecuencia lo han tratado para un problema de alcohol o drogas?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Puntuación SOAPP _____

CUESTIONARIO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

Preguntas	Sí	No	N/A
¿Ha consumido alguna sustancia de manera distinta a la prescrita?	☐	☐	☐
¿Alguna vez le ha dado una sustancia controlada a alguien más?	☐	☐	☐
¿Ha tomado una sustancia controlada que no tenía el efecto deseado?	☐	☐	☐
¿Actualmente consume drogas, incluyendo alcohol o marihuana?	☐	☐	☐
¿Está consumiendo alguna droga que pueda interactuar negativamente con una sustancia controlada?	☐	☐	☐
¿Consume algún medicamento que no le haya recetado el profesional que le está tratando?	☐	☐	☐
¿Ha intentado alguna vez obtener una reposición anticipada de una sustancia controlada?	☐	☐	☐
¿Ha reclamado alguna vez la pérdida o el robo de una sustancia controlada?	☐	☐	☐
¿Alguna vez le han cuestionado sobre su informe de farmacia o su informe PMP?	☐	☐	☐
¿Le han hecho alguna vez análisis de sangre o de orina que indiquen un uso inadecuado de medicamentos?	☐	☐	☐
¿Alguna vez ha sido acusado de comportamiento inapropiado o intoxicación?	☐	☐	☐
¿Alguna vez ha aumentado la dosis o la frecuencia de los medicamentos sin comunicárselo a su proveedor?	☐	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido dificultades para dejar de consumir una sustancia controlada?	☐	☐	☐
¿Alguna vez ha exigido que le receten una sustancia controlada?	☐	☐	☐
¿Alguna vez se ha negado a cooperar con alguna prueba o examen médico?	☐	☐	☐
¿Ha tenido alguna vez antecedentes de abuso de sustancias de cualquier tipo?	☐	☐	☐
¿Ha habido algún cambio en su salud que pudiera afectar a su medicación?	☐	☐	☐
¿Ha abusado o se ha hecho adicto a algún medicamento, o ha incumplido las instrucciones?	☐	☐	☐
¿Hay algún otro factor que su médico deba tener en cuenta antes de tratarlo?	☐	☐	☐

Firma del paciente

Nombre del paciente

Fecha



CUESTIONARIO DE DOLOR DE CUELLO Y DISCAPACIDAD

Qué número representa mejor su dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(Sin dolor) (Demasiado dolor)

Este cuestionario está diseñado para informar a su doctor sobre qué tanto su dolor de cuello ha afectado su capacidad para gestionar la vida diaria. En cada sección marque UNA línea que aplique para usted. Puede que encuentre dos oraciones con las que se identifique, pero solo marque UNA línea que mejor describa su situación actual.

SECCIÓN 1 - INTENSIDAD DEL DOLOR

- ☐ No tengo dolor por el momento.
- ☐ El dolor es muy ligero por el momento.
- ☐ El dolor es moderado por el momento.
- ☐ El dolor es severo por el momento.
- ☐ El dolor es muy severo por el momento.
- ☐ El dolor es el peor imaginable por el momento.

SECCIÓN 2 - CUIDADO PERSONAL (LAVARSE, VESTIRSE, ETC.)

- ☐ Puedo cuidarme sin que eso me cause dolor adicional.
- ☐ Puedo cuidarme pero generalmente me da dolor.
- ☐ Lo hago despacio y con cuidado porque es doloroso para mí.
- ☐ Necesito algo de ayuda para mi cuidado personal.
- ☐ Necesito ayuda diaria para la mayoría de aspectos de mi vida.
- ☐ No me puedo vestir, me lavo con dificultad y debo permanecer en cama.

SECCIÓN 3 - LEVANTAR

- ☐ Puedo levantar peso sin dolor adicional.
- ☐ Puedo levantar peso, pero me causa dolor.
- ☐ No puedo levantar peso del suelo, pero puedo hacerlo si está posicionado cómodamente como en una mesa.
- ☐ No puedo levantar peso pesado, pero puedo levantar peso intermedio o ligero si están bien posicionados.
- ☐ No puedo levantar nada de peso por mi dolor de cuello.

SECCIÓN 4 - LECTURA

- ☐ Puedo leer tanto como quiera sin dolor en el cuello.
- ☐ Puedo leer tanto como quiera con un ligero dolor de cuello.
- ☐ Puedo leer tanto como quiera con dolor moderado de cuello.
- ☐ No puedo leer tanto como quisiera debido a dolor moderado del cuello.
- ☐ Casi no puedo leer debido a dolor severo de cuello.

SECCIÓN 5 - DOLOR DE CABEZA

- ☐ No tengo dolores de cabeza.
- ☐ A veces tengo dolores de cabeza ligeros.
- ☐ A veces tengo dolores de cabeza moderados.
- ☐ Tengo dolores de cabeza moderados frecuentemente.
- ☐ Tengo dolores de cabeza severos frecuentemente.
- ☐ Tengo dolores de cabeza severos todo el tiempo.

SECCIÓN 6 - CONCENTRACIÓN

- ☐ Puedo concentrarme por completo cuando lo desee.
- ☐ Puedo concentrarme por completo con ligeras dificultades.
- ☐ Me cuesta trabajo concentrarme cuando lo deseo.
- ☐ Me cuesta mucho trabajo concentrarme cuando lo deseo.
- ☐ No me puedo concentrar en lo absoluto.



SECCIÓN 7- TRABAJO

- ☐ Puedo trabajar tanto como desee.
- ☐ Puedo hacer mi trabajo regular, pero nada más.
- ☐ Puedo hacer casi todo mi trabajo, pero nada más.
- ☐ No puedo trabajar con normalidad.
- ☐ Casi no puedo trabajar.
- ☐ No puedo trabajar en lo absoluto.

SECCIÓN 8 - CONDUCCIÓN

- ☐ Puedo conducir sin dolor de cuello.
- ☐ Puedo conducir cuanto quiera con un ligero dolor de cuello.
- ☐ Puedo conducir cuanto quiera con dolor de cuello moderado.
- ☐ No puedo conducir tanto como quiera.
- ☐ Casi no puedo conducir por severo dolor de cuello.
- ☐ No puedo conducir en lo absoluto.

SECCIÓN 9 - SUEÑO

- ☐ No tengo problemas para dormir.
- ☐ Mi sueño está un poco alterado. (menos de una hora de insomnio)
- ☐ Mi sueño está ligeramente alterado. (1 hora de insomnio)
- ☐ Mi sueño está moderadamente alterado. (2 a 3 horas de insomnio)
- ☐ Mi sueño está severamente alterado. (4 a 5 horas de insomnio)
- ☐ Mi sueño está completamente alterado. (6 a 7 horas de insomnio)

SECCIÓN 10 - RECREACIÓN

- ☐ Puedo realizar todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello.
- ☐ Puedo realizar todas mis actividades recreativas con poco dolor de cuello.
- ☐ Puedo realizar casi todas mis actividades recreativas.
- ☐ Puedo realizar algunas de mis actividades recreativas.
- ☐ Casi no puedo realizar actividades recreativas.
- ☐ No puedo realizar actividades recreativas debido al dolor de cuello.

Firma del paciente

Nombre del paciente

Fecha

PARA USO OFICIAL

_____ x2 =
Puntos

Porcentaje de discapacidad

Clasificación



CUESTIONARIO DE DISCAPACIDAD DE ESPALDA BAJA

Este cuestionario está diseñado para conocer qué tanto afecta su dolor de espalda o pierna a su capacidad para la vida diaria. En cada sección marque UNA línea que aplique para usted. Puede que encuentre dos oraciones con las que se identifique, pero solo marque UNA línea que mejor describa su situación actual.

SECCIÓN 1 - INTENSIDAD DEL DOLOR

- ☐ No tengo dolor por el momento.
- ☐ El dolor es muy ligero por el momento.
- ☐ El dolor es moderado por el momento.
- ☐ El dolor es severo por el momento.
- ☐ El dolor es muy severo por el momento.
- ☐ El dolor es el peor imaginable por el momento.

SECCIÓN 2 - CUIDADO PERSONAL (LAVARSE, VESTIRSE, ETC.)

- ☐ Puedo cuidarme sin que eso me cause dolor adicional.
- ☐ Puedo cuidarme pero generalmente me da dolor.
- ☐ Lo hago despacio y con cuidado porque es doloroso para mí.
- ☐ Necesito algo de ayuda para mi cuidado personal.
- ☐ Necesito ayuda diaria para la mayoría de aspectos de mi vida.
- ☐ No me puedo vestir, me lavo con dificultad y debo permanecer en cama.

SECCIÓN 3 - LEVANTAR

- ☐ Puedo levantar peso sin dolor adicional.
- ☐ Puedo levantar peso, pero me causa dolor.
- ☐ No puedo levantar peso del suelo, pero puedo hacerlo si está posicionado cómodamente como en una mesa
- ☐ No puedo levantar peso pesado, pero puedo levantar peso intermedio o ligero si están bien posicionados.
- ☐ Puedo levantar pesas muy livianas.
- ☐ No puedo levantar ni cargar nada en absoluto.

SECCIÓN 4 - CAMINAR

- ☐ El dolor no me impide caminar.
- ☐ El dolor me impide caminar más de 1 milla.
- ☐ El dolor me impide caminar más de 1/2 milla.
- ☐ El dolor me impide caminar más de 100 yardas.
- ☐ Solo puedo caminar con bastón o muletas.
- ☐ Estoy en cama la mayoría del tiempo.

SECCIÓN 5 - SENTARSE

- ☐ Puedo sentarme tanto como quiera.
- ☐ Puedo sentarme en mi asiento favorito tanto como quiera.
- ☐ El dolor me impide sentarme por más de una hora.
- ☐ El dolor me impide sentarme por más de 30 minutos.
- ☐ El dolor me impide sentarme por más de 10 minutos.
- ☐ El dolor no me permite sentarme.

SECCIÓN 6 - ESTAR DE PIE

- ☐ Puedo estar de pie cuanto quiera sin dolor.
- ☐ Puedo estar de pie cuanto quiera, pero me duele.
- ☐ El dolor me impide pararme por más de 1 hora.
- ☐ El dolor me impide pararme por más de 30 mins.
- ☐ El dolor me impide pararme por más de 10 mins.
- ☐ El dolor no me permite ponerme de pie.

SECCIÓN 7 - SUEÑO

- ☐ No tengo problemas para dormir.
- ☐ Mi sueño está un poco alterado. (menos de una hora de insomnio)
- ☐ Mi sueño está ligeramente alterado. (1 hora de insomnio)
- ☐ Mi sueño está moderadamente alterado. (2 a 3 horas de insomnio)
- ☐ Mi sueño está severamente alterado. (4 a 5 horas de insomnio)
- ☐ Mi sueño está completamente alterado. (6 a 7 horas de insomnio)

SECCIÓN 8 - VIDA SEXUAL (SI APLICA)

- ☐ Mi vida sexual es normal y no me da dolor.
- ☐ Mi vida sexual es normal, pero me da dolor.
- ☐ Mi vida sexual es casi normal, pero muy dolorosa.
- ☐ Mi vida sexual está severamente restringida por el dolor.
- ☐ Casi no tengo vida sexual debido al dolor.
- ☐ El dolor me impide tener vida sexual.

SECCIÓN 9 - VIDA SOCIAL

- ☐ Mi vida social es normal y no me genera dolor.
- ☐ Mi vida social es normal, pero me genera algo de dolor.
- ☐ El dolor no tiene efectos significativos en mi vida social, excepto que me impide realizar actividades pesadas (por ejemplo, deportes).
- ☐ El dolor ha restringido mi vida social y no salgo tan a menudo.
- ☐ El dolor ha restringido mi vida social a estar en casa.
- ☐ No tengo vida social debido al dolor.

SECCIÓN 10 - TRASLADOS

- ☐ Puedo ir a cualquier lado sin dolor.
- ☐ Puedo ir a cualquier lado, pero me da dolor.
- ☐ Me duele, pero puede hacer viajes de hasta dos horas.
- ☐ El dolor no me permite viajar más de una hora.
- ☐ El dolor solo me permite hacer traslados necesarios de media hora.
- ☐ El dolor me impide trasladarme, excepto para recibir mi tratamiento.

ACUERDO DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA DE SUSTANCIAS CONTROLADAS PARA EL DOLOR

La ley de Nevada requiere que los pacientes ingresen en un “Acuerdo de Prescripción Médica” si tendrán un tratamiento para el dolor mayor a 30 días con una sustancia controlada. Entiendo que este acuerdo será actualizado cada 365 días, o si existen cambios en mi plan de tratamiento. Entiendo que intentar reducir el dolor es mi responsabilidad, y que el tratamiento con sustancias controladas conlleva responsabilidades adicionales de las que me ha informado mi médico. El propósito de este acuerdo es para ayudar a que tanto mi médico como yo cumplamos con la ley de Nevada.

(Firme hasta abajo para indicar que entiende este acuerdo.)

1. Entiendo mi plan de tratamiento y las metas del tratamiento del dolor, lo que incluye el uso apropiado de sustancias controladas.

- He discutido mi plan de tratamiento con mi médico, **Innovative Pain Care Center: Dr. Daniel Burkhead, Dr. Willis Wu, Dr. Ryan West, Michael Scott, PA-C, Neil Jones, PA-C, Kelsee Chang, FNP-C, Tamara Browne, FNP-C**, y tengo una buena comprensión del plan de tratamiento general y los objetivos del tratamiento. Mi médico ha discutido posibles tratamientos alternativos para mi dolor que no incluyen sustancias controladas y es nuestra decisión mutua que la continuación de una sustancia controlada por más de 30 días puede proporcionar algún beneficio para el tratamiento de mi dolor. Puedo seguir tomando sustancias controladas, incluidos los opiáceos.
- Entiendo que parte de los objetivos de mi terapia de control del dolor pueden incluir intentos de minimizar o interrumpir el uso de sustancias controladas. Puede haber varias razones por las que mi médico me recomiende reducir o interrumpir el uso de una sustancia controlada. Algunas de estas razones pueden ser, entre otras: la reducción de los síntomas de dolor por otros medios, la presencia o el desarrollo de efectos secundarios, cualquier signo de mal uso, abuso, desviación o adicción, la negativa a cumplir con los estudios de diagnóstico u otros aspectos del plan de tratamiento, los intentos de obtener la medicación de otro proveedor, el uso de drogas ilícitas u otros medicamentos que puedan interactuar con la sustancia controlada, o cualquier otra razón por la que mi profesional pueda considerar que es en mi mejor interés reducir o suspender la sustancia controlada.
- Entiendo cómo usar correctamente la sustancia controlada que se me ha recetado, y acepto tomar la medicación según las indicaciones y no desviarme de los parámetros de la prescripción escrita por mi médico. Mantendré la medicación en un lugar seguro y fuera del alcance de los niños y me desharé de la medicación no utilizada de forma adecuada.
- Entiendo que las sustancias controladas pueden causar ciertas reacciones o efectos secundarios que podrían ser peligrosos, incluyendo somnolencia o sedación, estreñimiento, náuseas, picazón, reacciones alérgicas, problemas para pensar con claridad, ralentización de mis reacciones, o ralentización o cese de mi respiración, y posiblemente una sobredosis fatal. Debido a este riesgo de sobredosis mortal, el antídoto naloxona (Narcan®) está disponible, sin receta, en las farmacias.

- Entiendo que mientras consuma estos medicamentos puede que no sea seguro conducir un auto, operar maquinaria o cuidar a otras personas. Si me siento sedado, confundido o impedido por los medicamentos, no debo realizar actividades que pongan a otras personas en peligro de lesión.
- Entiendo los riesgos y beneficios asociados con el uso de sustancias controladas para el tratamiento del dolor por más de 30 días, incluyendo el riesgo de abuso, mal uso, tolerancia, dependencia y adicción.

2. El cumplimiento del tratamiento es mi responsabilidad.

- Acudiré puntualmente a todas las citas programadas con mi médico.
- Entiendo que las recetas sólo se proporcionará visitas programadas a la oficina, y es mi responsabilidad asegurarme de que he programado una cita para los rellenos (por lo general 30 días de antelación). Entiendo que un mínimo de 5-7 días de aviso puede ser necesario para obtener una cita para rellenos de medicamentos. No llamaré entre citas, por la noche, o en fines de semana para resurtir una receta.
- Entiendo que mi medicación es mi responsabilidad y que si la pierdo o me la roban, la medicación no se repondrá hasta mi próxima cita y puede que no se reponga en absoluto.
- Trataré al personal del consultorio con respeto en todo momento y puedo ser expulsado de la clínica si faltó al respeto al personal o perturbo el cuidado de los demás.
- Si mi tratamiento para el dolor se prolonga más allá de noventa (90) días, soy consciente de que la ley de Nevada me exigirá que complete una evaluación sobre mi riesgo de abuso, mal uso o desvío de la sustancia controlada.

3. Es mi responsabilidad comunicar información importante a mi médico.

- Estoy de acuerdo en informar a mi médico si alguna vez he tomado una sustancia controlada en el pasado, y si me proporcionó el efecto deseado. También informaré a mi médico si otro doctor me ha recetado alguna vez una sustancia controlada, antes de resurtir o tomar esa medicación.
- Informaré a mi médico si consumo alcohol, marihuana o cualquier otra droga ilícita.
- Informaré a mi médico si alguna vez he recibido tratamiento por efectos secundarios o complicaciones relacionadas con el uso de sustancias controladas.
- Si yo o alguien de mi familia ha tenido problemas con enfermedades mentales o con abuso o mal uso de alcohol u otras drogas, informaré a mi médico ya que esto puede ponerme en mayor riesgo de desarrollar una adicción. También informaré a mi médico de cualquier cambio en mi estado de salud, de nuevos medicamentos que me hayan recetado o de cualquier otra circunstancia que pueda afectar al uso de sustancias controladas.

4. Entiendo que está estrictamente prohibido compartir, dar o vender una sustancia controlada con cualquier otra persona.

5. Entiendo que, como parte del seguimiento del tratamiento, puede que se requieran estudios de fluidos corporales (orina, sangre, saliva, etc.) a criterio del doctor. Accedo a dichas pruebas cuando el médico las crea pertinentes.

- Estoy de acuerdo en acudir a la clínica para dicho monitoreo y pruebas dentro de 24 horas de ser contactado por el consultorio, y si me niego o no puedo hacerlo, entonces mi tratamiento con sustancias controladas puede ser descontinuado, a discreción del practicante.
- Estoy de acuerdo en traer todos y cada uno de los frascos de mis medicamentos actuales al consultorio dentro de las 24 horas de ser contactado, con el fin de que mi practicante realice un recuento de pastillas.

6. Accedo a firmar un consentimiento que permita a mi médico obtener registros de otras clínicas y discutir mis cuidados médicos actuales o anteriores con otro personal de salud.

- Es mi responsabilidad proporcionar a la oficina o clínica mi información de contacto actualizada para facilitar la comunicación.
- Estaré al corriente con todas las facturas del consultorio, e informaré a la oficina de cualquier cambio en mi seguro médico o método de pago. Estoy de acuerdo en pagar las cuotas de copago o coaseguro requeridas por mi aseguradora en el momento del servicio.
- Autorizo a mi médico y a mi farmacia a cooperar completamente con cualquier ciudad, estado, o agencias federales de aplicación de la ley, incluyendo, pero no limitado a la Drug Enforcement Administration, State Board of Pharmacy, o State Medical, Dental, o Nursing Boards.

7. Accedo a surtir todos mis medicamentos de una sola farmacia. Mi farmacia es:

Nombre de la farmacia _____ Teléfono _____

Dirección de la farmacia _____

8. Entiendo que la ley del estado de Nevada requiere que proporcione una lista de todos los estados en los que haya residido antes o en los que me hayan surtido una receta de sustancia controlada. Esta es la lista de estados:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

9. Entiendo que si infrinjo cualquier parte de este acuerdo, puede que me sean denegadas las recetas de sustancias controladas y que sea dado de alta de la clínica.

He leído y comprendido cada una de las declaraciones escritas anteriormente y he tenido la oportunidad de que se respondan todas mis preguntas. Al firmar, acepto cumplir con las reglas del Acuerdo de prescripción de medicamentos mientras continúe recibiendo prescripciones de sustancias controladas para el tratamiento de mi condición de dolor.

Firma del paciente

Nombre del paciente

Fecha

Firma de padre o tutor

Nombre de padre o tutor

Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TERAPIA DEL DOLOR CON SUSTANCIAS CONTROLADAS

La ley de Nevada exige el consentimiento informado del paciente antes de que se pueda recetar inicialmente una sustancia controlada para tratar el dolor del paciente. Entiendo que intentar reducir mi dolor es mi responsabilidad, y que el tratamiento del dolor con sustancias controladas conlleva algunas responsabilidades adicionales que mi médico me ha informado. El propósito de este acuerdo es ayudarnos tanto a mí como a mi profesional a cumplir con la ley.

(Firme al final para indicar que entiende todas las cláusulas de este consentimiento.)

1. Es mi responsabilidad cumplir con el plan de tratamiento de mi médico. Esto incluye la responsabilidad de usar la sustancia controlada adecuadamente, según lo prescrito, y tomar la medicación según las indicaciones.

- He discutido mi plan de tratamiento con mi médico, **Innovative Pain Care Center: Dr. Daniel Burkhead, Dr. Wills Wu, Dr. Ryan West, Michael Scott, PA-C, Neil Jones, PA-C, Kelsee Chang, FNP-C, Tamara Browne, FNP-C**, y entiendo el plan de tratamiento general y los objetivos del tratamiento. Me pueden recetar sustancias controladas; incluyendo opioides. Mi médico ha discutido los riesgos y beneficios específicos de estos medicamentos, así como los posibles tratamientos alternativos para mi dolor que no incluyen sustancias controladas y es nuestra decisión mutua que una sustancia controlada puede proporcionar algún beneficio para el tratamiento de mi dolor.
- Entiendo cómo usar correctamente la sustancia controlada que se me ha recetado, y acepto tomar la medicación según las indicaciones y no desviarme de los parámetros de la prescripción escrita por mi médico.
- Entiendo que mientras consuma estos medicamentos puede que no sea seguro conducir un auto, operar maquinaria o cuidar a otras personas. Si me siento sedado, confundido o impedido por los medicamentos, no debo realizar actividades que pongan a otras personas en peligro de lesión.
- Entiendo el protocolo de mi médico para tratar cualquier solicitud de reposición.
- Si mi tratamiento para el dolor se prolonga más de noventa (90) días, soy consciente de que la ley de Nevada me exigirá que complete una evaluación sobre mi riesgo de abuso, mal uso o desvío de la sustancia controlada.

2. Es mi responsabilidad entender los riesgos y beneficios de las sustancias controladas, incluido el riesgo de adicción.

- Existen riesgos y beneficios potenciales asociados con el uso de sustancias controladas para el tratamiento del dolor y entiendo estos riesgos y beneficios con respecto a la medicación.
- Puedo experimentar ciertas reacciones o efectos secundarios que podrían ser peligrosos, como somnolencia o sedación, estreñimiento, náuseas, picor, reacciones alérgicas, problemas para pensar con claridad, enlentecimiento de mis reacciones o enlentecimiento o cese de mi respiración.
- Las sustancias controladas también incluyen un riesgo de tolerancia, en el que mi cuerpo puede acostumbrarse a la dosis original y requerir dosis mayores para obtener el mismo efecto. Esta es una situación que debo discutir con mi médico, si surge.
- Entiendo que puedo volverme físicamente dependiente de estas sustancias controladas, creando una situación en la que puedo experimentar síntomas de abstinencia si dejo abruptamente la medicación. Los síntomas de abstinencia se presentan como síntomas gripales, náuseas, vómitos, diarrea,

sudoración, dolores corporales, calambres musculares, secreción nasal, ansiedad y trastornos del sueño.

- Entiendo que existe un riesgo de adicción a las sustancias controladas. Si no puedo controlar el uso de la medicación, es posible que se me remita a un tratamiento contra la adicción.
- Entiendo que las sustancias controladas conllevan un riesgo de sobredosis mortal. Si se toma demasiada medicación, o si la medicación se combina con otros medicamentos que pueden alterar mi nivel de conciencia (incluyendo el alcohol y la marihuana) este riesgo aumenta.
- Debido al riesgo de posible sobredosis mortal resultante del uso de sustancias controladas, el antídoto contra la sobredosis de opiáceos naloxona (Narcan®) está disponible, sin receta, y puedo obtener este medicamento de un farmacéutico en cualquier momento.
- Se me ha informado de que tengo a mi disposición sustancias controladas diseñadas para disuadir del abuso y de los riesgos y beneficios asociados a esos medicamentos.

3. Es mi responsabilidad comunicar información importante a mi médico.

Si yo o cualquier miembro de mi familia ha tenido problemas de enfermedad mental o abuso de alcohol o sustancias, le informaré a mi médico ya que esto me pone en un mayor riesgo de desarrollar una adicción. También le informaré acerca de cualquier cambio en mi salud y cualquier otra circunstancia que pueda impactar el uso de medicamentos.

4. Es mi responsabilidad almacenar y desechar sustancias controladas correctamente.

Las recetas de sustancias controladas deben guardarse siempre en un lugar seguro y fuera del alcance de los niños y otros miembros de la familia. Para deshacerme de forma segura de los medicamentos no utilizados, puedo devolver los medicamentos a una farmacia local, una comisaría de policía local, una estación de "día de devolución de medicamentos", o puedo deshacerme de ellos de forma segura disolviéndolos en una bolsa "Dettera", que puede adquirirse en una farmacia.

5. Para mujeres (edad 15-45): Es mi responsabilidad informar a mi médico si estoy o tengo razones para creer que estoy embarazada o si estoy pensando en quedarme embarazada durante el curso de mi tratamiento con sustancias controladas, ya que la exposición a sustancias controladas durante el embarazo supone un riesgo para el feto, incluidos los riesgos de dependencia fetal de la sustancia controlada y el síndrome de abstinencia neonatal (síndrome de abstinencia).

6. Para padres o tutores de un menor no emancipado: Además de lo anterior, existe el riesgo de que el menor abuse o haga un uso indebido de la sustancia controlada o la desvíe para que la consuma otra persona, y conozco las formas de detectar dicho abuso, uso indebido o desviación.

He leído y entiendo cada una de las declaraciones escritas arriba y he tenido la oportunidad de que se respondan todas mis preguntas. Al firmar, doy mi consentimiento para la prescripción de sustancias controladas para tratar la condición de dolor.

Firma del paciente

Nombre del paciente

Fecha

Firma del padre o tutor

Nombre del padre o tutor

Fecha



ACUERDO Y DEL TRATAMIENTO DE PACIENTE

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE INNOVATIVE PAIN CARE CENTER

“De conformidad con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidad (ADA) de 1990, Innovative Pain Care Center no discrimina en las admisiones, la prestación de servicios, la contratación y el empleo por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, orientación sexual, identidad de género, expresión de género, religión, edad o discapacidad (incluido el SIDA y las afecciones relacionadas).”

Estoy deseando trabajar con usted y espero que mi personal y yo podamos tener éxito en la consecución de sus objetivos para el control de su dolor. En nuestro esfuerzo por alcanzar estos objetivos, todos debemos cumplir ciertas normas.

(Ponga sus iniciales en las afirmaciones que aparecen a continuación para confirmar que las comprende.)

- _____ El personal del Pain Center le tratará con respeto y compasión, y reconocemos que su tiempo es importante. A cambio, le pedimos que respete nuestro tiempo dándonos por lo menos 24 horas de aviso de cancelación de citas. Si no lo hace, incurrirá en un cargo de \$75 para las visitas perdidas y un cargo de \$150 para los procedimientos perdidos.
- _____ Tenga en cuenta que los copagos, deducibles y coaseguros del paciente deben abonarse en el momento del servicio. No se aceptan cheques en el momento del servicio.
- _____ Nuestra política marca que hay una cuota de \$75 a aplicarse en cheques rechazados.
- _____ Con el fin de evitar cargos innecesarios facturados al paciente, le pedimos que nos informe inmediatamente sobre cambios de seguro, dirección, nombre o número de teléfono.

Le agradezco que nos haya confiado sus cuidados y espero que tenga una visita agradable y productiva.

Atentamente,

Daniel L. Burkhead, M.D.

Y el Personal de Innovative Pain Care Center

Mi firma indica que reconozco y acepto los términos y condiciones presentados en este acuerdo y que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Innovative Pain Care Center.

Nombre del paciente _____

Fecha _____ **Firma del paciente** _____



AVISO A LOS PACIENTES RESPECTO AL TEST DE ORINA

Este consultorio hace pruebas a todos los pacientes al azar hasta 12 veces al año como parte de nuestro programa de monitoreo de prescripciones. Como parte de su acuerdo de narcóticos usted ha aceptado estas pruebas. Usted debe estar preparado en cada visita para proporcionar una muestra de orina. Si le toca un análisis de orina, se le pedirá la muestra antes de ver a su doctor. Si no puede proporcionar una muestra, se le pedirá que espere en la sala de espera hasta que pueda hacerlo. Si su análisis no es coherente con su plan de tratamiento, es posible que se le pida que proporcione una muestra en cada visita hasta que cumpla los requisitos. Esto conlleva un cargo adicional a su visita al consultorio.

Las pruebas de orina se realizan en dos partes:

- **La parte uno** es una prueba de orina en el consultorio. Esta prueba es facturada por nuestra oficina. Si tiene alguna pregunta acerca de su responsabilidad de desembolso para la prueba, por favor póngase en contacto con nuestra oficina de facturación.
- **La parte dos** son estudios específicos realizados por un laboratorio externo contratado, las pruebas se realizan en función de los medicamentos que se toman, así como de las dosis, la altura y el peso del paciente y los resultados de las pruebas realizadas en consulta. Estos son facturados por un laboratorio dentro de la red contratada de su plan de seguro. Si usted tiene alguna pregunta acerca de la parte de laboratorio de estas pruebas, por favor póngase en contacto con su centro de laboratorio contratado.

Estas pruebas:

- Previenen interacciones peligrosas entre medicamentos.
- Monitorean el cumplimiento de su plan de tratamiento.

Yo, _____, entiendo lo anterior y accedo a obedecer las políticas de este acuerdo.

Firma del paciente

Fecha



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE HIPAA

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

Innovative Pain Care Center está comprometido con las regulaciones de HIPAA. Por lo tanto, cada paciente está obligado a firmar una autorización. Los pacientes pueden incluir acompañante(s) (familiares, amigos, etc.) que los acompañen a su cita, programar o reprogramar citas. Los individuos listados son aprobados para escuchar la discusión con respecto a la información de salud del paciente.

Autorizo a las siguientes personas a participar en la discusión de la información sobre mi salud médica. Entiendo que soy responsable de la divulgación de la información proporcionada por Innovative Pain Care Center a las siguientes personas:

Nombre:

Parentezco:

Nombre del paciente

Fecha

Fecha _____

Estimado Médico Primario / Médico Remitente _____

Esta carta tiene por objeto informarle del tratamiento del dolor de nuestro paciente común, _____.

Este paciente ha seguido un tratamiento en nuestra clínica de tratamiento del dolor crónico. El plan de tratamiento puede consistir en una combinación de modalidades físicas, gestión de la medicación y procedimientos intervencionistas, que posiblemente incluyan inyecciones de esteroides. La justificación de la continuación de estos tratamientos es la preferencia del paciente por evitar la cirugía. Si se repiten las inyecciones de esteroides, sólo se repetirán si el paciente ha tenido una recurrencia del dolor en la misma localización que se alivió previamente con inyecciones de esteroides similares durante al menos 3 meses. A nuestro juicio, los beneficios de las inyecciones adicionales de esteroides superan los riesgos de la administración repetida de esteroides.

No dude en contactar a nuestra clínica en caso de dudas.

Atentamente,

Innovative Pain Care Center

Dr. Daniel Burkhead, MD | Dr. Willis Wu, MD | Dr. Ryan West, DO

Por favor, proporcione a nuestra oficina la información de su médico de atención primaria o la información de su médico de referencia si usted no tiene un médico de atención primaria. Las nuevas directrices del seguro nos obligan a informar a su médico de atención primaria o médico remitente del tratamiento en curso.

Información del Médico Primario / Médico Remitente:

Nombre _____

Teléfono _____ Fax _____

AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD HIPAA

Autorizo a Innovative Pain Care Center a divulgar información a mi proveedor médico mencionado.

Patient Name

Patient Signature



ACUSE DE RECIBIDO

DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE INNOVATIVE PAIN CARE CENTER

Por la presente reconozco que he recibido un paquete de 7 páginas del Aviso de prácticas de privacidad de Innovative Pain Care Center.

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____ Firma del paciente: _____

AVISO DE PRIVACIDAD

TAL Y COMO EXIGEN LAS NORMAS DE PRIVACIDAD CREADAS A RAÍZ DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO DE 1996 (HIPAA).

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED (COMO PACIENTE DE ESTA CONSULTA) Y CÓMO PUEDE ACCEDER A SU INFORMACIÓN MÉDICA IDENTIFICABLE INDIVIDUALMENTE.

Debemos proporcionarle la siguiente información:

- Cómo podemos utilizar y divulgar su información sanitaria protegida (PHI)
- Sus derechos de privacidad sobre su PHI
- Nuestras obligaciones en relación con el uso y la divulgación de su PHI

Los términos de este aviso se aplican a todos los registros que contienen su información personal que son creados o conservados por nuestra práctica. Nos reservamos el derecho de revisar o modificar este Aviso de Prácticas de Privacidad según lo permita la ley. Cualquier revisión o enmienda a este aviso será efectiva para todos sus registros que nuestra práctica ha creado o mantenido en el pasado o que podamos crear o mantener en el futuro. Nuestro consultorio colocará una copia de nuestro Aviso vigente en un lugar visible en todo momento, y usted podrá solicitar una copia de nuestro Aviso más reciente en cualquier momento.

A. USOS Y DIVULGACIONES DE PHI

En el siguiente apartado se describen las distintas formas en que utilizamos y divulgamos sus datos sanitarios. Para cada tipo de uso o divulgación, explicaremos el significado y daremos un ejemplo. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones; sin embargo, hemos enumerado todas las formas diferentes en que se nos permite utilizar y divulgar información médica. No utilizaremos ni divulgaremos su información médica para ningún fin que no figure a continuación sin su autorización específica por escrito. Cualquier autorización específica por escrito que nos proporcione podrá ser revocada en cualquier momento presentándonos la revocación por escrito.

1. Tratamiento: Podemos utilizar y divulgar información médica en el curso de su tratamiento para proporcionar, coordinar o gestionar su asistencia sanitaria y cualquier servicio relacionado. Esto puede incluir a otros proveedores, farmacias u otras personas que le ayuden en su cuidado, como su cónyuge, hijos, padres o cuidador.

Ejemplo: La información médica puede ser enviada a otro proveedor de atención médica al que usted haya sido remitido por nuestro consultorio para tratamiento o pruebas adicionales. Usted será informado por su doctor o personal del consultorio sobre dicha remisión antes de cualquier divulgación de información. Sólo se



proporcionará la información mínima necesaria.

2. Pago: Podemos utilizar y divulgar su PHI, incluidos los registros, para obtener el pago de los servicios y productos que usted pueda recibir de nosotros. Esto puede incluir actividades asociadas con la autorización de servicios, elegibilidad y cobertura u obtener el pago por parte de su plan de seguro médico u otros terceros que sean responsables de dicho pago o información.

Ejemplo: Los detalles del tratamiento o los registros médicos pueden ser proporcionados a su aseguradora de salud para determinar si su aseguradora cubrirá su tratamiento o para obtener el pago de los servicios prestados anteriormente.

3. Operaciones de salud: Podemos utilizar y divulgar su PHI para garantizar operaciones comerciales precisas y apropiadas. Estas actividades incluyen, entre otras, actividades de evaluación de la calidad, actividades de revisión de empleados o concesión de licencias.

Ejemplo: Se puede utilizar una hoja de registro en el mostrador de inscripción donde se le pedirá que firme con su nombre. Es posible que le llamen por su nombre en la sala de espera cuando llegue la hora de que le atienda el proveedor. También podemos utilizar y divulgar su PHI para ponernos en contacto con usted y recordarle su cita. Los "socios comerciales" realizan diversas actividades (por ejemplo, servicios de transcripción o de contestador automático) para nosotros. Compartiremos su PHI con socios comerciales siempre que sea apropiado. Un contrato por escrito con el socio comercial describirá los términos que protegerán la privacidad de su PHI.

4. Divulgaciones requeridas por ley: Nuestra clínica utilizará y divulgará su PHI cuando así lo requiera la ley federal, estatal o local.

5. Liberación de información a amigos y familiares: Nuestra clínica podrá liberar su PHI a un amigo o familiar que esté involucrado en sus cuidados.

Ejemplo: Un paciente, incluidos los padres o tutores de un menor, puede pedir que un familiar vaya a la farmacia a recoger una receta. En este ejemplo, ese familiar puede tener acceso a la información médica del paciente.

B. USOS Y DIVULGACIONES ADICIONALES QUE PUEDEN REALIZARSE CON SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZACIÓN U OPORTUNIDAD DE OBJETAR

Podemos utilizar y divulgar su PHI en los siguientes casos. Usted tiene la oportunidad de aceptar u oponerse a que toda o parte de su PHI sea utilizada o divulgada para estos fines. Si usted no puede aceptar u objetar, el proveedor, utilizando su criterio profesional, determinará si el uso es en su mejor interés. En cualquier caso, sólo se divulgará la PHI que sea relevante para su atención médica.

1. Emergencias: Podemos utilizar o divulgar su PHI en una emergencia. Si esto sucede, su proveedor tratará



de obtener su consentimiento tan pronto como sea razonablemente posible después de la entrega del tratamiento. Si su proveedor está obligado por ley a tratarlo y el proveedor ha intentado obtener su consentimiento pero no puede, él o ella todavía puede usar su PHI para tratarlo.

2. Otros involucrados en su cuidado: A menos que usted se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo íntimo o cualquier otra persona que usted identifique o que pueda ser responsable de su atención, su PHI. Si no puede oponerse a dicha divulgación, podremos divulgar dicha información si determinamos que es lo mejor para usted. Podemos utilizar o divulgar su PHI a una entidad pública o privada autorizada para ayudar y coordinar los usos y divulgaciones a la familia u otras personas involucradas en su atención médica.

3. Barreras de comunicación: Podremos utilizar y divulgar su PHI si su proveedor intenta obtener su consentimiento pero no puede hacerlo debido a importantes barreras de comunicación y el proveedor determina, utilizando su criterio profesional, que usted tiene la intención de hacerlo dadas las circunstancias.

C. USOS Y DIVULGACIONES ADICIONALES QUE PUEDEN REALIZARSE SIN SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZACIÓN U OPORTUNIDAD DE OBJETAR

1. Salud pública: Nuestra clínica puede divulgar su PHI a autoridades de salud pública que estén autorizadas por ley para recolectar información con el propósito de:

- mantener registros vitales, como nacimientos y defunciones
- denunciar los malos tratos o el abandono de menores
- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- notificar a una persona una posible exposición a una enfermedad transmisible
- notificar a una persona un riesgo potencial de contagio o contracción de una enfermedad o afección
- notificar reacciones a fármacos o problemas con productos o dispositivos
- notificar a las personas si un producto o dispositivo que puedan estar utilizando ha sido retirado del mercado
- notificar a la(s) agencia(s) gubernamental(es) y autoridad(es) competente(s) el posible maltrato o abandono de un paciente adulto, incluida la violencia doméstica. Sin embargo, sólo revelaremos esta información si el paciente está de acuerdo o si la ley nos obliga o autoriza a revelarla
- notificar a su empleador en circunstancias limitadas relacionadas principalmente con lesiones o enfermedades laborales o vigilancia médica

2. Supervisión sanitaria: Podemos utilizar o divulgar la PHI a una agencia de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley. Esto incluye investigaciones, inspecciones, auditorías, encuestas, otorgamiento de licencias y acciones disciplinarias; procedimientos o acciones civiles, administrativas y

penales; u otras actividades necesarias para que el gobierno supervise los programas gubernamentales, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y el sistema de atención médica en general.

3. Requerimiento de ley: Podremos utilizar o divulgar la PHI en la medida en que lo exija la ley. El uso o divulgación se limitará a los requisitos pertinentes de la ley. Se le notificará, como exige la ley, cualquier uso o divulgación de este tipo.

4. Procedimientos legales: Podemos divulgar la PHI en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a una orden judicial o administrativa, solicitud de descubrimiento, citación u otro proceso legal por parte de otro tercero involucrado en la disputa.

5. Cumplimiento de la ley: Podemos divulgar la PHI, siempre que se cumplan los requisitos legales aplicables, con fines policiales, entre los que se incluyen:

- procesos judiciales y otros requisitos legales
- solicitudes de información limitada con fines de identificación y localización
- relativas a víctimas de delitos
- sospecha de que se ha producido una muerte como consecuencia de una conducta delictiva
- en caso de que se produzca un delito en las instalaciones de la consulta, y
- emergencia médica (no en las instalaciones de la consulta) y es probable que se haya producido un delito.

6. Abuso o negligencia: Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública, entidad gubernamental o agencia autorizada para recibir dicha información si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. En este caso, la divulgación se hará de conformidad con los requisitos de las leyes federales y estatales aplicables.

7. Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos: Podemos revelar la PHI a un médico forense o examinador médico con fines de identificación, para determinar la causa de la muerte o para otros deberes autorizados por la ley. También podemos divulgar información a un director de funeraria, según lo autorice la ley, para permitirle llevar a cabo sus tareas. Podremos revelar dicha información en previsión razonable de fallecimiento. La PHI podrá utilizarse y divulgarse con fines de donación de órganos, ojos o tejidos cadavéricos.

8. Administración de Alimentos y Medicamentos: Podemos revelar su PHI a una persona o empresa autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para informar sobre acontecimientos

adversos, defectos de productos o problemas; desviaciones de productos biológicos; seguimiento de productos; para permitir la retirada de productos; para hacer reparaciones o sustituciones; o, para llevar a cabo la vigilancia posterior a la comercialización, según sea necesario.

9. Actividad militar y seguridad nacional: Cuando se den las condiciones apropiadas, podremos utilizar o divulgar la PHI de personas que sean personal de las Fuerzas Armadas (1) para actividades que las autoridades consideren necesarias; (2) para que el Departamento de Asuntos de Veteranos determine si usted reúne los requisitos para recibir prestaciones, o (3) a autoridades militares extranjeras si usted es miembro de ese servicio militar extranjero. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para llevar a cabo actividades de seguridad nacional e inteligencia.

10. Usos y divulgaciones requeridas: En virtud de la ley, debemos revelar información a usted y cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento de los requisitos de este aviso.

D. SUS DERECHOS RESPECTO A SU PHI

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que mantenemos sobre usted:

1. Comunicación confidencial: Usted tiene derecho a solicitar que nuestro consultorio se comuniqué con usted sobre sus asuntos relacionados con la salud de una manera particular o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede pedir que nos pongamos en contacto con usted en su domicilio, pero que no le dejemos un mensaje en el contestador automático. Tendremos en cuenta sus peticiones razonables. No le pediremos explicaciones sobre el motivo de su solicitud. Sírvase hacer esta solicitud por escrito a nuestro Contacto de Privacidad, cuyo nombre figura en otra parte de este Aviso.

2. Solicitar restricciones para su PHI: Esto significa que puede pedirnos que no utilicemos ni divulguemos ninguna parte de su PHI con fines de tratamiento, pago u operaciones sanitarias (TPO). También puede solicitar que no se divulgue ninguna parte de su PHI a familiares o amigos que puedan estar implicados en su atención o con fines de notificación, tal como se describe en este Aviso. Deberá presentar su solicitud por escrito al Contacto para la Protección de la Intimidad que figura en otra parte de este aviso. Debe incluir (a) la información que desea restringir; (b) si solicita limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y, (c) a quién desea que se apliquen los límites.

Su proveedor no está obligado a aceptar una restricción. Si su proveedor considera que permitir el uso y la divulgación de su PHI redundará en su propio beneficio, no se restringirá su PHI. Si su proveedor acepta la restricción solicitada, no podremos utilizar ni divulgar su PHI en violación de dicha restricción, a menos que sea necesario para proporcionar tratamiento de emergencia.

3. Inspeccionar y obtener una copia de su PHI: Esto significa que puede inspeccionar y obtener una copia



de su PHI contenida en su historial médico. Un historial médico incluye registros médicos, de facturación y de cualquier otro tipo que se utilicen para tomar decisiones sobre usted.

Sin embargo, según la ley federal, usted no puede inspeccionar ni recibir copia de los siguientes registros: notas de psicoterapia; información recopilada en una anticipación razonable de, o utilizada en, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, y la PHI que está sujeta a la ley que prohíbe el acceso a la PHI. En algunas circunstancias, usted puede tener derecho a que se revise esta decisión.

Es posible que tenga que presentar su solicitud por escrito y la práctica puede cobrar una cuota por los costos de copiado, envío, mano de obra y suministros asociados con su solicitud.

4. Solicitar cambios a su PHI: Esto significa que usted puede solicitar una enmienda de su PHI en su expediente médico mientras lo mantengamos. La solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Contacto de Privacidad que figura en otra parte de este Aviso. Debe proporcionarnos una razón que respalde su solicitud de modificación. En determinados casos, podremos denegar su solicitud de modificación. Incluidas las solicitudes que, en nuestra opinión, sean:

- adecuadas y completas;
- no parte de la PHI almacenada por la clínica;
- no forman parte de la PHI que se le permitiría inspeccionar y copiar; o son
- no hayan sido creadas por nuestro consultorio, a menos que la persona o entidad que creó la información no esté disponible para modificar la información.

Si su solicitud es denegada, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

5. Solicitar un informe sobre determinadas divulgaciones de su PHI: Este derecho se aplica a las divulgaciones para fines distintos del tratamiento, pago u operaciones de asistencia sanitaria (TPO), tal como se describen en el presente Aviso. Usted tiene derecho a información específica sobre estas divulgaciones ocurridas después del 14 de abril de 2003. Este recuento es una lista de ciertas divulgaciones no rutinarias que nuestra práctica ha hecho, si alguna, de su PHI para propósitos no TPO. El uso de su PHI como parte del cuidado rutinario del paciente en nuestra práctica no requiere ser documentado. Para obtener un informe de las divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito al Contacto de Privacidad que aparece en otra parte de este Aviso y debe indicar un período de tiempo, que no puede ser superior a seis (6) años a partir de la fecha de divulgación, y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003.

La primera lista que solicite dentro de un periodo de 12 meses es gratuita, pero nuestra consulta puede cobrarle por listas adicionales dentro del mismo periodo de 12 meses.



6. Para obtener una copia física: Bajo solicitud, incluso si usted acepta recibir este aviso de forma electrónica, tiene derecho de obtener una copia física.

7. Quejas y preguntas: Puede presentar una queja ante nosotros o ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si cree que se han violado sus derechos de privacidad. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Si desea información sobre el procedimiento, póngase en contacto con la persona encargada de la protección de la intimidad que figura en otro apartado de este Aviso.

E. CONTACTO PARA PREGUNTAS RESPECTO A LA PRIVACIDAD

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea más información sobre cualquiera de sus contenidos, puede ponerse en contacto con nuestro responsable de protección de datos, que se encuentra en la siguiente dirección: **39920 W. Cheyenne #110 Las Vegas, NV 89129, (702) 316-2281 or by fax (702) 316-2272.**