

Fecha: _____

NUEVA INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: (Apellido, Primero, Medio)			☐ M -F	Teléfono de casa	Teléfono celular
					Consentimiento al texto: ☐ Sí ☐ No
Fecha de nacimiento	Edad	SS #		Licencia de Conducir	
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
Dirección de Correo Electrónico:			Raza: ☐ Blanco ☐ Afroamericano ☐ Nativo Americano/Esquimal/Aleut ☐ Asiático/Isia del Pacífico		
Idioma Preferido:			Etnia: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino ☐ Otro/Especificar:		
Estado civil	☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viuda				
Situación del empleo	☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Autoempleados ☐ Desempleados ☐ Militares Activos ☐ Jubilados ☐ Estudiante				
Nombre del Empleador del Paciente		Ocupación		Teléfono del Empleador	
Dirección del Empleador del Paciente		Ciudad		Estado	Código Postal
¿Recibe beneficios de atención médica del plan de empleadores?		☐ Sí ☐ No			
¿Este plan le paga antes que Medicare?		☐ Sí ☐ No			
¿Su afección es el resultado de un accidente o lesión personal? ¿Su condición está cubierta por un reclamo de Comp de Trabajadores?		☐ Sí ☐ No		Fecha de accidente/lesión: _____	
Si su condición es el resultado de una compensación/accidente/lesión personal del trabajador, por favor proporcione:					
Nombre del Ajustador de Reclamaciones		Reclamación		Teléfono	
Naturaleza de las lesiones					
¿Está involucrado en un caso legal relacionado con el dolor? •Sí •No En caso afirmativo, por favor proporcionar:					
Nombre del Abogado			Teléfono		
Dirección del Abogado		Ciudad		Estado	Código Postal
Nombre del Contacto de Emergencia		Contacto de Emergencia		Relación	
Dirección de Contacto de Emergencia		Ciudad		Estado	Código Postal
Información de Seguro Primario: ☐ Grupo/Médico ☐ Compensación del Trabajador ☐ Auto					
Nombre de la compañía de seguros	Propietario de la póliza de seguro (último, primero, medio)			DOB	Identificación de Seguro
Información de Seguro Secundario: ☐ Grupo/Médico ☐ Compensación del Trabajador ☐ Auto					
Nombre de la compañía de seguros	Propietario de la póliza de seguro (último, primero, medio)			DOB	Identificación de Seguro

Y DOLOR NUEVO PACIENTE

Fecha: _____

Fecha del último tratamiento: / /

Por favor, indique cualquier actividad que empeore el dolor:

Por favor, indique cualquier cosa que reduzca el dolor:

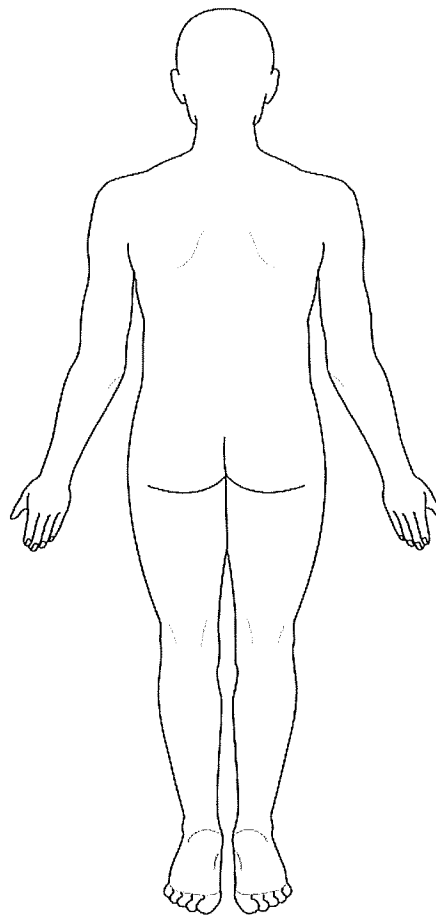
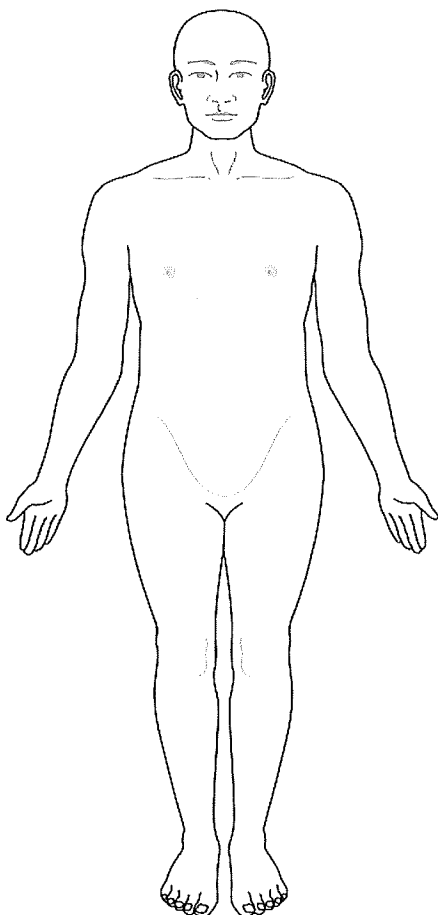
Por favor, circule un número a continuación para indicar su nivel de dolor en este momento:

(Sin dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Peor dolor posible)

MARQUE LAS SIGUIENTES ÁREAS, UTILIZANDO LOS SÍMBOLOS APROPIADOS PARA EL DOLOR Y EL ENTUMECIMIENTO.

DOLOR "PINK"

ENTUMECIMIENTO "AZUL"



HISTORIA MÉDICA

¿Eres alérgico a algún medicamento? •Sí •No	
Enumere cada alergia:	Reacción:
¿Fumas? •Sí •No ¿Con que frecuencia?	¿Bebes? •Sí •No ¿Con que frecuencia?
¿Algún consumo ilícito de drogas? •Sí •No Si es así, ¿Qué?	
Estado civil	☐ Soltero ☐ Casado ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viuda
¿Tienes hijos? •Sí •No	¿Estás embarazada? •Sí •No
¿Tiene alguna de las siguientes condiciones médicas? (Por favor, compruebe todos los aplicables a continuación)	
☐ Anemia/Trastornos de la sangre ☐ Gusto ☐ Problemas renales ☐ Presión arterial alta ☐ Enfermedad pulmonar ☐ Diabetes ☐ Problemas o úlceras por epilepsia/trastorno de convulsiones ☐ Dificultades sexuales ☐ Problemas intestinales o vesicales ☐ Pérdida de peso ☐ Otros problemas de salud o médicos: _____ _____ _____	☐ Artritis ☐ Fibromialgia ☐ Enfermedades cardíacas/ataque cardíaco ☐ Asma ☐ Problemas estomacales, problemas gastrointestinales ☐ Cáncer, ¿de qué tipo? _____ ☐ Problemas de tiroides ☐ Enfermedades cardíacas/ataque cardíaco ☐ Enfermedad pulmonar
Por favor, enumere y fechar cualquiera o todas las cirugías menores o mayores:	
¿Existe antecedentes familiares para cualquiera de las condiciones médicas anteriores (madre, padre, hermanos y/o abuelos)? •Sí •No	
Por favor, identifique qué condición(s) médica(s) y qué miembro(s) de la(s)(s) familia(s):	
Fecha de nacimiento de la madre:	¿Difuntos? •Sí •No
Fecha de nacimiento del padre:	¿Difuntos? •Sí •No

Por favor, enumere todos los medicamentos, la dosis y cómo se toman, incluidos los medicamentos de venta libre:			
Medicación	Dosis		Cómo se tomó
Nombre del médico de referencia		Teléfono del Médico de Referencia (Referir Teléfono del Médico)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del médico de atención primaria (si es diferente al anterior)		Teléfono del médico de atención primaria ?	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de farmacia preferido		Teléfono de Farmacia Preferido (Preferred Pharmacy Phone)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
¿Te han hecho alguna imagen de la afección? •Sí •No En caso afirmativo, especifique continuación:			
Tipo	Parte del Cuerpo	Dónde	Fecha
☐ MRI			
☐ CT			
☐ X-RAY			
☐ Otro:			

REVISIONES DE SISTEMAS: MARQUE CON UN CÍRCULO CUALQUIER SÍNTOMA QUE ESTÉ EXPERIMENTANDO ACTUALMENTE:

SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES: |AUMENTO DE PESO| |PÉRDIDA DE PESO| |PÉRDIDA DE APETITO| |FIEBRE| |FASTIDIOSO| |ACTIVIDAD DISMINUIDA| |FATIGA| |ESCALOLITOS|

SÍNTOMAS OCULARES: |DOLOR DE OJO| |VISIÓN BORROSA| |ENROJECIMIENTO DE OJOS| |PICAZON EN LOS OJOS| |HINCHAZÓN DE OJOS| |SECRECIÓN OCULAR| |CAMBIO DE VISIÓN|

SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES: |DOLOR DE PECHO| |RITMO CARDÍACO RÁPIDO| |FALTA DE AIRE| |PALPITACIONES-RITMOS IRREGULARES|

SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES: |DOLOR ABDOMINAL| |NAUSEAS| |VOMITO| |DIARREHA| |ESTREÑIMIENTO| |ACIDEZ|

SÍNTOMAS GENITOURINARIOS: |SANGRE EN EL ORIN| |DOLOR AL ORINAR| |AUMENTO DE LA FRECUENCIA URINARIA| |DOLOR PÉLVICO| |INCONTINENCIA VESICAL|

SÍNTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS: |HINCHAZÓN DE LAS ARTICULACIONES| |MOVIMIENTO LIMITADO| |ESPASMOS MUSCULARES| |DOLOR DE CUELLO| |DOLOR DE BRAZO| |DOLOR DE ESPALDA| |DOLOR ARTICULAR|

PROBLEMAS DE LA PIEL: |PIEL SECA| |ENROJECIMIENTO| |ERUPCIÓN| |COLMENAS| |ECZEMA| |AUMENTO DE LA SUDORACIÓN| |HINCHAZÓN|

SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS: |ENMORDIMIENTO| |HORMIGUEO| |DEBILIDAD| |DOLOR PUNTUAL| |ELÉCTRICO| |QUEMANDO| |DOLOR DE CABEZA| |CONFUSIÓN|

SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS: |DEPRESIÓN| |ANSIEDAD| |INSOMNIO| |ESTRÉS| |PÉRDIDA DE INTERÉS| |PENSAMIENTOS SUICIDAS|

SÍNTOMAS HEMATOLÓGICOS: |ANEMIA| |MORATONES FÁCILES| |FÁCIL PURGA|



ADVANCED SPINE AND PAIN CENTER

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACUERDO DE MEDICINA DEL DOLOR

CONFORME LO REQUIERE EL CONSEJO MÉDICO DE TEXAS

REFERENCIA: CODIGO ADMINISTRATIVO DE TEXAS, TITULO 22 PARTE 9, CAPITULO 170

5ta Edición: Desarrollada por la Sociedad del Dolor de Texas, Enero 2021 (www.texaspain.org)

NOMBRE DE EL/LA PACIENTE: _____ FECHA: _____

A EL/LA PACIENTE: Como paciente, usted tiene el derecho de estar informado(a) acerca de su afección y el procedimiento médico o diagnóstico o terapia con medicamento que se empleará, para que usted tome una decisión informada para tomar o no el medicamento(s) conociendo los riesgos y peligros que se involucran. No es la intención de esta información asustarle o alarmarlo(a), sino que es un esfuerzo para que esté mejor informado(a) para que dé o no su consentimiento/permiso para usar el medicamento que se le recomienda a usted por mí, como su médico. La relación paciente Médico es importante y la intención es informarle acerca de las expectativas del médico que son necesarias para conformidad del paciente. Para propósito de este acuerdo el uso de la palabra "Médico" se define para incluir no solo a su médico sino a los asociados autorizados de su médico, asistentes médicos, enfermera especializada, asistentes técnicos, enfermeras, personal y otros proveedores de atención a la salud conforme sea necesario o aconsejable para tratar su afección médica.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y/O TERAPIA CON MEDICAMENTO: Yo le solicito de manera voluntaria a mi médico (nombre en la parte inferior de este acuerdo) que trate mi afección de dolor crónico, la cual es un afección de dolor que persiste más allá del curso normal de una enfermedad aguda o sanación de una lesión. Por medio del presente acuerdo autorizo y doy mi consentimiento voluntario a mi médico para que me administre o me dé una receta(s) para medicamentos peligrosos y/o controlados como parte del tratamiento de mi dolor crónico

Se me ha explicado que este medicamento(s) incluye opiáceos/narcóticos. He discutido con mi médico de Medicina del Dolor los riesgos y beneficios de usar sustancias controladas para el tratamiento de dolor crónico, incluyendo una explicación de: (a) diagnóstico; (b) plan de tratamiento; (c) resultados terapéuticos que se anticipan, incluyendo expectativas realistas para prolongado alivio del dolor, mejora en mi funcionamiento y la posibilidad de falta de alivio del dolor; (d) terapias además de o en lugar de terapia con medicamento, incluyendo terapia física o técnicas psicológicas; (e) posibles efectos secundarios y cómo manejarlos; (f) efectos adversos incluyendo la posible dependencia, adicción, tolerancia y abstinencia; y (g) posibles complicaciones y falta de juicio y habilidades motoras. Se me ha explicado cómo se enumera a continuación, los métodos alternos de tratamiento, posibles riesgos involucrados y la posibilidad de complicaciones. Entiendo que la lista no está completa y que solo describe los efectos secundarios o reacciones más comunes y que una sobredosis accidental, lesión y muerte solo son posibilidades como resultado de tomar estos medicamentos.

Entiendo que consumir simultáneamente sustancias sedantes como alcohol, o consumir tipos adicionales de medicamentos controlados sedantes como benzodiacepinas, junto con opiáceos aumenta mi probabilidad de sobredosis accidental, lesión y muerte. Si en la situación poco común se indica medicamento que yo reciba

múltiples tipos de sustancias controladas, entiendo que voy a requerir estrecha supervisión de especialistas médicos para aumentar mi seguridad. Estoy de acuerdo en seguir sus instrucciones sobre el uso apropiado de estos medicamentos. El alterar el uso de los medicamentos de acuerdo a las instrucciones es motivo para discontinuar la terapia de dolor.

EL MEDICAMENTO(S) ESPECIFICO QUE MI MÉDICO PLANEA RECETARME SE DESCRIBE Y DOCUMENTA APARTE DE ESTE ACUERDO. ESTE INCLUYE EL USO DE MEDICAMENTOS PARA PROPOSITOS DIFERENTES A LO QUE HA SIDO AUTORIZADO POR LA COMPANIA DE MEDICAMENTOS Y EL GOBIERNO (ALGUNAS VECES ESTO SE REFIERE A RECETAS “USO FUERA DE ETIQUETA”). MI MÉDICO EXPLICARA SU PLAN(ES) DE TRATAMIENTO PARA MI Y LO DOCUMENTARA EN MI HISTORIAL MÉDICO.

ME HAN INFORMADO Y ENTIENDO QUE ME VAN A HACER PRUEBAS Y EXAMENES MÉDICOS ANTES Y DURANTE MI TRATAMIENTO.

Esas pruebas incluyen revisiones aleatorias sin anunciar para medicamentos (orina, sangre, saliva o cualquier otra prueba que indique o considere necesaria mi médico en cualquier momento) y evaluaciones psicológicas si y cuando se consideren necesarias, y yo por medio de la presente doy permiso que se hagan pruebas o el rehusarme puede llevar a la terminación del tratamiento. La presencia de sustancias no autorizadas o la ausencia de sustancias autorizadas puede resultar en que me den de alta del cuidado de mi Médico de Medicina del Dolor.

ENTIENDO QUE LOS EFECTOS SECUNDARIOS MAS COMUNES QUE PUDIERAN OCURRIR POR EL USO DE LOS MEDICAMENTOS QUE SE USAN EN MI TRATAMIENTO INCLUYEN PERO NO ESTAN LIMITADOS A:

estreñimiento, nausea, vomito, exceso de somnolencia, comezón, retención urinaria (imposibilidad de orinar), hipotensión ortostática (baja presión sanguínea), arritmia (ritmo cardiaco anormal), insomnio, depresión, impedimento para razonar y falta de juicio, depresión respiratoria (respiración lenta o sin respiración), impotencia, tolerancia a medicamento(s), dependencia física y emocional o hasta adicción y muerte. Si me siento somnoliento(a) o si no estoy pensando de manera clara, no me voy a involucrar en ninguna actividad que pueda ser peligrosa para mí o para alguien más. Estoy consciente de que, aunque yo no lo note, mis reflejos y tiempos de reacción, aún pueden estar lentos. Dichas actividades incluyen, pero no están limitadas a: el uso de maquinaria pesada o vehículo, trabajar en alturas no protegidas o ser responsable de otra persona que no se puede cuidar a sí misma.

Se me han explicado los métodos alternos para tratamiento, el posible riesgo involucrado y las posibles complicaciones y aun así deseo recibir medicamento(s) para el tratamiento de mi dolor crónico.

La meta de este tratamiento es ayudarme a obtener control de mi dolor crónico para poder vivir una vida más productiva y funcional. Estoy consciente de que puedo tener una enfermedad crónica y de que hay una probabilidad limitada de que me cure por completo, pero la meta de tomar el medicamento(s) con regularidad es reducir (pero probablemente no eliminar) mi dolor para que pueda disfrutar de una calidad de vida mejorada. Comprendo que el tratamiento puede requerir el uso de medicamento(s) prolongado o continuo, pero una meta apropiada de tratamiento también puede significar el eventual retiro del uso de todos los medicamentos. Mi plan de tratamiento será diseñado específicamente para mí. Entiendo que puedo abandonar este plan de tratamiento y discontinuar el uso de medicamento(s) en cualquier momento y que notificaré a mi médico acerca de cualquier uso que descontinúe. Además, entiendo que si es necesario se me proporcionara supervisión medica cuando descontinúe el uso de medicamentos.

Entiendo que no se me ha hecho ninguna garantía con respecto a los resultados de cualquier terapia o cura con medicamentos. El uso de medicamentos a largo plazo para tratar dolor crónico es controversial debido a la

incertidumbre con respecto al punto hasta donde proporcionan beneficio a largo plazo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de mi afección y tratamiento, riesgos de no aceptar el tratamiento y terapia con medicamento, tratamiento médico o procedimiento(s) de diagnóstico que se usara para tratar mi afección y los riesgos y peligros de dicha terapia con medicamento, y creo que cuento con suficiente información para dar este consentimiento informado.

Solo para pacientes mujeres:

_____ Por lo que yo se **NO estoy embarazada.**

_____ Si no estoy embarazada, tomare las precauciones apropiadas para evitar el embarazo durante el tratamiento. Acepto que es **mi responsabilidad** informar inmediatamente a mi Médico si me embarazo.

_____ **Si estoy embarazada o no estoy segura, LE INFORMARE INMEDIATAMENTE A MI MÉDICO.**

Entiendo que, en la actualidad, no se han llevado a cabo suficientes estudios en el uso, a largo plazo, de muchos medicamento(s) para asegurar la completa seguridad a mi bebe(s) nonato(s). Con completo conocimiento de esto, doy mi consentimiento para su uso y libero de toda responsabilidad a mi médico por lesiones al embrión, feto o bebe.

ACUERDO PARA MEDICINA DEL DOLOR:

ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:

Que este acuerdo de medicina para el dolor se relaciona con mi uso de cualquier y todos los medicamento(s) llamados medicamentos peligrosos y/o sustancias controladas (p.ej., opiáceos, también llamados narcóticos o analgésicos y otros medicamentos recetados) para dolor crónico recetados por mi médico. Entiendo que para todos los medicamentos existen muchas leyes federales y del estado estrictas, reglamentos y políticas con respecto al uso y prescripción de sustancia(s) controlada(s). **Por lo tanto, los medicamento(s) solo se proporcionarán siempre y cuando cumpla con las reglas que se especifican en este Acuerdo.**

El término “Médico de Medicina del Dolor” a continuación significa su Médico de Medicina del Dolor de cabecera que está controlando su dolor, o el Médico Asistente o Enfermera Especializada del médico u otro médico que cubra a su Médico de Medicina del Dolor de cabecera.

Mi Médico de Medicina del Dolor puede en cualquier momento optar por discontinuar el medicamento(s). El no cumplir con cualquiera de los lineamientos y/o condiciones pueden discontinuar el medicamento(s) y/o darme de alta del cuidado y tratamiento. El darme de alta puede ser inmediato por cualquier comportamiento criminal.

(El/la Paciente debe Confirmar Todas las Disposiciones al Poner sus Iniciales)

_____ Estoy consciente de que todas las recetas de sustancias controladas están siendo monitoreadas por el Consejo de Farmacias del Estado de Texas y mi Médico de Medicina del Dolor puede tener acceso cada vez que se escriba una receta y por mi farmacéutico cada vez que se me dé una receta.

_____ No consumiré alcohol o usaré sustancias ilegales (tales como marihuana, heroína, cocaína, metanfetaminas, etc.) mientras se me receten sustancias peligrosas y controladas para el tratamiento de dolor crónico.

_____ Cuando se solicite, estoy de acuerdo en someterme en cualquier momento, sin previo aviso, a pruebas de laboratorio para niveles de medicamento, incluyendo pruebas de orina y/o sangre, para detectar el uso de medicamento(s) no recetados y recetados. Si mi prueba sale positiva para alcohol o sustancia(s) ilegales, se puede dar por terminado el tratamiento para dolor crónico. También, puede ser necesaria una consulta con, o referencia a, un experto, tal como someterse a una evaluación psiquiátrica o psicológica por un médico calificado tal como un adictólogo o médico que se especialice en detoxificación y rehabilitación y/o terapia cognitiva conductual/psicoterapia.

_____ No se **resurtirán recetas antes de la fecha programada**. Sin embargo, se permite resurtir antes cuando vaya a viajar y haga arreglos por adelantado de la fecha en que vaya a viajar. De lo contrario, no espero recibir medicamento(s) adicionales antes de la fecha de mi siguiente receta programada, aunque se me termine la receta. Mi Médico de Medicina del Dolor puede limitar el número y frecuencia del surtido de las recetas.

_____ Entiendo que mi medicamento(s) será surtido con regularidad. Entiendo que mi medicamento(s) es exactamente como dinero. **Si cualquiera de los dos se pierde o me lo roban y le proporciono a mi Médico de Medicina del Dolor una copia del reporte de la policía, mi Médico de Medicina del Dolor después de revisar cuidadosamente mi situación, puede expedir antes una receta.**

_____ Mi Médico de Medicina del Dolor manejará todos mis síntomas de dolor crónico. **Solo mi Médico de Medicina del Dolor puede recetar Medicinas Peligrosas y Sustancias Controladas para el tratamiento de dolor crónico.** Recibiré medicamento(s) de sustancias controladas **solo de un Médico de Medicina del Dolor**, a no ser que sea una emergencia o el medicamento(s) que me está recetando otro médico es autorizado por mi Médico de Medicina del Dolor. Información acerca de que he estado recibiendo medicamento(s) recetado por otros médicos que no han sido autorizados por mi Médico de Medicina del Dolor pueden llevar a que se me descontinúe el medicamento(s) y tratamiento. Todas las demás cuestiones relacionadas con salud deben ser manejadas por mi médico de cabecera y mis otros especialistas.

_____ Estoy de acuerdo en que **le informaré a cualquier médico** que me pueda tratar por cualquier otro problema(s) médico que estoy inscrito(a) en un programa de medicina del dolor y que he firmado este Acuerdo de Medicina del Dolor.

_____ Por medio del presente doy **permiso** a mi Médico de Medicina del Dolor de discutir todos los detalles de diagnóstico y tratamiento con mi otro médico(s) y mi farmacéutico(s) con respecto a mi uso de medicamentos recetados por mi otro médico(s). Le doy permiso a mi Médico de Medicina del Dolor de obtener cualquier y todos mis historiales médicos necesarios para diagnosticar y tratar mis condiciones de dolor.

_____ Usare el medicamento(s) **exactamente de acuerdo a instrucciones de mi Médico de Medicina del Dolor. Cualquier aumento no autorizado** en la dosis del medicamento(s) puede ser causa de que se descontinúe mi tratamiento(s) del dolor.

_____ Si cualquier otra persona aparte de mi Médico de Medicina del Dolor me receta medicamento(s) para tratar dolor agudo, postcirugía o dolor crónico, le **daré** esta información a mi Médico de Medicina

del Dolor durante o antes de mi siguiente visita, lo cual debe incluir, como mínimo, el nombre e información de contacto de la persona que expidió la receta, la fecha de la receta, el nombre y cantidad del medicamento prescrito y la farmacia que lo dispensa.

_____ Alertaré a mi médico si recibo una receta para Naloxona o cualquier opioide antagonista los cuales están diseñados para revertir los efectos de una sobredosis accidental o intencional de medicamento para el dolor.

_____ Todo medicamento(s) se debe obtener en **una farmacia asignada por mí**, con la excepción de aquellas circunstancias para las cuales no tengo control o responsabilidad, que me evitan obtener los medicamentos recetados en mi farmacia designada. Si surge la necesidad de cambiar de farmacias, se le debe informar a mi Médico de Medicina del Dolor en o antes de mi siguiente visita, las circunstancias y la identidad de la farmacia. Usaré solo una farmacia y le proporcionaré al farmacéutico una copia de este acuerdo. Autorizo a mi Médico de Medicina del Dolor que libere mi historial médico a mi farmacéutico conforme sea necesario.

_____ Mi avance será evaluado periódicamente y si mi medicamento(s) no está mejorando mi función y calidad de vida, **se puede discontinuar mi medicamento(s)**.

_____ De acuerdo a lo que recomiende mi Médico de Medicina del Dolor, debo **cumplir con todas mis citas de seguimiento** o se puede discontinuar mi tratamiento.

_____ Estoy de acuerdo en **no** compartir, vender o de lo contrario permitir que otras personas, incluyendo mi familia y amistades tengan acceso a mis medicamentos.

_____ **No usaré ningún producto de cannabidiol (CBD) a no ser que uno de mis médicos me haya recetado Epidiolex, e inmediatamente le proporcionaré el nombre del médico y pruebas de laboratorio para poder estar seguro(a) de que no está causando problemas con los medicamentos que estoy tomando actualmente. Entiendo que el uso de productos CBD sin receta aumentan mi riesgo de no pasar las pruebas de drogas en orina debido a la presencia de sustancias ilegales presentes en muchos de los productos CBD que se venden sin receta.**

_____ Estoy de acuerdo de que me vean **en persona durante visitas a la oficina** porque en Texas es ilegal usar *Telehealth* para el tratamiento de dolor crónico con sustancias controladas.

_____ Si le parece a mi Médico de Medicina del Dolor que no hay beneficios que se hayan demostrado en mi función diaria o calidad de vida con el medicamento(s), entonces **mi Médico de Medicina del Dolor puede probar medicamento(s) alternos o me puede disminuir gradualmente todo medicamento(s)**. No responsabilizaré a mi Médico de Medicina del Dolor por problemas causados por discontinuar el medicamento(s).

_____ Reconozco que mi dolor crónico representa un problema complejo el cual se puede beneficiar de terapia física, psicoterapia, atención con medicina alterna, medicina para el dolor de intervención (p.ej., inyecciones de esteroides, ablaciones de nervio, implantes para aliviar el dolor, etc.) etc. También reconozco **que mi participación activa** en el manejo de mi dolor es extremadamente importante. Estoy

de acuerdo en **participar activamente en todos los aspectos del programa de medicina del dolor** que recomienda mi Médico de Medicina del Dolor para aumentar mi función y mejorar la calidad de vida.

_____ Entiendo que muchos medicamentos que se recetan para dolor crónico producen efectos secundarios graves incluyendo somnolencia, mareo y confusión. El alcohol aumentara todos estos efectos secundarios y lo descontinuaré antes de empezar con estos medicamentos.

Certifico y estoy de acuerdo con lo siguiente (El/la Paciente Debe Reconocer Todas las Disposiciones al Poner sus Iniciales):

_____ 1) Actualmente **no estoy usando drogas ilegales ni estoy abusando de medicamento(s) recetados** y no estoy recibiendo tratamiento para dependencia de sustancias (adicción) o abuso. Estoy leyendo y estoy celebrando este acuerdo mientras me encuentro en completa posesión de mis facultades y no bajo la influencia de ninguna sustancia que pudiera afectar mi juicio.

_____ 2) **Nunca me he visto involucrado(a)** en la venta, posesión ilegal, mal uso/desviación o transporte de sustancias controladas (narcóticos, pastillas para dormir, pastillas para los nervios, o analgésicos) o sustancias ilegales (mariguana, cocaína, heroína, etc.).

_____ 3) **No se me ha hecho ninguna garantía ni seguridad** con respecto a los resultados que se pueden obtener por el tratamiento de dolor crónico. Con completo conocimiento de los posibles beneficios y posibles riesgos involucrados, doy mi consentimiento para tratamiento de dolor crónico, ya que comprendo que me brinda la oportunidad de tener una vida más productiva y activa.

_____ 4) He revisado los efectos secundarios del medicamento(s) que se puede emplear en el tratamiento de mi dolor crónico. **Entiendo completamente las explicaciones con respecto a los beneficios y riesgos de este medicamento(s) y estoy de acuerdo en usar estos medicamentos para el tratamiento de mi dolor crónico.**

_____ 5) Si acepto ser paciente de esta clínica y recibo sustancias controladas para controlar mi dolor, este Acuerdo de Medicina del Dolor substituye a cualquier otro acuerdo de manejo del dolor que yo haya firmado en el pasado.

Nombre e información de contacto para la farmacia

Nombre Impreso de el/la Paciente

Ellen Lin MD

Nombre Impreso del Médico

Firma de el/la Paciente

[Firma]

Firma del Médico

Nombre del Paciente:

DOB:

POLÍTICA FINANCIERA

Debido a nuestro compromiso de proporcionarle el más alto estándar de atención médica, queremos que hacer consciente de nuestro políticas relativas al pago de gastos.

En la visita inicial y todas las visitas, el paciente es responsable del monto del copago/coseguro, más cualquier deducible. **Si nuestra oficina no puede verificar los beneficios del seguro, el pago se debelleno.**

Si su compañía de seguros le envía el pago directamente, el pago total se debe cada visita. Debe un sobre pago ocurriré en el deducible o porcentaje cantidad es acusado, que voluntad aplicar a crédito a su cuenta, a reembolso es disponible en solicitud.

Si usted está esperando a que la cobertura entre en vigencia o no tiene seguro, el pago en su totalidad se espera el día en que se le ve. Para su comodidad, aceptamos VISA, Master Card, Discover, American Express, efectivo o cheque. Debido al estado pendiente del contrato de seguro o a la decisión de no contratar con su compañía de seguros, pueden aplicarse cargadores fuera de la red. Si usted no tiene ningún beneficio fuera de la red, el pago se debe en su totalidad cada visita. Es su responsabilidad llamar a su compañía de seguros y obtener esta información antes de recibir tratamiento y antes de presentar reclamos para el tratamiento.

Requerimos que un adulto (padre o tutor legal) acompañe a un paciente menor de edad a menos que se dé autorización previa por escrito a nuestra oficina. El adulto que acompaña al menor debe pagar de acuerdo con nuestras políticas. Nosotros hacer no aceptar tercero partido asignación es ni reconocemos o hacemos cumplir los términos del divorcio odecretos.

Hay una tarifa de servicio de **\$35.00 en todos los cheques devueltos, además del monto del cheque.** Los cheques NSF (fondos no suficientes) deben ser canjeados con fondos certificados (cheque de caja, tarjeta de crédito, giro posta, cheque certificado o efectivo) en o antes de la próxima visita a la oficina.

Por favor, notifíquenos con al menos 24 horas de anticipación si debe cancelar su cita para que podamos permitir que otro paciente tenga su hora de cita. **Saquen o proporcionen al menos 24 horas aviso de que habrá un "no-show" charge para una visita a la oficina de \$50.00 y un cargo por "no presentar" por un procedimiento, incluyendo una inyección de \$100.00.**

Es su responsabilidad conocer su cobertura y beneficios y si somos proveedor asignado de su plan. Por favor ser que algunos o todos los servicios proporcionados para usted pueden no estar cubiertos por su plan específico. En el caso de que su plan no cubierta todos los servicios, se le facturará por los servicios que no soncubierto.

Si su seguro no ha pagado su cuenta en su totalidad en un plazo de 120 días, se le facturará el saldo. Las facturas que no se paguen dentro de los 90 días de la primera facturación se transferirán a una agencia de cobro externa a menos que se han hecho arreglos.Nosotrosvoluntadhacerdaesfuerzo para trabajar con usted, así que por favor póngase en contacto con nuestro gerente de la oficina si hay una necesidad de un plan de pago o hay problemas antes de 90 días.Si no puede mantener su cuenta actualizada, no podremos proporcionarle servicios médicos adicionales a menos que se realice un pago por adelantado servicios.

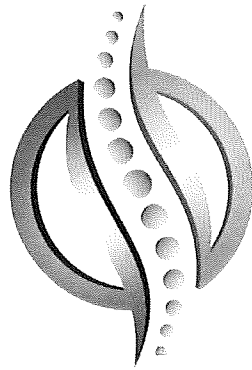
En el caso de que el pago no se realice en esta cuenta y se coloque con una agencia de cobro con licencia, usted acepta pagar las cuotas de la agencia de cobro iguales a un máximo del 40% de nuestro saldo pendiente en el momento en que la cuenta se coloca con el interés de la agencia de cobro de 40% por año se acumulará sobre el saldo principal. En caso de que sea necesario realizar acciones legales para cobrar la cuenta, usted acepta pagar los honorarios de abogados y el costo judicial incurrido para el cobro.

He leído y entendido la política financiera anterior y acepto cumplir con los términos de la política.

Por la presente autorizo a **Advanced Spine and Pain Center** a divulgar a mi compañía de seguros cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento que sea necesaria para procesar reclamos por servicios prestados. Por la presente autorizo y ordeno a mi compañía de seguros a pagar directamente al Médico cualquier beneficio que me adeuda bajo mi plan de seguro. Certifico que la información anterior es correcta y entiendo que cualquier saldo restante después de que se tomen en cuenta los descuentos contractuales será mi responsabilidad. **SI ALGUNA DE LA INFORMACION DADA ES INACURADO O INCOMPLETO Y ESTA CAUSA RECLAMACIONES PARA SER NO PROCESABLES O DENIED, ENTIENDO QUE LOS BALANCES NO PAGADOS SON MI RESPONSABILIDAD.**

Al firmar esto a continuación, he revisado y acepto un acuerdo de servicios no cubiertos. Si estoy solicitando registros médicos para mí, acepto pagar las tarifas aplicables por copiar.

Imprimir nombre	Fecha	de firma
Nombre testigo	Fecha de firma	del testigo



**ADVANCED
SPINE AND PAIN
CENTER**

POLÍTICA DE RECARGA DE RECETAS

PARA RECETAS, POR FAVOR LLAME A SU FARMACIA Y SOLICITE UNA REFILL DIRECTAMENTE. SU FARMACIA ENVIARA UNA SOLICITUD DIRECTAMENTE AL DOCTOR.

USTED PUEDE SOLICITAR REFILLS DE PRESCRIPCION A TRAVES DE SU PORTAL DE PACIENTES. ESTA SOLICITUD SE ENVÍA DIRECTAMENTE AL MÉDICO.

POR FAVOR, ESPERE HASTA 72 HORAS PARA PROCESAR SU SOLICITUD DE RECARGA.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Nombre del paciente (impreso)



**ADVANCED
SPINE AND PAIN
CENTER**

AVISO DE LA PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Reconocimiento de la revisión del aviso de prácticas de privacidad

**He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina,
que explica cómo se utilizará y divulgará mi información
médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este
documento.**

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Nombre del Paciente de Representante Legal