

## Pain Management

### Registro de Pacientes Nuevos

Gracias por elegirnos. Bienvenido a nuestra clínica. Como paciente nuevo, le pedimos que complete este paquete en su totalidad para asegurar que tener toda la información necesaria para tratar con efectividad.

Información Del Paciente		
Nombre: (Apellido)	(Primer Nombre)	(Inicial Media):
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> No Binario	Numero Seguro Social:	Fecha De Nacimiento:
Estado Civil (marque): M S D W		
Licencia de Conducir/Estado:		
Dirección de Correo Postal:		Apt:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número De Teléfono:		
Información Demográfico		
Origen Étnico: Centro Americano- Cubano-Dominicano- Hispano o Latino – No Hispano o Latino- Mexicano- Otro		
Raza: Indio Americano – Caucásico -Asiático – Indio Asiático– Negro o Afro Americano – Europeo – Filipino – Japonés- Coreano- Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacifico- Otro		
Idioma: Ingles – Español – Otro:		
Información de Contacto		
Cuando sea necesario para comunicarnos con usted con respecto al información médica, por favor indique (en orden de preferencia) los números de teléfono que se puede utilizar. Por favor, coloque una marca de verificación junto a su numero preferido para nuestras llamadas automatizado de recuerdos de citas.		
Contacto:	Relación:	Número de Teléfono:
Contacto:	Relación:	Número de Teléfono:
Contacto:	Relación:	Número de Teléfono:
Información de Farmacia Preferida		
Mas información sobre preferencia de farmacia puede ser situado en Acuerdo de Opioides (presentado en su Consulta)		
Nombre:	Teléfono:	Fax:
Dirección:		
Ubicación Preferida		
(1) 2315 W Ben White Blvd Austin, TX 78704		
(2) 12414 Alderbrook Drive Suite 201 Austin, Tx 78727		
(3) 3101 Hwy 71 E Suite 100 Bastrop, TX 78602		
(4) 1301 Wonder World Drive Suite 306 San Marcos, TX 78666		

## Términos y Política

### Asignación de Beneficios

Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, para incluir beneficios médicos a los que tengo derecho. Por la presente, autorizo y dirijo a la compañía(s) con que tengo seguro médico, incluyendo Medicare, seguro privado de salud/planes médicos, para emitir cheque de pago (s) directamente Pain Management por los servicios médicos prestados a mí y/o mis dependientes, independientemente de mi seguro. En el caso de que voy a recibir el pago del seguro directamente, me doy cuenta que se le cobrará personalmente hasta que este saldo se paga en su totalidad.

### Autorización para Divulgar Información

Autorizo a Pain Management a: (1) divulgar toda la información necesaria a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y los tratamientos, (2) el proceso de reclamaciones de seguros generado en el curso del examen o tratamiento, (3) permitir una fotocopia de mi firma que se utiliza para procesar reclamaciones de seguros. Además, entiendo que mi seguro y / o pagador tercero puede requerir un copago o coaseguro que debe ser pagado en la fecha en que se prestan los servicios. Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos incurridos tales inmediatamente después de la presentación de un estado financiero. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como el original. Este orden se mantendrá en efecto hasta que sea revocado por escrito.

He solicitado los servicios médicos de Pain Management en nombre de mi y/o mis dependientes y entiendo que al hacer esta petición, soy completamente responsable económicamente de cualquier y todos los gastos incurridos en el curso de un tratamiento autorizado.

### Consentimiento para Tratamiento

Doy mi consentimiento para el tratamiento de Pain Management y entiendo que soy responsable por todos los gastos incurridos por mí y por todos los cargos no autorizados por mi compañía de seguros. Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica para procesar mis reclamos. Yo autorizo el pago de las prestaciones asignadas a Pain Management, Anand Joshi, MD, Bennjamin Fronk, MD, Jason Carroll, DO y sus asociados.

### Política Financiera

He leído y entiendo la Política Financiera de los pacientes de Pain Management.

### Aviso de prácticas de privacidad

Yo he leído y entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad de Pain Management.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

---

## Historia Medica

Medico que lo Refirió (nombre y teléfono):

Medico Primario:

Favor de proporcionar los nombres de Especialistas de Dolor que usted a visto en los últimos 5 años.

Favor de proporcionar los nombres des todos los especialistas que ha visto (nombre y teléfono, si posible)

Nombre:

Teléfono:

Nombre:

Teléfono:

Nombre:

Teléfono:

Nombre:

Teléfono:

¿Cuál es la razón principal que te hace ser referido para tratamiento?

Describa sus síntomas en detalle:

¿Cuándo comenzaron sus síntomas?

¿Como empezaron sus síntomas?  Gradualmente  De Repente

¿Su condición es relacionado aun:

¿Enfermedad?  Si  No      ¿Empleo?  Si  No

¿Accidente Automovilístico?  Si  No      ¿Otro Accidente?  Si  No

¿Usted tiene una idea de que directamente causo sus síntomas?



## Historia Medica

Por favor escribe su historia medica importante en las siguientes áreas:

**Cardiovascular** (es decir, alta colesterol, alta presión)  Ninguno

**Pulmonar** (es decir, asma, apnea de sueño.)  Ninguno

**Gastrointestinal** (es decir, reflujo de acide, síndrome de intestino irritable.)  Ninguno

**Renal/Genitourinario** (es decir, piedras renales, infecciones de las vías urinarias .)  Ninguno

**Musculoesqueléticos/Tejido Conectivo** (es decir, fracturas, artritis reumatoide.)  Ninguno

**Endocrina** (es decir, diabetes, trastornos del tiroides.)  Ninguno

**Neurológica/Genético** (es decir, migrañas, convulsiones.)  Ninguno

**Hematológico** (es decir, deficiencia de hierro, trastornos de sangre .)  Ninguno

**Inmunólogo/Dermatólogo** (es decir, viruela de pollo, sinusitis.)  Ninguno

**Canceres**  Ninguno

**Psiquiátrico**  Ninguno

### **Solo Pacientes Femeninas**

Por favor indique si actualmente o planea quedar embarazada.

### Historia Quirúrgico

Cirugía de la Columna: ¿Ha tenido cirugía de la columna?  Sí  No

En caso afirmativo, indique todas las cirugías de columna y fechas en que tuvo las cirugías.

Otras Cirugías: Por favor escribe cualquier cirugía que ha tenido. (es decir, apéndice, las amígdalas)

### Historia Medico de Familiares

Por favor escribe la historia médica mayor y trastornos presentes de sus familiares. Proporcione la condición del familiar y su relación con esa persona.

Condición	Relación

### Historia Social

#### Estado Civil

Por favor, marque todas la quien aplican a usted:

- Solo
- Casado
- Casado (¿)
- Separado
- Divorciado
- Divorciado y Vuelto a Casar
- Viudo
- Viudo y Vuelto a Casar
- Otro:

**Alcohol:**  Prefiero discutirlo con  Nunca el doctor

Historia Actual o Pasada:

Tipo de Alcohol:

Cantidad:

Frecuencia:

**Tabaco:**  Prefiero discutirlo con  No Fumador el doctor

Historia Actual o Pasada:

Tipo de Tabaco:

**Numero de Hijos:** Por favor, escribe el número de hijos (incluyendo hijastros)

Cantidad:

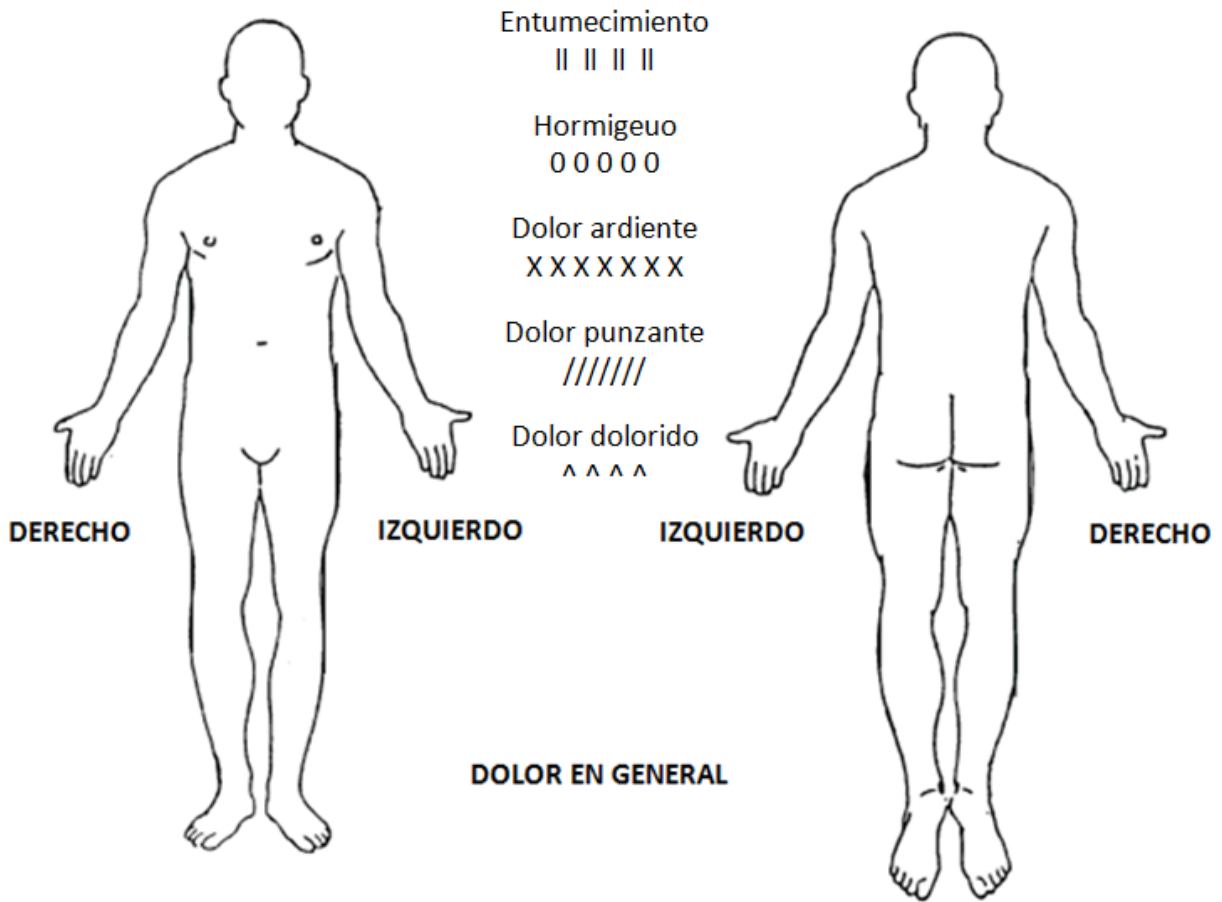
Frecuencia:

**Substancias Ilícitas:**  Prefiero discutirlo con el doctor :  Nunca

Cantidad:

Frecuencia:

**Instrucciones de Diagrama de Dolor:** Marque estos dibujos según dónde le duele (si es la parte posterior de su cuello, marque el dibujo en la parte posterior del cuello, etc. Si siente cualquiera de las siguientes sensaciones, por favor indique donde se sientan colocando las marcas que se muestran aquí en el diagrama. Incluye todas las áreas afectadas.



CON MEDICAMENTO DE DOLOR  
(SIN DOLOR) 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 (PEOR DOLOR)

SIN MEDICAMENTO DE DOLOR  
(SIN DOLOR) 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 (PEOR DOLOR)

<b>Tratamiento o Terapia Actual:</b> Escribe tratamientos o terapias que usted usa (incluye ejercicios, tipos y frecuencia)
<b>Por favor describe el carácter de sus síntomas del dolor:</b>
<b>Marque cada palabra que se aplica a sus síntomas:</b>
No Es Posible Describir Constante – Intermitente Leve – Moderada – Severa Dolor – Lacérate – Ardor – Agudo – Calambres – Embotado – Lagrimeo – Palpitante – Eléctrico Hormigueo - Rigidez - Entumecimiento - Debilidad - Sensibilidad de la piel - Espasmos

---

## Números de Contacto

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Cuando sea necesario que nos comuniquemos con usted con respecto a la información de salud, por favor indique (en orden de preferencia) los números de teléfono que podemos usar. Por favor elija sí o no, si Podemos dejar correo de voz detallado con información médica.

1. Número de teléfono: \_\_\_\_\_ casa/trabajo/celular ¿Correo de voz? Si  No
2. Número de teléfono: \_\_\_\_\_ casa/trabajo/celular ¿Correo de voz? Si  No
3. Número de teléfono: \_\_\_\_\_ casa/trabajo/celular ¿Correo de voz? Si  No

## Formulario de Autorización de Privacidad

Yo autorizo a Pain Management a divulgar cualquier información medica y resultados de pruebas que pertenezcan a mí, a las siguientes personas.

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero #: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero #: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero #: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a Pain Management a contactar a la persona(s) mencionadas arriba para transmitirme cualquier información pertinente, en el caso de que no pueda ser contactado por la instalación.

Yo entiendo que puedo revocar/cancelar esta autorización con Pain Management notificando por escrito mi intención de recovar la autorización o cambiar el nombre(s) de las personas a quien se le puede divulgar información.

---

Firma del paciente

---

Fecha



# Pain Management

## Autorización de Información Médica

Por favor envíe la siguiente información médica a Pain Management

2315 W Ben White Blvd Austin, TX 78704 | P (512) 326-5440 | F (512) 326-8660 | Text (512) 256-9468

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

(Custodio de Información Médica)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Yo autorizo a la persona mencionada arriba para proporcionar y obtener una copia, resumen o narración de mis expedientes médicos y divulgar la siguiente información confidencial incluyendo VIH, psiquiátrica y rehabilitación de drogas, si corresponde:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registro Completo  | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |
| <input type="checkbox"/> Información sobre las siguientes fechas<br>_____ a _____ | <input type="checkbox"/> Registro relativos a la siguiente condición:<br>_____ |

### Razón por la solicitud:

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atención médica continua | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cambio de cuidado medio  |                                      |

Yo como paciente entiendo que la institución médica requerida proporcionara esta información dentro de 15 días hábiles para el recibo de esta solicitud y que una tarifa por prepagar esta información puede ser cargada al paciente según las sentencias establecidas por la Junta Estatal de Texas de Examinadores Médicos.

Esta publicación permanecerá en vigor hasta que se haya revocado por escrito.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_