



Woodlands Physical Medicine

Samuel J. Alianell, MD

American Board of Physical Medicine & Rehabilitation
American Board PM&R Subspecialty of Pain Medicine
Gold Designated Pain Management Clinic – Texas Medical Board
3275 College Park Dr., The Woodlands, TX 77384
Ph: 936-321-0214 ~ Fax: 936-271-0219

Perfil del paciente de Compensación Laboral

Fecha de cita: _____ **motivo de la visita:** _____

Información del paciente:

Nombre del paciente: _____ SEXO: () Hombre () Mujer

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ SS#: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Información del empleador:

Nombre del empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

Información sobre accidentes de WC / Información sobre el seguro de WC:

Empleado en el momento de la lesión: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Persona de contacto: _____

Compañía de seguros WC: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Médico tratante: _____ Teléfono: _____

Médico remitente: : _____ Teléfono: _____

Ajustador: _____ Teléfono: _____

Fax: _____ Correo electrónico: _____

Gestora de casos de enfermería: _____ Teléfono: _____

Fax: _____ Correo electrónico: _____

Autorizo la facturación y pago de beneficios médicos a Woodlands Physical Medicine / Samuel J. Alianell, MD por los servicios prestados.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



Woodlands Physical Medicine

Samuel J. Alianell, MD

American Board of Physical Medicine & Rehabilitation
American Board PM&R Subspecialty of Pain Medicine
Gold Designated Pain Management Clinic – Texas Medical Board
3275 College Park Dr., The Woodlands, TX 77384
Ph: 936-321-0214 ~ Fax: 936-271-0219

Nombre del paciente: _____ fecha de nacimiento: _____

Compañía de seguros: _____

Liberación de información: Por la presente autorizo a *Samuel J. Alianell, MD PA*, a liberar toda la información adquirida durante mi examen y/o tratamiento que pueda ser necesaria para tramitar reclamaciones de pago; también autorizo la divulgación de información a otro médico o centro sanitario al que el paciente pueda ser trasladado.

Iniciales: _____

Certificación de Paciente de Medicare: Certifique que la información que he proporcionado a WPM es precisa y correcta. Como esta clínica acepta asignaciones con Medicare, esta información se utilizará para procesar mis reclamaciones de Medicare para el pago. Entiendo que, debido a la normativa gubernamental, si tengo cobertura de Medicare debo informar a mi médico. También entiendo que, si además de Medicare estoy cubierto por ***un seguro de salud grupal del empleador, responsabilidad civil, compensación laboral sin culpa o*** cualquier otro seguro que pueda ser responsable del pago, ***debo informar a la clínica.***

He leído y entiendo la afirmación anterior sobre la cobertura de MEDICARE.

Iniciales: _____

Por favor **X** que se aplica:

_____ MEDICARE es mi cobertura ***principal.***

_____ Esto ***NO es*** una condición relacionada con el trabajo.

_____ MEDICARE es mi cobertura secundaria.

_____ esto ***SÍ*** es una condición relacionada con el trabajo.

_____ ***NO*** tengo planes de Medicare, HMO o Advantage

_____ NO tengo Medicaid/HMO

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente autorizo el pago a Samuel J. Alianell, MD/Woodlands Physical Medicine por servicios médicos y/o procedimientos quirúrgicos, si los hay, que de otro modo me corresponda por servicios que haya recibido.

Iniciales: _____

OBLIGACIONES FINANCIERAS: El no firmado garantiza incondicionalmente el pago total y puntual de todos los cargos incurridos como resultado de los servicios prestados a mí durante el curso de mi tratamiento médico.

Iniciales: _____

DIVULGACIÓN FINANCIERA: Samuel J. Alianell, MD PA es propietario de DBA Woodlands Physical Medicine, Samuel J. Alianell es propietario de Woodlands Claims Holding, LLC, DBA Woodlands Pharmacy, y CPRC Holdings LLC, DBA Chronic Pain Recovery Center.

Iniciales: _____

Firma del asegurado/tutor: _____ Fecha: _____



Woodlands Physical Medicine

Samuel J. Alianell, MD

American Board of Physical Medicine and Rehabilitation
American Board of PM&R Pain Medicine Subspecialty
Gold Designated Pain Management Clinic – Texas Medical Board
3275 College Park Dr., The Woodlands, TX 77384
Ph: 936-321-0214 ~ Fax: 936-271-0219

***ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE TI Y
CÓMO PUEDES ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR, LÉELO Y RESEÑA CON ATENCIÓN.***

Este aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información sanitaria protegida (PHI) para llevar a cabo tratamientos, pagos o operaciones sanitarias (TPO) y para otros fines que requieran permisos o requerimientos legales. También describe tus derechos para acceder y controlar tu información sanitaria protegida. "Información sanitaria protegida" es información sobre ti, incluyendo datos demográficos, que puede identificarte y que se relaciona con tu salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención sanitaria relacionados.

Usos y Divulgaciones de Información Sanitaria Protegida (PHI): Tu PHI puede ser utilizada y divulgada por tu médico, nuestro personal de clínica y otras personas externas a nuestra clínica que participen en tu atención y tratamiento con el fin de prestarte servicios sanitarios, pagar tus facturas sanitarias para apoyarte, la operación de la consulta médica y cualquier otro uso que requiera la ley.

Tratamiento: Utilizaremos y divulgaremos tu PHI para proporcionar, coordinar o gestionar tu atención sanitaria y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de tu atención sanitaria con un tercero. Por ejemplo, revelaríamos que tu PHI puede ser proporcionada a un médico al que te han derivado asegurado que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarte o tratarte.

Pago: Tu PHI se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago por tus servicios de salud. Por ejemplo, obtener la aprobación para la estancia hospitalaria puede requerir que tu PHI relevante sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación de la admisión hospitalaria.

Operaciones sanitarias: Podemos utilizar o divulgar según sea necesario tu PHI para apoyar las actividades comerciales de la consulta de tu médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, formación de estudiantes de medicina, licencias y la realización o organización de otras actividades empresariales. Por ejemplo, podemos revelar tu PHI a estudiantes de medicina que atienden pacientes en nuestra clínica. Además, podemos utilizar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique a su médico. También podemos llamar su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para atenderle. Podemos utilizar o divulgar su PHI, según sea necesario, para ponernos en contacto con usted y recordarle su cita.

Podemos utilizar o divulgar tu PHI en las siguientes situaciones sin tu autorización. Estas situaciones incluyen, según lo exigido por la ley, cuestiones de salud pública según lo exigido por la ley, enfermedades transmisibles, supervisión sanitaria, abuso o negligencia, requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos, procedimientos legales, fuerzas del orden, forenses, directores funerarios y donación de órganos, investigación de actividades criminales, actividad militar y seguridad nacional, compensación laboral, reclusos, ***Exigir usos y divulgaciones: Según la ley, debemos hacerle una divulgación y cuando el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos lo requiera investigar o determinar nuestro cumplimiento de los requisitos de la Sección 164.500.***

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos: Se realizarán solo con tu consentimiento, autorización o oportunidad de objetar, salvo que la ley lo requiera.

Puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que su médico o consulta haya tomado una acción basándose en el uso o la divulgación indicados en esta autorización.



Woodlands Physical Medicine

Samuel J. Alianell, MD

American Board of Physical Medicine and Rehabilitation
American Board of PM&R Pain Medicine Subspecialty
Gold Designated Pain Management Clinic – Texas Medical Board
3275 College Park Dr., The Woodlands, TX 77384
Ph: 936-321-0214 ~ Fax: 936-271-0219

Tus derechos: una declaración de tus derechos respecto a tu Información Sanitaria Protegida (PHI).

Tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI: Sin embargo, según la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros, notas de psicoterapia, información recopilada en anticipación razonable o uso en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, ni PHI que esté sujeta a la ley que prohíba el acceso a PHI.

Tu médico no está obligado a aceptar una restricción que puedas solicitar. Si los médicos creen que es en tu mejor interés permitir el uso y la divulgación de tu PHI, tu PHI no estará restringida. Entonces tienes derecho a usar a otro profesional sanitario.

Tiene derecho a solicitar recibir comunicación confidencial nuestra por medios alternativos o en un lugar alternativo. Tiene derecho a obtener una copia en papel de este aviso de nuestra parte, previa solicitud, incluso si acepta este aviso alternativamente, es decir, electrónicamente.

Tienes derecho a que tu médico modifique tu PHI. Si denegamos la solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una réplica a su declaración y proporcionarle una copia de dicha réplica.

Tienes derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hayamos hecho, si las hay, de tu información pública.

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este aviso y le informaremos por correo postal de cualquier cambio. Entonces tienes derecho a objetar o retirarte según lo dispuesto en este aviso.

Quejas: Puede presentar una queja a nosotros o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si considera que se ha vulnerado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro contacto de privacidad sobre su queja. ***No tomaremos represalias contra ti por presentar una queja.***

_____ ***reconocido que he leído la PHI y que puedo solicitar una copia de mi PHI en cualquier momento, si no la he recibido ya.***

Nombre impreso: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____



Woodlands Physical Medicine

Samuel J. Alianell, MD

American Board of Physical Medicine and Rehabilitation
American Board of PM&R Pain Medicine Subspecialty
Gold Designated Pain Management Clinic – Texas Medical Board
3275 College Park Dr., The Woodlands, TX 77384
Tel: 936-321-0214 ~ Fax: 936-271-0219

ACUERDO DE ATENCIÓN COLABORATIVA

NUESTRA MISIÓN:

Nuestra misión es tratar siempre a los pacientes con dignidad y respeto, ya que ofrecemos la atención de la más eficaz calidad para quienes buscan alivio de sus dolorosas condiciones. Al restaurar la función, mejorar la calidad de vida y reducir la carga del dolor juntos, ayudamos a nuestros pacientes a volver a la vida y empezar.... Vivir más. Nosotros, Woodlands Physical Medicine, ofreceremos la experiencia más extraordinaria al paciente, en todas las dimensiones, en cada momento. Lo conseguimos proporcionando una evaluación integral, escuchando las preocupaciones de nuestros pacientes y personalizando un plan de tratamiento.

NUESTROS MÉTODOS:

Utilizamos un enfoque de tratamiento multidisciplinar y multimodal para el dolor. Esto involucra a profesionales sanitarios de diferentes especialidades, incluidos cirujanos ortopédicos, asesoramiento y fisioterapia. También coordinamos la atención con médicos tratantes, médicos de atención primaria, profesionales de salud conductual y otros especialistas. Utilizamos una amplia gama de tratamientos, incluyendo: medicamentos de venta libre, medicamentos con receta (antiinflamatorios, relajantes musculares, fármacos neuropáticos, opioides), psicoterapia, integración de evaluaciones de salud conductual, fisioterapia y ejercicio y estiramientos en casa.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES:

Acordamos centrarnos en tratarte como una persona completa: física, mental y emocionalmente. Escucharemos tus preocupaciones, ofreceremos formación, proporcionaremos tratamiento dentro del ámbito de las especialidades de nuestros profesionales y te dirigiremos a recursos sanitarios adecuados para la atención fuera de esta clínica. Colaboraremos con estos recursos para ofrecerte una atención segura, adecuada y de calidad para tu dolor crónico y/o afecciones musculoesqueléticas.

TUS RESPONSABILIDADES:

Como paciente, aceptas ayudar a facilitar el tratamiento integral y colaborativo de tu dolor crónico y/o afecciones musculoesqueléticas. Eres responsable de comunicar tus preocupaciones y objetivos de salud, y de informar de cualquier cambio relacionado con tu salud o tratamientos. Esto incluye el uso de todos los medicamentos: medicamentos con receta, de venta libre, herbales y de calle. Debes programar citas con tiempo y hacer todo lo posible para cumplirlas. No todos los pacientes necesitarán todas las medidas de tratamiento que ofrecemos. Sin embargo, los pacientes aceptan seguir nuestro enfoque multimodal.

Paciente / Tutor Firma: _____ Fecha: _____

Médico / Prescriptor Principal Firma: _____ Fecha: _____



Woodlands Physical Medicine

Samuel J. Alianell, MD

American Board of Physical Medicine and Rehabilitation
American Board of PM&R Pain Medicine Subspecialty
Gold Designated Pain Management Clinic – Texas Medical Board
3275 College Park Dr., The Woodlands, TX 77384
Tel: 936-321-0214 ~ Fax: 936-271-0219

ACUERDO DE ATENCIÓN COLABORATIVA

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y/O TERAPIA FARMACOLÓGICA:

Como paciente, tienes derecho a ser informado sobre tu condición y sobre el procedimiento médico o diagnóstico recomendado o la terapia farmacológica que se va a utilizar, para que puedas tomar la decisión informada de si participar, una vez informado de los beneficios, riesgos y riesgos implicados. Esta revelación no pretende asustarte ni alarmarte, sino un esfuerzo para informarte mejor para que puedas dar o negar tu consentimiento o permiso para usar el tratamiento que te recomendé, como tu médico de manejo del dolor.

- ☐ Estoy de acuerdo con la gestión de medicamentos que implique sustancias controladas.
- ☐ NO ACEPTO la gestión de medicamentos que implique sustancias controladas

• **Nota:** Si decides no participar, no tienes que completar el resto de este documento respecto a la terapia crónica con opioides. La terapia crónica con opioides es solo UNA parte de tu plan global de manejo del dolor: si en algún momento dejas de seguir tu plan de tratamiento, tu médico dejará de recetar un analgésico opioide. Ten en cuenta que parte de nuestro objetivo puede reducir o eliminar tu uso de medicamentos para el dolor, sedantes y ansiedad. Las recomendaciones se hacen en función de tus necesidades individuales. HE SIDO INFORMADO Y entiendo que me someteré a pruebas médicas y exámenes antes y durante mi tratamiento. Estas pruebas incluyen pruebas de orina para sustancias controladas, benzodiazepinas, relajantes musculares, medicamentos para el dolor nervioso, y drogas ilegales y uso ilegal de medicamentos con receta. Además, las evaluaciones psicológicas si y cuando se considere necesario, y por la presente doy permiso para realizar las pruebas, o mi negativa puede llevar a la terminación del tratamiento. La presencia de sustancias no autorizadas puede resultar en que me den de alta de su cuidado. Más detalles se detallan en el acuerdo de dolor.

Por favor, lee este acuerdo con atención. Si no entiende ninguna de la información contenida a continuación o necesita aclaraciones adicionales sobre las políticas de esta oficina respecto a la prescripción de medicamentos opioides, por favor pregunte.

Se le pedirá completar y firmar un acuerdo de consentimiento informado y manejo del dolor además de este acuerdo antes de recibir cualquier medicamento opioide.

Firma del paciente: _____ fecha de acuerdo: _____



Woodlands Physical Medicine

Samuel J. Alianell, MD

American Board of Physical Medicine and Rehabilitation
American Board of PM&R Subspecialty of Pain Medicine Gold Clinic
Designated for Pain Management – Texas Medical Board
3275 College Park Dr., The Woodlands, TX 77384
PH: 936-321-0214 ~ Fax: 936-271-0219

Historia Medicina General

Paciente: _____ fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación: _____ **Número(s) de teléfono:** _____

Por favor, indica el nombre y apellido de los médicos a continuación. Si no conoces el nombre de pila, por favor intenta poner la inicial.

Médico de atención primaria: _____

Médico remitente: _____

Aparición de los síntomas

Tú eres: Ambidiestro con la mano derecha

¿Dónde tienes dolor? _____

¿Cuánto tiempo llevas con este problema? _____

¿Es un caso legal o de responsabilidad civil? No hay posibilidad de sí

Si es así, fecha de la lesión: _____

Accidente de tráfico por accidente de accidente laboral. ¿Dónde te lesionaste? Hogar / Escuela / Trabajo / Tienda / Coche

¿Cómo te hiciste daño? _____

Desde que empezó tu dolor, ¿cómo ha cambiado? ☐ disminuyó ☐ aumentó ☐ se mantuvo igual

Descripción del dolor

Revisa todos los siguientes que describen tu dolor:

☐ Dolorido ☐ Caliente/Ardiente ☐ Tiroteo ☐ Puñalamiento/Afilado ☐ Calambres

☐ Entumecimiento ☐ Espasmos ☐ Palpitando ☐ Aburrido ☐ Tipo descarga

☐ Apretando ☐ Agujas y alfileres ☐ Hormigueo



Woodlands Physical Medicine

Samuel J. Alianell, MD

American Board of Physical Medicine and Rehabilitation
American Board of PM&R Subspecialty of Pain Medicine Gold Clinic
Designated for Pain Management – Texas Medical Board
3275 College Park Dr., The Woodlands, TX 77384
PH: 936-321-0214 ~ Fax: 936-271-0219

☐ Dolor constante sordo/doloroso de fondo con exacerbaciones como se ha visto arriba

¿Qué palabra describe mejor la frecuencia de tu dolor? ☐ Constante ☐ Intermitente

¿Cuándo es tu dolor en su peor momento? ☐ Mañanas ☐ Durante el día ☐ Noches ☐ A mitad de la noche

☐ Empeora progresivamente a lo largo del día ☐ Sin cambios, siempre igual

Continuación de la descripción del dolor

Tengo: ☐ Debilidad (por dolor) en mi: ☐ Brazo R ☐ Brazo L ☐ Pierna R ☐ Pierna izquierda

☐ Debilidad específica en mi: ☐ Brazo R ☐ Brazo L ☐ Pierna R ☐ Pierna izquierda

☐ Entumecimiento de mi: ☐ Armas ☐ Manos ☐ Piernas ☐ pies

☐ Un cosquilleo de mi: ☐ Armas ☐ Manos ☐ Piernas ☐ pies

☐ Dolor en las piernas al caminar: ☐ menos de un bloque ☐ Bloques 1-3 ☐ >3 bl

☐ este dolor mejora si me quedo quieto

☐ este dolor solo mejora si me siento o me inclino hacia delante ☐ Problemas de vejiga (orina)

☐ Pérdida de orina (accidentes)

☐ No puede vaciar

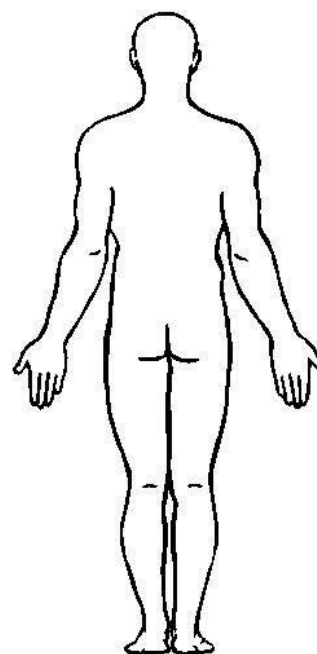
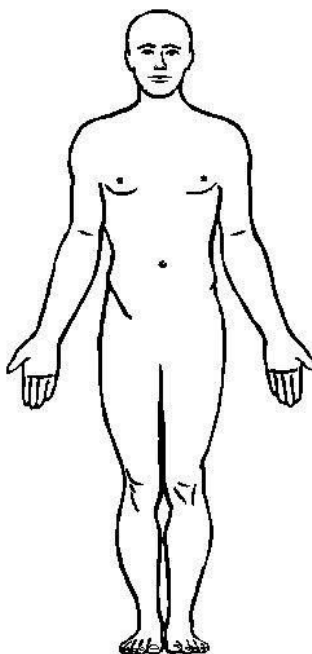
☐ Problemas intestinales

☐ Pérdida de control (accidentes)

☐ Estreñimiento

☐ Dolor peor por la noche

**Utiliza este diagrama
para indicar la
ubicación de tu dolor
marcando el dibujo
con una x donde
sientes dolor.**





Woodlands Physical Medicine

Samuel J. Alianell, MD

American Board of Physical Medicine and Rehabilitation
American Board of PM&R Subspecialty of Pain Medicine Gold Clinic
Designated for Pain Management – Texas Medical Board
3275 College Park Dr., The Woodlands, TX 77384
PH: 936-321-0214 ~ Fax: 936-271-0219

¿Qué empeora tu dolor? (Revisa todo lo que aplica)

- ☐ Doblarse/ Agacharse ☐ Tos/Estornudos ☐ Conducción ☐ Levantamiento
- ☐ Tumbado plano ☐ Tumbado de lado ☐ física ☐ Sentado ☐ Caminando ☐ Otros
- ☐ Ir al baño

¿Qué aspectos de tu vida se ven afectados por tu dolor? (Revisa todo lo que aplica)

- ☐ Realización de actividades de la vida diaria ☐ Llevar un estilo de vida normal
- ☐ Realización de actividades relacionadas con el trabajo ☐ Conseguir un sueño adecuado

¿Qué mejora tu dolor? (Revisa todo lo que aplica)

- ☐ Reposo absoluto ☐ Reducción de actividades ☐ Inclinandose hacia Adelante
- ☐ Doblarse hacia atrás ☐ Calor ☐ Masaje ☐ Hielo ☐ Otros

Tratamientos con medicación anteriores: ¿Qué medicamento has probado? (marca todo lo que corresponde)

	¿Te ayudó?	Y	N
☐ Antiinflamatorios: _____		☐	☐
☐ Relajantes musculares: _____		☐	☐
☐ Opioides/Analgésicos: _____		☐	☐
☐ Otros _____		☐	☐

Pruebas diagnósticas e imágenes

Marca todas las siguientes pruebas que te hayan hecho relacionadas con tus quejas actuales de dolor:

- ☐ Resonancia magnética de _____ Fecha: _____
Instalación: _____
- ☐ Rayos X de _____ Fecha: _____
Instalación: _____
- ☐ TAC de _____ Fecha: _____
Instalación: _____



Woodlands Physical Medicine

Samuel J. Alianell, MD

American Board of Physical Medicine and Rehabilitation
American Board of PM&R Subspecialty of Pain Medicine Gold Clinic
Designated for Pain Management – Texas Medical Board
3275 College Park Dr., The Woodlands, TX 77384
PH: 936-321-0214 ~ Fax: 936-271-0219

- ☐ EMG/NCVs de _____ Fecha: _____
Instalación: _____
- ☐ Otras pruebas de _____ Fecha: _____
Instalación: _____
- ☐ No me han hecho pruebas diagnósticas para mis quejas actuales de dolor.

Historial de tratamiento del dolor

¿Cómo afectan los siguientes tratamientos a tu dolor? **si no lo has probado, déjalo en blanco**

Tratamiento	No Relevo	Alivio temporal	Excelente alivio	Fechas: (vale aproximar)
Quiropráctica				
Inyecciones (describir)				
Fisioterapia				
Cirugía Detalles:				
Tracción				
Estimulador de médula espinal				

Por favor, describe cualquier detalle adicional sobre tratamientos anteriores para el dolor:

- ☐ no he tenido tratamientos previos para mis molestias actuales de dolor.

¿Qué otros especialistas has consultado respecto a tu dolor _____

Alergias

¿Tienes alguna alergia a medicamentos conocida? ☐ SÍ ☐ NO

Si es así, por favor enumera todos los medicamentos, alergias tópicos o equipos médicos a los que eres alérgico y la reacción que causó:



Woodlands Physical Medicine

Samuel J. Alianell, MD

American Board of Physical Medicine and Rehabilitation
 American Board of PM&R Subspecialty of Pain Medicine Gold Clinic
 Designated for Pain Management – Texas Medical Board
 3275 College Park Dr., The Woodlands, TX 77384
 PH: 936-321-0214 ~ Fax: 936-271-0219

Medicamentos actuales

Por favor, enumera toda la medicación que estés tomando actualmente. Adjunta una hoja adicional, si es necesario.

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia		Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

Historial quirúrgico

Por favor, enumera cualquier procedimiento quirúrgico que hayas realizado en el pasado, incluyendo la fecha, el tipo y cualquier detalle.

Cirugías o hospitalización	Año	Complicaciones (si las hay)

☐ nunca me he sometido a ningún procedimiento quirúrgico.

Historia familiar

¿Alguien en tu familia ha tenido: Revisa todo lo que se aplica

- ☐ Diabetes ☐ Infarto femenina menor de 65 años ☐ Cáncer ☐ Trastorno hemorrágico
☐ Dolores de cabeza ☐ Infarto Hombre menor de 55 años ☐ Artritis ☐ Osteoporosis
☐ Golpe ☐ Problemas de anestesia ☐ Hipertensión
☐ Otros problemas médicos _____
☐ No tengo antecedentes médicos familiares significativos



Woodlands Physical Medicine

Samuel J. Alianell, MD

American Board of Physical Medicine and Rehabilitation
American Board of PM&R Subspecialty of Pain Medicine Gold Clinic
Designated for Pain Management – Texas Medical Board
3275 College Park Dr., The Woodlands, TX 77384
PH: 936-321-0214 ~ Fax: 936-271-0219

Historia social

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casados ☐ Divorciados ☐ Separados ☐ **Viuda**

Hijos: ☐ Sí ☐ No

¿Eres capaz de quedarte embarazada? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿estás embarazada actualmente? _____

¿Vives solo? ☐ Si ☐ No *Si no, ¿con quién vives?* _____

¿Llevas: ☐ gafas ☐ Contactos

Historia social continuada

Ocupación: _____

¿Qué tipo de trabajo? ☐ Físico ☐ Sedentario ☐ Retirado ☐ Ama de casa

☐ Regular Deber ☐ Servicio ligero ☐ Fuera del trabajo- desde Fecha: _____

Reason: _____

Consumo de alcohol: ☐ Uso Diario Limitado ☐ Historia del alcoholism ☐ Nunca bebe alcohol

☐ Bebe alcohol socialmente ☐ Bebe alcohol ocasionalmente

Consumo de tabaco: ☐ Usuario actual de tabaco ☐ Antiguo consumidor de tabaco

☐ Nunca he usado tabaco # de paquetes/day _____ para _____ years

Consumo ilegal de drogas: ☐ Sí ☐ No *Si es así, ¿qué?* _____

¿Alguna vez has abusado de medicamentos narcóticos o con receta? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿qué? _____

Ejercicio: ☐ diario ☐ semanal ☐ mensual ☐ rara vez ☐ nunca .

¿Qué tipo? _____



Woodlands Physical Medicine

Samuel J. Alianell, MD

American Board of Physical Medicine and Rehabilitation
American Board of PM&R Subspecialty of Pain Medicine Gold Clinic
Designated for Pain Management – Texas Medical Board
3275 College Park Dr., The Woodlands, TX 77384
PH: 936-321-0214 ~ Fax: 936-271-0219

Historial médico pasado

Revisa todo lo que aplica:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Anemia | ☐ Diabetes Pie diabético | ☐ Hipotiroidismo | ☐ Circulación pobre |
| ☐ Angina | ☐ Úlcera | ☐ Latido cardíaco irregular | ☐ Hipertensión |
| ☐ Ansiedad | ☐ Diálisis | ☐ Insuficiencia renal | ☐ Embolia pulmonar |
| ☐ Asma | ☐ Diverticulitis | ☐ Problemas hepáticos | ☐ Reflujo |
| ☐ Trastorno hemorrágico | ☐ Enfisema | ☐ LMP: | ☐ Reumatoide |
| ☐ Coágulo de Sangre | ☐ Sangrado gastrointestinal | ☐ Lupus | ☐ Convulsiones |
| ☐ Cáncer: Tipo/Estado | ☐ Infarto | ☐ Migrañas | ☐ Apnea del sueño |
| ☐ Dolor crónico de espalda | ☐ Hepatitis A, B, C | ☐ Trastorno Neurológico | ☐ Ictus |
| ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva | ☐ Infección del tracto urinario | ☐ Entumecimiento / Hormigueo | ☐ Úlceras |
| ☐ Depresión | ☐ VIH | ☐ Otros: | |

Salud médica actual

El nivel general de salud física es:

☐ Excelente ☐ Muy bien ☐ Bien ☐ Justo ☐ Pobre ¿Vacunas actualizadas? ☐ Sí ☐ No

¿Has tenido alguna complicación por una cirugía? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez has tenido problemas con la anestesia? ☐ Sí ☐ No

Si es así, describe: _____



Woodlands Physical Medicine

Samuel J. Alianell, MD

American Board of Physical Medicine and Rehabilitation
American Board of PM&R Subspecialty of Pain Medicine Gold Clinic
Designated for Pain Management – Texas Medical Board
3275 College Park Dr., The Woodlands, TX 77384
PH: 936-321-0214 ~ Fax: 936-271-0219

Revisión de sistemas

Marca los siguientes síntomas que sufres actualmente. Nota: Las condiciones/enfermedades diagnosticadas deben indicarse en el apartado de Historial Médico Pasado, arriba.

Salud general: ☐ Fiebre/Escalofríos ☐ Fatiga ☐ Problemas de sueño

Ojos: ☐ Visión borrosa ☐ Visión doble

Oídos/nariz/garganta: ☐ Disminución de la audición ☐ Dolor de garganta

☐ Zumbido en los oídos ☐ Problemas de los senos paranasales

Cardiovascular: ☐ Dolor en el pecho ☐ Desmayo ☐ Latido Irregular ☐ Hinchazón en los pies

Respiratorio: ☐ Falta de aire ☐ Tos ☐ Jadeando

Gastrointestinal: ☐ Acidez/estreñimiento ☐ Náuseas/Vómitos/Diarrea ☐ Sangrado rectal

Genitourinario: ☐ Dolor al orinar ☐ Incontinencia ☐ Frecuencia aumentada

Musculoesquelético: ☐ Inflamación articular ☐ Joint Rigidez ☐ Espasmos musculares

☐ Dolor articular

Dermatológico: ☐ Rash ☐ Picor

Neurológico: ☐ Entumecimiento/hormigueo ☐ Pérdida de equilibrio

☐ Historia de las convulsiones

Psicológico: ☐ Ansiedad ☐ Depresión

Endocrino: ☐ Cambio de peso ☐ Siempre con sed

Alergia/Inmunología: ☐ Colmenas ☐ Fiebre del heno

Hematología: ☐ Moratones fáciles ☐ Sangrado ☐ edema ☐ Ganglios linfáticos agrandados



Nombre: _____ Fecha: _____

Las siguientes son algunas preguntas hechas a pacientes. Algunos de estos pacientes toman medicamentos para el dolor. Otros aún no toman medicamentos para el dolor, pero estamos considerando dárselos. Responda cada pregunta con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

0 = Nunca, 1 = Rara vez, 2 = A veces, 3 = A menudo, 4 = Muy a menudo

1. ¿Con qué frecuencia le cambia el estado de ánimo? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
2. ¿Con qué frecuencia ha sentido necesidad de tomar dosis mayores de medicamento para tratar el dolor? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido impaciente con sus médicos? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
4. ¿Con qué frecuencia se ha sentido tan presionado por distintas cosas que no puede manejarlas? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
5. ¿Con qué frecuencia hay tensión en su casa? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
6. ¿Con qué frecuencia ha contado sus pastillas para el dolor para ver cuántas le quedan? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
7. ¿Con qué frecuencia se ha sentido preocupado de que la gente lo juzgue por tomar medicamentos para el dolor? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
8. ¿Con qué frecuencia se siente aburrido? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
9. ¿Con qué frecuencia ha tomado más medicamentos para el dolor de los que debía tomar? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
10. ¿Con qué frecuencia le ha preocupado que lo dejen solo? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
11. ¿Con qué frecuencia ha sentido ansias de tomar medicación? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
12. ¿Con qué frecuencia otras personas se han mostrado preocupadas por el uso que usted hace de la medicación? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
13. ¿Con qué frecuencia alguno de sus amigos cercanos ha tenido problemas de alcoholismo o drogadicción? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
14. ¿Con qué frecuencia otras personas le dijeron que tenía mal genio? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
15. ¿Con qué frecuencia se ha sentido dominado por la necesidad de conseguir medicamentos para el dolor? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

16. ¿Con qué frecuencia se ha quedado sin medicamentos para el dolor antes de tiempo? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
17. ¿Con qué frecuencia otras personas le han impedido conseguir lo que usted merece? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
18. ¿Con qué frecuencia, en su vida, ha tenido problemas legales o ha sido arrestado? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
19. ¿Con qué frecuencia ha asistido a reuniones de alcohólicos anónimos o narcóticos anónimos? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
20. ¿Con qué frecuencia ha tenido una discusión tan fuera de control que alguien resultó herido? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
21. ¿Con qué frecuencia ha sido abusado sexualmente? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
22. ¿Con qué frecuencia otras personas han sugerido que tiene un problema de drogadicción o alcoholismo? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
23. ¿Con qué frecuencia ha tenido que pedir prestados medicamentos para el dolor a sus familiares o amigos? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
24. ¿Con qué frecuencia ha sido tratado por un problema de alcoholismo o drogadicción? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Incluya cualquier información adicional que desee sobre las respuestas anteriores.

Gracias.



Woodlands Physical Medicine

Samuel J. Alianell, MD

American Board of Physical Medicine and Rehabilitation
American Board of PM&R Pain Medicine Subspecialty
Gold Designated Pain Management Clinic – Texas Medical Board
3275 College Park Dr., The Woodlands, TX 77384
Tel: 936-321-0214 ~ Fax: 936-271-0219

INFORMACIÓN DEL PACIENTE 2026

Estamos comprometidos a que tu tratamiento sea exitoso. Por favor, entienda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. A continuación se presenta una declaración de nuestra Política que te pedimos que leas, **firmes y firmes todo antes** de cualquier tratamiento.

SOBRE EL SEGURO PRIVADO:

- Con gusto facturaremos directamente a tu compañía de seguros si nos has proporcionado toda la información necesaria para hacerlo. Tu contrato de seguro médico es entre tú y tu compañía de seguros. No somos parte del contrato. Los servicios que recibes, y la factura, son un acuerdo entre tú y el Dr. Samuel Alianell MD PA. En última instancia, es tu responsabilidad asegurarte de que tu factura esté pagada en su totalidad. Los acuerdos entre compañías de seguros varían mucho y es tu responsabilidad pagar puntualmente. Si tu compañía de seguros no paga al Dr. Samuel Alianell, MD PA, será tu responsabilidad ponerte en contacto con ellos. Buscaremos el pago en ti, no en la aseguradora, a menos que estés cubierto por la compensación laboral. **Por favor, informa a la clínica si vas a cambiar tu seguro, ya que puede que no seamos proveedores.**

Iniciales: _____

SOBRE EL SEGURO DE COMPENSACIÓN LABORAL:

- Cualquier correspondencia, denegación de atención o cambio durante el tratamiento de lesiones por accidentes laborales debe comunicarse inmediatamente a nuestra oficina. No notificarnos podría resultar en la denegación de beneficios por compensación laboral.

Iniciales: _____

SOBRE EL SEGURO DONDE SOMOS PROVEEDORES PARTICIPANTES:

- Todos los copagos y franquicias deben ser debidos **Prior** al tratamiento. No podemos facturarte el copago del deducible ya que tu contrato de seguro nos obliga a cobrarlo en el momento de la notificación. En caso de que tu cobertura cambie a un plan en el que no seamos el proveedor participante, consulta el párrafo anterior.
- Nuestra consulta está comprometida a ofrecer el mejor tratamiento a nuestros pacientes y cobramos lo habitual y habitual en nuestra zona. Eres responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de las tarifas habituales y habituales por parte de cualquier compañía de seguros. Por favor, ten en cuenta que algunos, y quizás todos, los servicios prestados pueden estar sin cobertura y no considerarse razonables ni necesarios bajo ciertos seguros médicos.

Iniciales: _____

Iniciales: _____

PAGO POR SERVICIOS:

- Tarifa inicial de evaluación de nuevos pacientes \$345
- Tasa de evaluación de seguimiento \$210

Iniciales: _____



Woodlands Physical Medicine

Samuel J. Alianell, MD

American Board of Physical Medicine and Rehabilitation
American Board of PM&R Pain Medicine Subspecialty
Gold Designated Pain Management Clinic – Texas Medical Board
3275 College Park Dr., The Woodlands, TX 77384
Tel: 936-321-0214 ~ Fax: 936-271-0219

- **PAGOS:**

El pago completo se debe en el momento del servicio para quienes no tienen cobertura de seguro. Entiendo que, de acuerdo con la ley, así como con muchos acuerdos de participación con terceros pagadores, Woodlands Physical Medicine no exime, no cobra ni descuenta copagos, deducibles, coseguros ni otra responsabilidad financiera del paciente. Entiendo que Woodlands Physical Medicine puede verificar la cobertura y los beneficios del seguro antes de prestar los servicios y que cualquier gasto de bolsillo, incluyendo pero no limitándose a copagos, coseguros, franquicias y servicios no **cubiertos, deberá pagarse en el momento en que se presten los servicios**, sin **diferimiento de pago** está permitido. Si facturamos a tu seguro y el reembolso es denegado al 100%, te facturaremos nuestras tarifas de pago directo. En ocasiones, ciertos procedimientos pueden no ser reembolsados por tu compañía de seguros. Si se espera que el seguro no cubra, el pago debe ser en el momento del servicio.

Iniciales: _____

TARIFAS:

- **AUTORIZACIONES PREVIAS:**

Si tu compañía de seguros requiere una autorización previa, hay un **cargo de 20 dólares**. Este es un servicio que no está incluido en tu visita a la consulta. El **cargo es de \$14** si entregas el formulario a completar (obtenido de tu compañía de seguros). **TODAS LAS TASAS DEBEN PAGARSE ANTES DE QUE TRABAJEMOS EN CUALQUIER AUTORIZACIÓN PREVIA.**

Iniciales: _____

- **DEVOLUCIONES DE CHEQUES:**

Se cobrará una **tasa de 35 dólares** por cada cheque devuelto por falta de fondos.

Iniciales: _____

- **PUBLICACIONES DE HISTORIALES MÉDICOS:**

Por favor, espere 30 días para que su solicitud de registros sea procesada. Necesitamos tu autorización por escrito antes de facilitar los registros a cualquier persona que no sea tu médico remitente o a tu compañía de seguros. Nuestra tarifa por la elaboración de los registros médicos a petición de usted es:

- 25 dólares por las primeras 25 páginas
- \$0.50 por página adicional

Estos registros pueden ser recogidos por el paciente.

Esta tarifa debe recibirse antes de que se publiquen los registros.

Iniciales: _____

- **PRUEBAS DE DROGAS EN ORINA (TDD):**

A los pacientes que pagan por cuenta propia, si se someten a pruebas toxicológicas de orina, se cobrará una tarifa de 10 dólares a cualquier paciente que pague por su cuenta. Si la **UDT** no es compatible con tu terapia, pueden ser necesarias pruebas diagnósticas adicionales para evaluar la eficacia de tu manejo de medicación, lo que **conllea costes** adicionales.

Iniciales: _____



Woodlands Physical Medicine

Samuel J. Alianell, MD

American Board of Physical Medicine and Rehabilitation
American Board of PM&R Pain Medicine Subspecialty
Gold Designated Pain Management Clinic – Texas Medical Board
3275 College Park Dr., The Woodlands, TX 77384
Tel: 936-321-0214 ~ Fax: 936-271-0219

Pacientes asegurados, si os sometéis a pruebas toxicológicas de orina, a vuestro seguro se le facturará en consecuencia. Además, muchos de nuestros resultados de laboratorio también se envían a un laboratorio confirmatorio dentro de la red para obtener información adicional sobre los resultados cuantitativos de la muestra. Si tu seguro médico **no cubre** las pruebas de drogas en orina, se te facturarán los gastos de las pruebas. Iniciales: _____

- **LABS: PRUEBAS DE LABORATORIO:**

Como parte de tu atención, se recomienda realizar pruebas clínicas en laboratorio al menos cada 6 meses o según sea necesario, dependiendo de tu estado médico. Si no se completan los análisis en tu próxima visita de seguimiento, las renovaciones de medicación pueden quedar en pausa. Iniciales: _____

- **NO PRESENTARSE Y CANCELACIÓN TARDÍA:**

Si no puede asistir a su cita, por favor llame a la consulta **con 24 horas de** antelación. Si se recibe menos de 24 horas de aviso, **se incurrirá en un cargo de 25 dólares**. La intención de la tarifa es garantizar el acceso al Dr. Alianell para los pacientes que necesitan atención. Esta cita se ha reservado para ti y cuando no te presentas o cancelas con menos de 24 horas de aviso, otro paciente con dolor no puede recibir la atención que necesita. Con 24 horas de antelación, a menudo conseguimos atendernos a un paciente que de otro modo tendría que esperar. Iniciales: _____

RECETA:

- **LIBERACIÓN DE MEDICACIÓN:**

Las recetas se escriben electrónicamente y se envían a tu farmacia preferida el día de la cita. **La fecha de lanzamiento** se determinará en función de **tu última fecha de recogida**, según lo indicado por tu **TPMP**, que normalmente cae entre 28 y 30 días. Ten en cuenta que **las recetas no pueden enviarse hasta el final del día**, así que planifica tus citas en consecuencia. Recomendamos tener entre 3 y 4 días de antelación para resolver cualquier posible problema con tu farmacia o seguro de forma oportuna. Iniciales: _____

Reconozco que he leído y acepto la información de estas páginas

Nombre impreso: _____

Firma: _____ Date _____



Woodlands Physical Medicine

Samuel J. Alianell, MD

American Board of Physical Medicine and Rehabilitation
American Board of Pain Medicine Subspecialties of American Board of PM&R
Gold Designated Pain Management Clinic – Texas Medical Board
3275 College Park Dr., The Woodlands, TX 77384
Phone: 936-321-0214 Fax: 936-271-0219

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACUERDO DE MANEJO DEL DOLOR

SEGÚN LO EXIGIDO POR LA JUNTA MÉDICA DE TEXAS

REFERENCIA: CÓDIGO ADMINISTRATIVO DE TEXAS, TÍTULO 22, PARTE 9, CAPÍTULO 170

3ª edición: Desarrollado por la Texas Pain Society, abril de 2008 (www.texaspain.org)

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

AL PACIENTE: Como paciente, tienes derecho a ser informado sobre tu condición y sobre el procedimiento médico o diagnóstico recomendado o la terapia farmacológica que se va a utilizar, para que puedas tomar la decisión informada de tomar o no el medicamento tras conocer los riesgos y riesgos implicados. Esta revelación no pretende asustarte ni alarmarte, sino un esfuerzo por informarte mejor para que puedas dar o negar tu consentimiento/permiso para usar el/los fármaco(s) que te recomendé, como tu médico. A efectos de este acuerdo, el uso de la palabra "médico" se define para incluir no solo a mi médico, sino también a los asociados autorizados de mi médico, asistentes técnicos, enfermeros, personal y otros proveedores sanitarios según sea necesario o recomendable para tratar mi condición.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y/O TERAPIA FARMACOLÓGICA:

Voluntariamente solicito a mi médico (nombre al final del acuerdo) que trate mi condición, que me han explicado como dolor crónico. Por la presente autorizo y doy mi consentimiento voluntario para que mi médico administre o escriba receta(s) de medicamentos peligrosos y/o controlados como parte del tratamiento de mi dolor crónico.

Me han explicado que estos medicamentos incluyen opioides/narcóticos, que pueden ser perjudiciales si se toman sin supervisión médica. Además, entiendo que estos medicamentos pueden provocar dependencia física y/o adicción y pueden, como otros fármacos usados en la práctica médica, producir efectos secundarios o consecuencias adversas. Los métodos alternativos de tratamiento, los posibles riesgos implicados y las posibilidades de complicaciones me han sido explicados como se detalla a continuación. Entiendo que esta lista no es completa, que solo describe los efectos secundarios o reacciones más comunes, y que la muerte también es posible como consecuencia de tomar estos medicamentos.

LOS MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS QUE MI MÉDICO PLANEA RECETAR SERÁN DESCRITOS Y DOCUMENTADOS POR SEPARADO DE ESTE ACUERDO. ESTO INCLUYE EL USO DE MEDICAMENTOS PARA FINES DIFERENTES A LOS APROBADOS POR LA FARMACÉUTICA Y EL GOBIERNO (A VECES SE LE DENOMINA PRESCRIPCIÓN "OFF-LABEL"). MI MÉDICO ME EXPLICARÁ SU(S) PLAN(ES) DE TRATAMIENTO Y LO DOCUMENTARÁ EN MI HISTORIAL MÉDICO.

HE SIDO INFORMADO Y entiendo que me someteré a pruebas médicas y exámenes antes y durante mi tratamiento. Esas pruebas incluyen comprobaciones aleatorias y no anunciadas de drogas y evaluaciones psicológicas si y cuando se considera necesario, y por la presente doy permiso para

realizar las pruebas, o mi negativa podría llevar a la interrupción del tratamiento. La presencia de sustancias no autorizadas puede resultar en que me den de alta de su cuidado.

Solo para pacientes femeninas:

Hasta donde yo sé, **NO estoy embarazada.**

Si no estoy embarazada, usaré anticonceptivos o anticonceptivos adecuados durante el tratamiento. Acepto que es **MI responsabilidad** informar inmediatamente a mi médico si me quedo embarazada.

Si estoy embarazada o tengo dudas, AVISARÉ A MI MÉDICO DE INMEDIATO.

Todos los posibles efectos anteriores de los medicamentos me han sido explicados completamente y entiendo que, por la actualidad, no se han realizado suficientes estudios sobre el uso a largo plazo de muchos medicamentos, es decir, opioides/narcóticos, para garantizar la seguridad total de mi(s) hijo(s) no nacido(s). Con pleno conocimiento de esto, consiento su uso y exijo a mi médico de las lesiones al embrión/feto/bebé.

ENTIENDO QUE LOS EFECTOS SECUNDARIOS MÁS COMUNES QUE PUEDEN OCURRIR AL USAR LOS FÁRMACOS QUE UTILIZO EN MI TRATAMIENTO INCLUYEN, PERO NO LIMITÁNDOSE A: estreñimiento, náuseas, vómitos, somnolencia excesiva, picor, retención urinaria (incapacidad para orinar), hipotensión ortostática (presión arterial baja), arritmias (latidos irregulares), insomnio, depresión, alteración del razonamiento y el juicio, depresión respiratoria (respiración lenta o nula), impotencia, tolerancia a medicamentos, dependencia física y emocional o incluso adicción, y la muerte. Entiendo que puede ser peligroso para mí conducir un automóvil u otra maquinaria mientras uso estos medicamentos y que podría estar afectado en todas las actividades, incluido el trabajo. ARE

Me han explicado los métodos alternativos de tratamiento, los posibles riesgos y las posibilidades de complicaciones, y aún deseo recibir medicación o medicamentos para tratar mi dolor crónico.

El objetivo de este tratamiento es ayudarme a controlar mi dolor crónico para llevar una vida más productiva y activa. Sé que puedo tener una enfermedad crónica y que hay pocas posibilidades de curación completa, pero el objetivo de tomar medicación o medicamentos de forma regular es reducir (aunque probablemente no eliminar) mi dolor para poder disfrutar de una mejor calidad de vida. Sé que para algunos el tratamiento requerirá un uso prolongado o continuo de medicamentos, pero un objetivo adecuado también puede significar la eventual retirada de toda(s) medicación(es). Mi plan de tratamiento estará adaptado específicamente a mí. Entiendo que puedo retirarme de este plan de tratamiento y dejar de usar el/los medicamento en cualquier momento, y que notificaré a mi médico si se suspende el uso. Además, entiendo que se me proporcionará supervisión médica si es necesario al dejar de tomar medicación.

Entiendo que no se me ha dado ninguna garantía ni garantía respecto a los resultados de ninguna terapia farmacológica o curación de ninguna condición. El uso a largo plazo de medicamentos para tratar el dolor crónico es controvertido debido a la incertidumbre respecto a la medida en que proporcionan beneficios a largo plazo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición y tratamiento, los riesgos de no tratamiento y la terapia farmacológica, el tratamiento médico o procedimiento(s) diagnóstico(s) que se usarán para tratar mi condición, y los riesgos y riesgos de dicha terapia, tratamiento y procedimiento(s), y creo que dispongo de información suficiente para dar este consentimiento informado.

ACUERDO DE GESTIÓN DEL DOLOR:

ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:

Que este acuerdo de manejo del dolor se refiere a mi uso de cualquier medicamento (es decir, opioides, también llamados 'narcóticos, analgésicos' y otros medicamentos con receta, etc.) para el dolor crónico prescritos por mi médico. Entiendo que existen leyes, regulaciones y políticas federales y estatales respecto al uso y prescripción de sustancias controladas. **Por lo tanto, solo se administrarán medicación mientras siga las normas especificadas en este Acuerdo.**

Mi médico puede decidir en cualquier momento suspender el/los medicamento(s). El incumplimiento de cualquiera de las siguientes directrices y/o condiciones puede suponer la suspensión de medicamentos/os y/o mi alta del cuidado y tratamiento. La liberación puede ser inmediata por cualquier comportamiento delictivo:

- Mi progreso será revisado periódicamente y, si el/los medicamento(s) no mejoran mi calidad de vida, se **puede dejar de tomar** el medicamento(s).
- **Informaré a mi médico de todos los medicamentos** que tome en cualquier momento, recetados por cualquier médico.
- Usaré el/los medicamento(s) **exactamente según las indicaciones de mi médico.**
- Acepto **no** compartir, vender ni permitir de ninguna otra forma que otros, incluidos mi familia y amigos, tengan acceso a estos medicamentos.
- **No permitiré ni ayudaré en el mal uso o desvío de mi medicación; ni los daré ni venderé a nadie más.**
- Todo(los) medicamento(s) deben obtenerse en **una farmacia, siempre que sea posible.** Si es necesario cambiar de farmacia, mi médico debe ser informado. Solo usaré una farmacia y le proporcionaré a mi farmacéutico una copia de este acuerdo. Autorizo a mi médico a entregar mis historiales médicos a mi farmacéutico según sea necesario.
- Entiendo que me renovarán la medicación o medicamentos de forma regular. Entiendo que mi(s) receta(s) y mi(s) medicación(s) son exactamente como el dinero. **Si alguno de los dos se pierde o se roba, PUEDE QUE NO SE REEMPLACEN.**
- No se solicitará reposición **antes de la fecha programada.** Sin embargo, se permiten reponer anticipadamente cuando viajo, y hago los arreglos con antelación respecto a la fecha prevista de salida. De lo contrario, no esperaré recibir medicación adicional antes de la fecha de mi próxima renovación programada, incluso si se agotan mi(s) receta(s).
- Solo recibiré medicación(s) **de UN médico,** salvo que sea para una emergencia o que el medicamento recetado por otro médico esté aprobado por mi médico. La información de que he estado recibiendo medicación(s) recetada por otros médicos que no ha sido aprobada por mi médico puede llevar a la suspensión de medicamentos y tratamientos.
- Si mi médico le parece que no hay beneficios demostrables para mi función diaria o calidad de vida por el/los medicamento(s), entonces **mi médico puede probar medicación(s) alternativa(s) o puede reducirme todo(los) medicamento(s).** No haré responsable a mi médico por los problemas causados por la suspensión de medicamentos.
- Acepto **someterme a análisis de orina y/o sangre** para detectar el uso de medicamentos no recetados y prescritos en cualquier momento y sin previo aviso. Si doy positivo en sustancia(s) ilegal(es), como marihuana, speed, cocaína, etc., el tratamiento para el dolor crónico puede ser terminado. Además, puede ser necesario consultar o derivar a un experto: como someterse a una evaluación psiquiátrica o psicológica por un médico cualificado, como un adictólogo o un médico especializado en desintoxicación y rehabilitación y/o terapia cognitivo-conductual/psicoterapia.
- Reconozco que mi dolor crónico representa un problema complejo que podría beneficiarse de fisioterapia, psicoterapia, atención médica alternativa, etc. También reconozco **que mi participación activa** en el manejo de mi dolor es extremadamente importante. Acepto

participar activamente en todos los aspectos del programa de manejo del dolor recomendado por mi médico para lograr una mayor función y una mejor calidad de vida.

- Estoy de acuerdo en **informar a cualquier médico** que pueda tratarme por algún otro problema médico que estoy inscrito en un programa de manejo del dolor, ya que el uso de otros medicamentos puede causar daño.
- Por la presente doy permiso a mi médico **para** discutir todos los detalles diagnósticos y de tratamiento con mi(s) otro(s) médico(s) y farmacéutico(s) respecto al uso de los medicamentos prescritos por mi(s) otro(s) médico(s).
- Debo tomar el/los medicamento(s) según las indicaciones de mi médico. **Cualquier aumento no autorizado** de la dosis de medicamento puede considerarse una causa para la suspensión del tratamiento.
- Debo **cumplir todas las citas de seguimiento** que recomiende mi médico o mi tratamiento podría ser suspendido.
- No consumiré **alcohol** mientras tome medicación para el dolor.

Certifico y acepto lo siguiente:

- 1) Soy yo **actualmente no consume drogas ilegales ni abuse de medicamentos con receta(s)** y no estoy recibiendo tratamiento por dependencia de sustancias (adicción) ni abuso. Estoy leyendo y haciendo este acuerdo mientras tengo plenamente en posesión de mis facultades y no bajo la influencia de ninguna sustancia que pueda afectar mi juicio.
- 2) Tengo **nunca he estado involucrado** en la venta, posesión ilegal, uso/desvío o transporte de sustancias controladas (narcóticos, pastillas para dormir, pastillas para los nervios o analgésicos) o sustancias ilegales (marihuana, cocaína, heroína, etc.)
- 3) **No se ha dado ninguna garantía ni garantía** En cuanto a los resultados que se pueden obtener con el tratamiento del dolor crónico. Con pleno conocimiento de los posibles beneficios y riesgos implicados, consiento el tratamiento del dolor crónico, ya que soy consciente de que me brinda la oportunidad de llevar una vida más productiva y activa.
- 4) He revisado los efectos secundarios del(los) medicamento(s) que pueden usarse en el tratamiento de mi dolor crónico. **Entiendo perfectamente las explicaciones sobre los beneficios y riesgos de estos medicamentos y estoy de acuerdo en su uso en el tratamiento de mi dolor crónico.**

_____ **reconozco que he leído el *Acuerdo de Consentimiento Informado y Manejo del Dolor* y que puedo solicitar una copia del acuerdo de dolor en cualquier momento, si no lo he recibido ya.**

Fecha de firma del paciente

Nombre impreso

Firma del médico (o asistente autorizado adecuadamente)

Nombre y teléfono de la farmacia#



Woodlands Physical Medicine

Samuel J. Alianell MD

American Board of Physical Medicine and Rehabilitation
American Board of PM&R Pain Medicine Subspecialty
Gold Designated Pain Management Clinic – Texas Medical Board

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento:	
Dirección:	
Ciudad: Estado: Código Postal:	
Ph#:	Célula#:

<u>PUBLICAR INFORMACIÓN SANITARIA DE:</u> Médico/Clinica/Hospital: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Oficina#: _____ Fax#: _____	<u>INFORMACIÓN SANITARIA PUBLICADA A:</u> WOODLANDS Physical Medicine SAMUEL J. ALIANELL, MD 3275 COLLEGE PARK DR. THE WOODLANDS, TX 77384 OFICINA: 936-321-0214 FAX: 936-271-0219
--	---

<u>DIVULGAR INFORMACIÓN SANITARIA DE:</u> Woodlands Physical Medicine SAMUEL J. ALIANELL, MD 3275 COLLEGE PARK DR. THE WOODLANDS, TX 77384 OFICINA: 936-321-0214 FAX: 936-271-0219	<u>INFORMACIÓN SANITARIA PUBLICADA A:</u> Médico/Clinica/Hospital: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Oficina#: _____ Fax#: _____
---	--

INFORMACIÓN MÉDICA A DIVULGAR

☐ REGISTROS MÉDICOS COMPLETOS	☐ Registros de facturación	☐ Informes de radiografías / resonancia magnética
☐ Historia y Física	☐ Notas de progreso	☐ Informes de laboratorio / Resultados
☐ Salud mental	☐ Relacionado con el VIH	☐ Informe operativo
☐ Otros		

AGRADECIMIENTOS:

El Dr. Samuel J. Alianell queda exento de responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de los registros en la medida indicada y autorizada en el presente. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y que, en cualquier caso, esta autorización expirará automáticamente, como se describe a continuación.

Autorizo la divulgación de mi información médica según lo especificado anteriormente. Esta autorización expirará **UN AÑO** desde la fecha de mi firma o especificada de otro modo por la fecha, evento o condición que sigue.

Firma del paciente, padre o tutor: _____ Fecha: _____



Woodlands Physical Medicine

Samuel J. Alianell, MD

American Board of Physical Medicine & Rehabilitation
American Board PM&R Subspecialty of Pain Medicine
Gold Designated Pain Management Clinic – Texas Medical Board
3275 College Park Dr., The Woodlands, TX 77384
Ph: 936-321-0214 ~ Fax: 936-271-0219

Consentimiento para recordatorios de citas y otras comunicaciones sanitarias

Los pacientes de nuestra consulta pueden ser contactados por teléfono, correo electrónico y/o mensajes de texto para recordarles una cita y para proporcionar recordatorios o información general sobre la salud según sea necesario. Nuestro servicio utiliza un número gratuito para realizar estas llamadas con un prefijo (855). Si desea recibir esta función, por favor lea, complete y firme el consentimiento a continuación.

Nombre: _____

Consiento recibir recordatorios de cita y otras comunicaciones sanitarias en ***mi correo electrónico***.

El ***correo electrónico que autorizo*** para recibir mensajes de recordatorios de citas y comunicaciones sanitarias generales es _____.

Iniciales: _____

Consiento recibir ***mensajes de texto*** de la consulta en ***mi móvil***. El ***número de móvil que autorizo*** para recibir ***mensajes de texto*** para recordatorios de citas y recordatorios/información general sobre salud es:

(_____) _____ - _____

Iniciales: _____

Consiento recibir ***mensajes de voz*** de la consulta a mi número de teléfono. El ***número de teléfono que yo Autorizado*** para recibir ***mensajes de voz*** para recordatorios de citas y recordatorios/información general de salud es:

(_____) _____ - _____ o _____

1. Usa el mismo número de móvil que mencioné arriba
2. Rechazo recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones sanitarias en este momento.

Iniciales: _____

Los recordatorios por mensajes de texto, correo electrónico y teléfono son solo un servicio de cortesía. Eres responsable de tu cita, haya recibido o no el recordatorio.

Firma del paciente: _____ Date: _____



Woodlands Physical Medicine

Samuel J. Alianell, MD

American Board of Physical Medicine & Rehabilitation
American Board PM&R Subspecialty of Pain Medicine
Gold Designated Pain Management Clinic – Texas Medical Board
3275 College Park Dr., The Woodlands, TX 77384
Ph: 936-321-0214 ~ Fax: 936-271-0219

FORMULARIO DE CONTACTO PARA LA AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS

Las personas que participan en tu atención (familiares, amigos, otros médicos, etc.) pueden preguntar por tu tratamiento, resultados de laboratorio, recetas y otra información/historiales médicos. Por favor, háganos saber con qué personas podemos compartir información.

(Por favor, tenga en cuenta: En situaciones de emergencia u otras situaciones descritas en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, podemos compartir información con otras personas que no estén específicamente listadas en este formulario.)

Por favor, enumere las personas autorizadas, incluyendo cónyuge, familiar, amigos, médicos que han tratado anteriormente y otros médicos/especialistas con quienes podamos compartir su información:

Nombre: Teléfono: Relación: Liberación de:

¿Cuál es el mejor número de teléfono para que podamos contactar contigo? _____

¿Cuál es este número (casa, trabajo, móvil, otro)? _____

De vez en cuando, dejaremos un mensaje para ti en un contestador automático, buzón de voz o con otra persona en tu ausencia. ¿Está bien que estos mensajes incluyan detalles (como diagnóstico e información sobre la medicación)?

¿En este número? _____

¿Qué otras formas podemos contactar con usted? Por favor, enumera las formas aceptables de contactar contigo.

Número de teléfono fijo: _____

¿Está bien dejar un mensaje detallado en este número en tu ausencia? _____

Número de trabajo: _____

¿Está bien dejar un mensaje detallado en este número en tu ausencia? _____

Número de móvil: _____

¿Está bien dejar un mensaje detallado en este número en tu ausencia? _____

Otros: _____

¿Está bien dejar un mensaje detallado en este número en tu ausencia? _____

AGRADECIMIENTOS:

Woodlands Physical Medicine/Dr. Samuel J. Alianell, MD, queda exento de responsabilidades legales o responsabilidad por la divulgación de información/registros médicos en la medida indicada y autorizada en este lugar. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y, en cualquier caso, esta autorización expira como se describe a continuación.

Al firmar a continuación, autorizo la divulgación de mi información/expedientes médicos a la(s) persona(s) mencionada(s) arriba. Esta autorización caducará **UN AÑO** desde la fecha de mi firma o si revoqué la autorización antes de la fecha de firma.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____