



Formulario de admisión de nuevos pacientes

Estamos comprometidos para proveer cuidado compasivo; Debemos ejercer la debida diligencia adecuada al prescribir analgésicos opioides para el dolor crónico. El abuso de medicamentos recetados ha alcanzado proporciones epidémicas en nuestra sociedad. Por lo tanto, nuestra póliza de clínica es que se debe completar un examen apropiado antes de la dispensación de una receta de opioides. Este estudio incluirá la revisión de los registros previos de farmacia / clínica, la evaluación mediante pruebas de diagnóstico y laboratorio, y la finalización aceptable de una prueba de detección de medicamentos en orina que arroje los resultados esperados. Los ejemplos comunes de analgésicos opioides incluyen hidrocodona, morfina, oxicodona, fentanilo, opana y metadona. Las recetas para estos medicamentos no se darán en una visita inicial.

- Traiga su licencia de conducir y tarjetas de seguro junto con su admisión completa de eCW para nuevos pacientes a su cita programada. El pago de los servicios se espera en el momento del servicio (copagos, coseguro, pago privado). Aceptamos efectivo, cheque, giro postal y tarjetas de crédito (Visa, American Express, MasterCard y Discover).
- Si nuestro personal le ha indicado que obtenga informes de imágenes, tráigalos a su cita. Nuestra oficina los requiere como parte de su consulta. Si no tenemos sus informes de imágenes en el momento de su cita, puede ser reprogramado.
- Su visita inicial es una consulta. Si un médico lo remitió para una inyección, primero debe ser visto para una visita al consultorio. Los procedimientos se programan después de la consulta inicial.
- Si el inglés es su segundo idioma, haga arreglos para que alguien lo acompañe a su visita y pueda traducir para brindarle el mejor servicio de atención médica. Queremos que comprenda completamente su diagnóstico y pronóstico y que tenga cualquier pregunta que pueda haber respondido.

Firma del paciente: _____

Nombre impreso: _____

Fecha: _____

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 usará y divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Reconocimiento del historial de recetas externo

Entiendo que el Consultorio se reserva el derecho de obtener un historial externo de recetas y verificar aleatoriamente los medicamentos anteriores a través de la Base de Datos de Monitoreo de Medicamentos Recetados para que me receten cualquier medicamento.

* Indique el nombre de cualquier persona que desee que tenga acceso a su información médica, incluido el acceso al portal: *

Nombre: _____ Relación: _____

Permiso para dejar mensajes

Doy permiso para que el consultorio deje información de citas, resultados de pruebas y / o instrucciones preoperatorias en mensajes de voz para los siguientes números de teléfono o con las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____

Consentimiento de comunicación

Queremos mantenernos conectados con nuestros pacientes. Los pacientes de nuestro consultorio y de todas nuestras clínicas afiliadas pueden ser contactados por correo electrónico y/o mensajes de texto para confirmar una cita, para obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica y para recibir recordatorios/información general de salud. Si proporciona un correo electrónico o un número de teléfono a la Práctica, comprende que puede recibir estas comunicaciones de la Práctica. El Consultorio no cobra por este servicio, pero es posible que se apliquen tarifas estándar de mensajes de texto o minutos de teléfono celular según lo dispuesto en su plan móvil.

Seleccione a continuación **para optar por no** recibir comunicación por mensaje de texto y/o correo electrónico con respecto a varios aspectos de su atención médica, que pueden incluir, entre otros, recordatorios, comentarios y recordatorios/información general de salud, resultados de exámenes, recetas, citas y facturación.

Exclusión: ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico

Reconocimiento de la política de cancelación/no presentación

Si no puede programar una cita, llame dentro de las 24 horas anteriores a la hora de su cita para reprogramarla. Si no notifica a nuestra oficina antes de faltar a su cita programada, puede estar sujeto a una tarifa de NO PRESENTACIÓN.

Las ausencias frecuentes pueden resultar en una liberación de la Práctica.

Firma y fecha del paciente: _____

Reconocimiento del paciente/Estados financieros

Entiendo que los servicios o artículos que he solicitado que Ascent Pain Solutions no estén cubiertos por mi seguro como razonables o médicamente necesarios para mi atención. Entiendo que mi plan de salud determina la necesidad médica de los servicios o artículos que solicito y recibo. También entiendo que soy responsable del pago si se determina que estos servicios o artículos no son razonables o médicamente necesarios y/o se procesan hacia mis beneficios fuera de la red.

Entiendo y reconozco que el personal médico presentará mi reclamo a la compañía de seguros en mi nombre. Además, entiendo que seré responsable de cualquier monto de mis facturas médicas que no esté cubierto por mi póliza de seguro o reclamos, y que seré responsable de pagar todos los deducibles, tarifas, copagos y pagos de coaseguro requeridos.

Entiendo que cualquier parte de mis facturas médicas que no esté cubierta por el seguro se me facturará a la dirección que he proporcionado. El incumplimiento o la falta de pago pueden dar lugar a la denegación de los servicios y/o a una reclamación legal contra mí por falta de pago.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE

Nombre: _____

Apellido Nombre

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Género ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro: ____

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Separado

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____

SSN: _____ Número de licencia de conducir y estado: _____

Empleador: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Método preferido de comunicación? ☐ Teléfono Residencial ☐ Teléfono celular ☐ Teléfono del trabajo ☐ Correo electrónico/Portal del paciente

*Si proporciona un correo electrónico o un número de teléfono, comprende que puede recibir estas comunicaciones de la Práctica. Para optar por no participar, Consentimiento de comunicación.

Etnia: ☐ Hispano o Latino ☐ No hispano o Latino ☐ Se negó a especificar

Idioma preferido: _____

Raza: ☐ Tribus indígenas ☐ asiáticas ☐ afroamericanas ☐ calumnias nativas de Hawái / Otro Pacífico

☐ Blanco ☐ Otro: _____

Médico remitente: _____

Médico de cabecera: _____

Otros proveedores: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono de emergencia: _____ Relación: _____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ SSN: _____ Relación: _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?

☐ Postal ☐ Comercial ☐ Sitio web ☐ Leading Reach ☐ Ambulatorio

Pruebas de diagnóstico e imágenes: Marque todas las siguientes pruebas que ha tenido relacionadas con su dolor actual:

Resonancia magnética del _____	Fecha: _____	Facilidad: _____
Radiografía del _____	Fecha: _____	Facilidad: _____
Tomografía computarizada del _____	Fecha: _____	Facilidad: _____
Estudio EMG/NCV _____	Fecha: _____	Facilidad: _____

HISTORIAL DE TRATAMIENTO DEL DOLOR: Marque los siguientes tratamientos para el dolor a los que se ha sometido **ANTES de la visita de hoy:**

<u>Tratamiento</u> <input type="checkbox"/> SIN TRATAMIENTOS PREVIOS	Sin alivio	Alivio moderado	Excelente alivio
Terapia Quiropráctica, # de sesiones _____ Rango de fechas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa de ejercicios en casa, # de sesiones _____ Rango de fechas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia Física, # de sesiones _____ Fecha _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimulador de columna vertebral: <input type="checkbox"/> Prueba <input type="checkbox"/> Implante permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía de columna: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Medicación</u> <input type="checkbox"/> SIN TRATAMIENTOS PREVIOS Antiinflamatorios, tipo _____ Fecha de finalización: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Inyecciones</u> <input type="checkbox"/> SIN TRATAMIENTOS PREVIOS Inyección conjunta, tipo _____ Fecha _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inyección conjunta, tipo _____ Fecha _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inyección epidural de esteroides, fecha de finalización: _____ Inyecciones en la articulación SI, fecha de finalización: _____ Ablación por radiofrecuencia, Fecha de finalización: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medicamentos Actuales

¿Está tomando un **ANTICOAGULANTE RECETADO**? Si es así, ¿cuál?

Nombre/teléfono del médico que le recetó su anticoagulante: _____

Enumere **TODOS** los medicamentos que esté tomando actualmente, incluidos los medicamentos de venta libre, el ibuprofeno, la aspirina y el aceite de pescado. Agregue una hoja adicional si es necesario.

Nombre del medicamento	Frecuencia	Dosis	Nombre del medicamento	Frecuencia	Dosis
1.			6.		
2.			7.		
3.			8.		
4.			9.		
5.			10.		

Alergias: Por favor, enumere todas las alergias que tiene:

Nombre del medicamento al que soy alérgico:	La reacción alérgica que tengo es:
1.	
2.	
3.	
4.	

¿Es alérgico a alguno de los siguientes?

Yodo ☐ No ☐ Sí **Cinta medica** ☐ No ☐ Sí **Látex** ☐ No ☐ Sí

¿Necesita medidas especiales de rescate para su alergia al látex? No ☐ Sí ☐

☐ **NO TENGO ALERGIAS CONOCIDAS**

Post Historial Médico/Lista de Problemas:

¿Está embarazada actualmente? ☐ No ☐ Sí ¿Eres posmenopáusica? ☐ No ☐ Sí

¿Planeas quedar embarazada? ☐ No ☐ Sí

¿Ha tenido dos o más caídas en el último año? ☐ No ☐ Sí

¿Ha recibido una vacuna contra la neumonía? ☐ No ☐ Sí Fecha: _____

¿Le han diagnosticado hipertensión? ☐ No ☐ Sí Fecha: ____

Marque todas las condiciones/enfermedades con las que ha sido **diagnosticado**:

- ☐ Asma ☐ Epilepsia ☐ VIH/SIDA ☐ Migrañas
☐ Cáncer, tipo _____ ☐ Fibromialgia ☐ Presión arterial alta ☐ Osteoartritis/Osteoporosis
☐ Diabetes, tipo _____ ☐ Enfermedad cardíaca ☐ Enfermedad renal ☐ Enfermedad vascular periférica
☐ Enfisema/EPOC ☐ Hepatitis, tipo ____ ☐ Lupus ☐ Herpes zóster
☐ Apnea del sueño ☐ Accidente cerebrovascular ☐ Otro: ____

☐ **NO TENGO ANTECEDENTES MÉDICOS SIGNIFICATIVOS**

Historia quirúrgica

¿Actualmente tiene un DCI, marcapasos o desfibrilador implantado? ☐ No ☐ Sí

Enumere las cirugías o procedimientos anteriores en la tabla a continuación. Adjunte una hoja adicional si es necesario.

Fecha	Cirugía/Procedimiento	Médico

☐ **NO TENGO ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS SIGNIFICATIVOS**

Historia familiar: Marque todos los diagnósticos apropiados en lo que respecta solo a los miembros de su familia BIOLÓGICA

- ☐ Ansiedad/Depresión ☐ Presión arterial alta
☐ Artritis ☐ Problemas renales
☐ Cáncer ☐ Problemas hepáticos
☐ Diabetes ☐ Artritis reumatoide
☐ Dolores de cabeza ☐ Convulsiones
☐ Enfermedad cardíaca / accidente cerebrovascular ☐ Abuso de sustancias

☐ **NO TENGO ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES SIGNIFICATIVOS**

☐ **SOY ADOPTADO (No hay historial médico disponible)**

Historial Social

Fumar: ☐ Actual todos los días ☐ Actual algunos días ☐ Ex fumador ☐ Nunca fumador

Alcohol: ☐ Alcoholismo actual ☐ Historia de alcoholismo ☐ Consumo social de alcohol ☐ Sin consumo de alcohol

Marihuana: ☐ Uso actual ☐ Uso anterior ☐ Titular de la tarjeta de marihuana medicinal ☐ Nunca se usó

Drogas ilegales: ☐ Uso actual, enumere cuáles _____
☐ Uso anterior, enumere cuáles _____
☐ Nunca usado

Narcóticos y medicamentos recetados:

He abusado de narcóticos y/o medicamentos recetados ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, por favor enumere cuáles _____

Revisión de sistemas: Marque todos los siguientes síntomas que **ACTUALMENTE** sufre

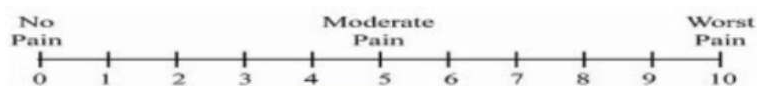
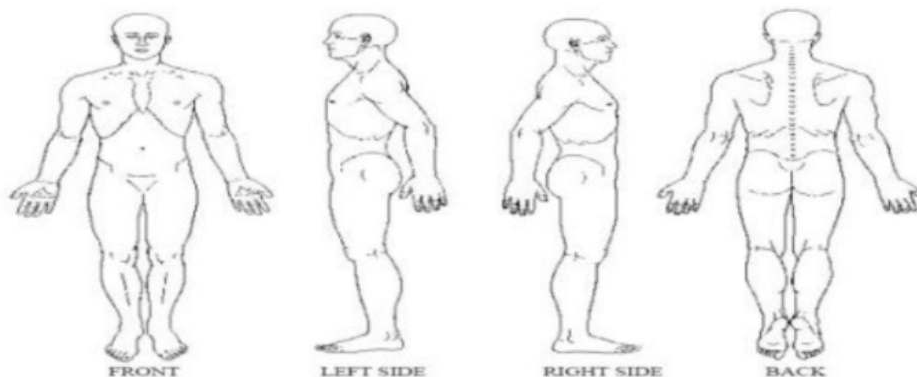
<p>Constitucional:</p> <p><input type="checkbox"/> Escalofríos</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad para dormir</p> <p><input type="checkbox"/> Fatiga</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre</p> <p><input type="checkbox"/> Sudor nocturno</p> <p>Cardiovascular/Respiratorio:</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor en el pecho</p> <p><input type="checkbox"/> Tos</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad para respirar</p> <p><input type="checkbox"/> Desmayos</p> <p><input type="checkbox"/> Presión arterial alta</p> <p><input type="checkbox"/> Hinchazón en los pies</p> <p>Gastrointestinal:</p> <p><input type="checkbox"/> Estreñimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Heces oscuras y alquitranadas</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrea</p> <p><input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos</p>	<p>Genitourinario/Nefrología:</p> <p><input type="checkbox"/> Sangre en la orina</p> <p><input type="checkbox"/> Micción involuntaria</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida del control intestinal</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor al orinar</p> <p><input type="checkbox"/> Presión pélvica</p> <p>Oído/Nariz/Garganta/Cuello:</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad para oír</p> <p><input type="checkbox"/> Dolores de oído</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre del heno/alergias</p> <p><input type="checkbox"/> Hemorragias nasales</p> <p><input type="checkbox"/> Dolores de garganta recurrentes</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas sinusales</p> <p>Ojos:</p> <p><input type="checkbox"/> Cambios visuales recientes</p>	<p>Neurológico:</p> <p><input type="checkbox"/> Mareos</p> <p><input type="checkbox"/> Dolores de cabeza</p> <p><input type="checkbox"/> Inestabilidad al caminar</p> <p><input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo</p> <p><input type="checkbox"/> Debilidad</p> <p>Psiquiátrico:</p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedad/Estrés</p> <p><input type="checkbox"/> Estado de ánimo deprimido</p> <p><input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas</p> <p><input type="checkbox"/> Planificación suicida</p> <p>Musculoesquelético:</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de espalda</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de cuello</p>
--	---	--

Inicio de los síntomas y motivo de la visita hoy:

¿Cuándo comenzó este dolor?

¿Qué causó su dolor o lesión actual?

¿El dolor o lesión se debió a un accidente automovilístico o lesión personal? ☐ No ☐ Sí



What is your current pain level **right now**?

What is your **worst** level of pain level?

Actividad:

¿Cuántos días a la semana haces ejercicio? ____ Tipos de ejercicio ____

¿Su dolor interfiere con alguno de los siguientes? ☐ Trabajo ☐ Escuela ☐ Tareas domésticas ☐ Vida diaria
☐ Actividades Recreativas

¿Dónde se encuentra su peor área de dolor?

¿El dolor se irradia? En caso afirmativo, ¿dónde?

Por favor enumere áreas adicionales de dolor _____

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

Desde que comenzó su dolor, su dolor: ☐ Aumentado ☐ Disminuido ☐ Se mantuvo igual

¿Cuándo es peor su dolor? ☐ Mañanas ☐ Durante el día ☐ Tardes ☐ Media noche

Marque todo lo que describe su dolor hoy:

- | | | | |
|------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Calor / ardor | <input type="checkbox"/> Espasmos | <input type="checkbox"/> Palpitaciones |
| <input type="checkbox"/> Frío | <input type="checkbox"/> Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Apretar | <input type="checkbox"/> Hormigueo/alfileres y agujas |
| <input type="checkbox"/> Calambres | <input type="checkbox"/> Golpes | <input type="checkbox"/> Apuñalamiento / Agudo | <input type="checkbox"/> Cansado / Agotador <input type="checkbox"/> Disparos |

Factores que afectan su dolor:

¿Tiene dolor significativo de espalda/glúteos/piernas con estar de pie durante mucho tiempo y/o caminar prolongadamente que se alivia al sentarse y/o acostarse? ☐ No ☐ Sí

Si es afirmativo a la pregunta anterior, ¿su dolor también se alivia inclinándose hacia adelante (usando un carrito de compras, apoyándose en el mostrador de la cocina, etc.)? ☐ No ☐ Sí

¿Qué hace que su dolor mejore?

¿Qué empeora su dolor?

Por favor, indique cualquier factor que afecte su dolor en la lista a continuación: _____

	Aumenta el dolor	Disminuye el dolor	Sin cambios
Doblarse hacia atrás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclinarse hacia adelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios en el clima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos/estornudos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantar objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mirando hacia adelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mirando hacia abajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mirando de lado a lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acostado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantarse de una posición sentada <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>