

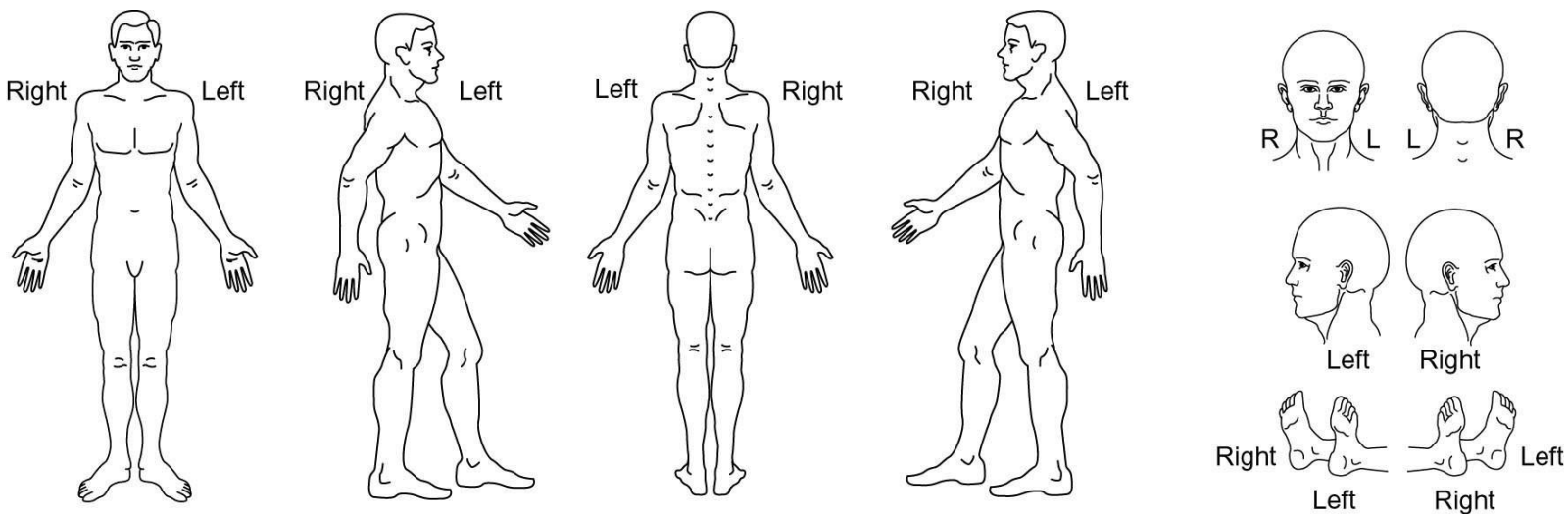
Estas preguntas estan designadas para ayudar a su doctor a entender la naturaleza de su dolor asi como los exámenes y tratamientos.

Nombre: _____ Fecha: _____

Doctor que lo recomendo: _____ Doctor Primario: _____

Porfavor describa el dolor por el cual usted esta buscando ayuda en una oracion. (Ej. Me duele la espalda).

Por favor sombree las areas donde tiene dolor en las siguientes figuras (sombree mas oscuro para el dolor mas fuerte y mas claro para el dolor mas suave)



Que palabras mejor describen su dolor? (Porfavor circule)

- Sharp (agudo) throbbing (palpitante) tender (suave) intermittent (intermitente) burning (quemante)
- Shooting (punzante) aching (dolorido) sore (inflamado) cramping (acalambrante) Deep (profundo)
- Nagging (incomodo) stabbing (penetrante) unbearable (inaguantable) constant (constant)
- Miserable (miserable) radiating (irradiando) Exhausting (Agotador)

Que empeora su dolor? (Por favor circule)

- Walking (caminar) standing (parado) sitting (sentado) bending (doblado) lying down (acostado) twisting (girando)
- Heat (calor) cold (frio) anxiety (ansiedad) bowel movements (movimientos intestinaes) sneezing (stornudando)
- coughing (tociento) reaching (alcanzando) lifting (levantando) climbing stairs (subiendo escaleras)

Otro (por favor describa): _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Que mejora tu dolor? (Por favor circule)

Heat (calor) cold (frio) rest (Descanso) certain positions (ciertas posiciones): _____

Pain medication (medicina para el dolor) Physical therapy (terapia fisica) other (otro): _____

Usted tiene alguno de los siguientes sintomas relacionados a su dolor? (Por favor circule)

Numbness (adormecimiento) weakness (debilidad) tingling (cosquilleo)

Problems with bowels related to pain (problemas intestinales relacionados con el dolor)

Pins and needles (incones y pinchazos)

Problems with bladder related to pain (problemas con la vejiga relacionado con el dolor)

Por favor marque en la siguiente escala sus dos niveles de dolor (cuando es mas bajo y tambien el mas alto).



Cual es su nivel de dolor en este momento? (de 0 a 10) _____

En que momento de el dia su dolor empeora? _____ Mejora?: _____

En algun momento usted esta libre de el dolor? No _____ Si _____

Hace cuanto tiempo tiene su dolor? _____

Hay algun evento en particular que haya causado o empeorado su dolor? SI _____ No _____

Por favor explique: _____

Es su dolor causado por un accidente de carro, trabajo, resbalon, o caida? SI _____ No _____

Que tipo de accidente fue y cuando ocurrio? _____

Esta usted envuelto o considerando una demanda legal? SI _____ No _____

Lista de las Medicinas

Nombre de mi farmacia: _____ Telefono: _____

Direccion: _____

Lista de mis medicinas y dosis (Dejenos saber si necesitas paginas extras):

Lista de las alergias

Lista de las Cirugias

- Usted fuma? No Si Si fuma, cuantos paquetes diarios? _____
- Altura: _____ Peso: _____

Examen de Orina

Fort Lauderdale Pain Medicine seleccionara pacientes a los cuales se les ha prescrito narcoticos para coleccionar una prueba de orina. Este procedimiento sera **AL AZAR**, tan seguido como el medico lo considere, y sin previo aviso. La prueba sera mandada a un laboratorio el cual se encargara de cobrarle al seguro del paciente y/o al paciente de ser necesario. Los pacientes tienen el derecho a rehusarse a tener el examen de orina en nuestra oficina, pero nuestra oficina no podra prescribir ningun narcotico.

En el caso que los resultados sean anormales, el medico determinara si es necesario un examen de confirmacion, o si el paciente ha violado el acuerdo firmado en el contrato de narcoticos, haciendo mal uso de la medicacion prescrita y/o usando cualquier otra medicina schedule II no prescrita por ninguno de los doctores en esta practica, o el uso de cualquier droga schedule I, el paciente sera expulsado de esta practica.

Nombre de el paciente: _____

Firma de el paciente: _____ Fecha: _____

Informacion de Nuevo Paciente

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ SS#: _____

Email: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telef. casa #: _____ Celular#: _____

Direccion Secundaria: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Me gustaria que le mandaran una copia de mis reportes medicos a los siguientes doctores:

Doctor que me recomendo: _____

Telefono: _____ Fax: _____

Doctor Primario: _____

Telefono: _____ Fax: _____

Yo autorizo a las siguientes personasa tener acceso a mi informacion medica (Por ejemplo: Llamar y hablar con la oficina sobre mi). Yo entiendo que si no indico un nombre, la oficina no proveera ningun tipo de informacion sobre mi. (Indicar nombre complete y numero de telefono).

*** Entiendo que la oficina usa otra empresa para recordarme de mis citas, ellos podrian dejar un mensaje de voz, mensaje de texto, o correo electronico en la informacion que provei. Si no estoy deacuerdo le dejare a la oficina saber para que ellos remuevan la informacion. (Elija una opcion)**

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

*** Entiendo que la oficina me ha dado la informacion para acceder al portal del paciente. Esto me da acceso a los reportes y a poder mandar mensajes con preguntas relacionadas a mi salud. Entiendo Tambien que esta interaccion podria ser cobrada a mi Seguro.**

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Informacion de el Seguro

Seguro Primario: _____

Numero de la poliza: _____

Nombre de el titular: _____ Relacion al titular: _____

Seguro secundario: _____

Numero de la poliza: _____

Poliza de Pago

Como cortesia a nuestros pacientes, nosotros le cobraremos a su compañia de seguros pero esto no libra al paciente de su responsabilidad. Como paciente, yo estoy de acuerdo que soy financieramente responsable por el pago de todos los montos que ocurrien como resultados de los servicios proveidos por Fort Lauderdale Pain Medicine. Nosotros trataremos de obtener la informacion correcta en terminos de sus beneficios. Nosotros queremos estar seguros que cada uno de nuestros pacientes tienen cobertura y que son participantes de su poliza. Desafortunadamente, debido a los constantes cambios y actualizaciones en polizas de seguro es imposible que siempre tengamos la informacion mas actualizada. El paciente acepta que cualquier monto que no ha sido pagado por mi seguro es su responsabilidad y se compromete a pagarlo prontamente. Tambien se compromete a que los pagos que reciban directamente desde su seguro, seran enviados a la oficina. Cualquier monto legal como resultado de los esfuerzos por collectar un balance no pagado, sera responsabilidad de el paciente.

Firmando esto, estoy de acuerdo a los terminos previamente mencionados y admito que he leido esta poliza.

Nombre de el paciente: _____

Firma de el paciente: _____ **Fecha:** _____

Monto por Cancelacion de Citas

Lenchig Spine & Pain Institute cobrara un monto a los pacientes que no cancelen sus citas por lo menos con 24 horas de anterioridad.

Por una visita: \$50

Por un procedimiento: 75% del costo del procedure

***** Los pagos seran adeudados antes de poder hacer su proxima cita.**

Porfavor ayudenos a servir a nuestros pacientes de una manera mas eficiente llamando a nuestra oficina si usted tiene un problema despues que su cita ha sido agendada. Tambien nos puede mandar un correo electronico info@lenchig.com en el caso de que usted no pueda mantener su cita.

Nombre de el Paciente: _____

Firma de el Paciente: _____ **Fecha:** _____

Autorizacion para Usar Tarjeta de Credito

Esta forma autoriza a Fort Lauderdale Pain Medicine, Inc. a guardar la informacion de mi tarjeta de credito para cobrar cualquier balance pendiente en mi cuenta.

Informacion de mi tarjeta:

Tipo de tarjeta (Circle): Visa / MasterCard / Discover / AmEx

Nombre en la tarjeta: _____

Numero de Tarjeta: _____

Fecha de expiracion: _____ CVV Code (Codigo de Seguridad): _____

Codigo Postal: _____

Firma de titular de la tarjeta: _____

****Porfavor proveer una copia de identificacion con foto del titular de la tarjeta.*

Yo autorizo a Fort Lauderdale Pain Medicine; Inc. a cargar a la tarjeta indicada el pago de cualquier balance pendiente en mi cuenta. Esta informacion de tarjeta va a ser efectiva hasta su expiracion. El paciente que quiera remover esta informacion de su cuenta lo tendra que hacer por escrito. Una nueva forma tendra que ser llenada si la informacion necesita ser actualizada. El paciente esta de acuerdo en hacerse responsable por cualquier costs o cargos que puedan surgir como por ejemplo si la tarjeta es declinada. Porfavor consulte nuestra Poliza de Pago en los Papeles de Paciente Nuevo para mas informacion.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Firma del titular de la tarjeta: _____

Date: _____

Acknowledgment of Receipt of Fort Lauderdale Pain Medicine Inc. Notice of Privacy Practices

By signing this document, I acknowledge that I have received a copy of Fort Lauderdale Pain Medicine, Inc.'s Notice of Privacy Practices.

Patient Name: _____
Print Name

Patient Signature: _____ **Date:** _____

Or

Patient Representative: _____ **Date:** _____

Relationship to Patient: _____

For Office Use Only

Date acknowledgement received: _____

Or

Reason acknowledgment was not obtained:

Practice Representative: _____

Signature: _____ **Date:** _____