



COMPREHENSIVE
Pain Solutions
— of Texas —

www.PainSolutionsTX.com
1300 Medical Ave., Ste. 102
Plano, TX 75075
Office: (972) 598-9900
Fax: (972) 599-0742

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconozco que he recibido de mi proveedor médico una copia de un documento separado, titulado "Aviso de prácticas de privacidad" que establece las prácticas de privacidad de este proveedor y mis derechos con respecto a la privacidad de mi información de salud protegida.

FIRMA DEL PACIENTE

O representante personal

FECHA



AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Esta autorización se puede usar para permitir que una entidad cubierta (como dicho término se define en HIPAA y la ley aplicable de Texas) use o divulgue la información de salud protegida de una persona. Las personas que completan este formulario deben leer el formulario en su totalidad antes de firmar y completar todas las secciones que se aplican a sus decisiones relacionadas con el uso o divulgación de su información de salud protegida.

Información sobre el paciente para quien se realiza la autorización:

Nombre Completo _____
Otros nombres usados: _____ Fecha de nacimiento: _____
DIRECCIÓN: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: (____) _____ Correo electrónico: _____

Información sobre el proveedor de atención médica o la entidad de atención médica autorizada para divulgar esta información:

Nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

Information regarding person or entity who can receive and use this information:

Nombre: Comprehensive Pain Solutions of Texas
Dirección: 1300 Medical Ave. Ste. 102 Ciudad: Plano Estado: TX Código Postal: 75075
Teléfono: (972) 598-9900 Fax: (972) 599-0742

Información específica a revelar:

- Expediente médico desde (insertar fecha) _____ hasta (insertar fecha) _____
- Expediente médico completo, incluidos los historiales de los pacientes, las notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), los resultados de las pruebas, los estudios de radiología, las películas, las remisiones, las consultas, los registros de facturación, los registros del seguro y los registros recibidos de otros proveedores de atención médica.
- Otros _____



La persona que firma este formulario acepta y reconoce lo siguiente:

(i) **Autorización voluntaria:** Esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios (según corresponda) no estarán condicionados a que yo firme este formulario de autorización.

(ii) **Período de vigencia:** esta autorización estará vigente hasta dos (2) años después de la muerte del paciente para quien se hace esta autorización o la siguiente fecha especificada: Mes: _____ Día: _____ Año: _____, lo que ocurra primero.

(iii) **Derecho a revocar:** entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al proveedor de atención médica o a la entidad de atención médica mencionada anteriormente. Entiendo que puedo revocar esta autorización excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en base a esta autorización.

(iv) **Información especial:** Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **ABUSO DE DROGAS, ALCOHOL y SUSTANCIAS, INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL**, excepto notas de psicoterapia, **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH/SIDA e INFORMACIÓN GENÉTICA** solo si pongo mis iniciales en las líneas correspondientes arriba. En caso de que la información de salud descrita anteriormente incluya cualquiera de estos tipos de información, y pongo mis iniciales en las líneas correspondientes en el cuadro anterior, autorizo específicamente la divulgación de dicha información a la persona o entidad indicada en este documento.

(v) **Autorización de firma:** He leído este formulario y acepto los usos y la divulgación de la información como se describe. Entiendo que negarme a firmar este formulario no detiene la divulgación de información de salud que haya ocurrido antes de la revocación o que esté permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a que el destinatario la vuelva a divulgar y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

FIRMAS:

Paciente/Representante Legal: _____ Fecha: _____

Si es representante legal, relación con el paciente: _____

Testigo (opcional): _____ Fecha: _____

Se requiere la firma de una persona menor de edad para la divulgación de ciertos tipos de información, incluida, por ejemplo, la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de atención reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y tratamiento de salud mental, abuso de drogas, alcohol o sustancias.

Firma del menor (si corresponde): _____ Fecha: _____



POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir Comprehensive Pain Solutions como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso.

Lea y firme nuestra política financiera antes del tratamiento. Tome nota de las siguientes políticas de la oficina y háganos saber si tiene alguna pregunta.

En la visita inicial y en todas las visitas, el paciente es responsable de todos los montos de copago/coseguro asignados por la compañía de seguros, más cualquier monto deducible aplicable. Si nuestra oficina no puede verificar los beneficios del seguro, el pago debe realizarse en su totalidad al registrarse para su cita. Tenga en cuenta que algunos, y quizás todos, los servicios proporcionados pueden ser servicios no cubiertos por su plan y pueden convertirse en su responsabilidad, independientemente del tipo de cobertura que tenga. Es posible que lo deriven a un proveedor, especialista y/o un centro que esté fuera de la red de su plan. Comprehensive Pain Solutions hace todo lo posible para verificar los beneficios, el paciente es responsable de determinar y verificar el estado de la red con el proveedor de servicios.

Si su compañía de seguros le envía el pago directamente a usted, el pago completo debe realizarse en cada visita. Si está esperando que la cobertura entre en vigencia o no tiene cobertura de seguro médico, se esperará el pago total el día de la visita. Para su comodidad, aceptamos pagos en efectivo, cheques y tarjeta de crédito.

Si su cobertura de seguro cambia, notifíquese lo antes posible para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus máximos beneficios.

Requerimos que un adulto (padre o tutor legal) acompañe a un paciente menor de edad a menos que se dé una autorización previa por escrito a nuestra oficina. El adulto que acompaña al paciente menor debe pagar de acuerdo con nuestras políticas.

En caso de que se produzca un sobrepago sobre el deducible o los porcentajes cobrados, aplicaremos un crédito a su cuenta. Un reembolso está disponible bajo petición. Si disputa un cargo a través de su institución financiera sin una solicitud formal por escrito de reembolso, es posible que aún deba el saldo adeudado y puede resultar en, entre otros, cargos adicionales, cobro, acción legal y/o liberación del práctica.

Hay un cargo por servicio de \$30.00 en todos los cheques devueltos además del monto del cheque. Los fondos insuficientes (NSF) deben canjearse con fondos certificados (cheque de caja, tarjeta de crédito, giro postal, cheque certificado, efectivo) en la próxima visita al consultorio o antes. Tenga en cuenta que si se envía un saldo impago a una agencia de cobranza externa, estará sujeto a una tarifa además del saldo impago.



Política de No Show y Reprogramación

Gracias por confiar su atención a Comprehensive Pain Solutions of Texas. Cuando programa una cita, reservamos suficiente tiempo para brindarle atención de la más alta calidad. Si necesita cancelar o reprogramar una cita, comuníquese con nuestra oficina lo antes posible y a más tardar 24 horas antes de su cita programada. Esto nos da tiempo para programar a otros pacientes que pueden estar esperando una cita.

Consulte nuestra política de cancelación de citas/ausencia a continuación:

- Cualquier paciente establecido que no se presente a tiempo para una cita de seguimiento, o cancele/reprograme una cita dentro de las 24 horas de la hora programada, se considerará "No presentado" y se le cobrará una tarifa de \$25.00.
- Cualquier paciente establecido que no se presente a tiempo para una visita de procedimiento, o cancele/reprograme una cita dentro de las 24 horas de la hora programada, se considerará "No presentado" y se le cobrará una tarifa de \$100.00.
- Cualquier paciente establecido con tres "ausencias" no será programado para futuras citas.
- Todos los cargos asociados con las "ausencias" se cobran al paciente, no a la compañía de seguros, y deben pagarse en el momento de la reprogramación.
- Cualquier paciente nuevo que no se presente a su visita inicial será reprogramado una vez. Si el paciente no se presenta a la segunda visita, el paciente no será reprogramado.

Entendemos que puede haber momentos en que ocurra una emergencia imprevista y es posible que no pueda asistir a su cita programada. Se pueden hacer excepciones a esta política en el caso de enfermedad documentada, hospitalización imprevista, muerte en la familia u otras circunstancias atenuantes.

Nombre en letra de imprenta _____

Firma _____

Fecha _____



Cesión de Beneficios

Por la presente, autorizo a Comprehensive Pain Solutions a presentar reclamos ante mi compañía de seguros y recibir el pago de mi atención médica y/o procedimientos. **También entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por mi seguro por los servicios prestados en mi nombre o mis beneficios.** Además, autorizo el pago directamente a Soluciones integrales para el dolor de todos los beneficios del seguro relacionados con mi atención. Comprehensive Pain Solutions tiene mi permiso para divulgar cualquier información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros. **Entiendo que soy responsable de cualquier copago o coseguro adeudado en el momento de todas y cada una de las visitas al consultorio y/o procedimientos.**

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del tutor _____ Fecha _____

(si es aplicable)



Encuesta de dolor para pacientes nuevos

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

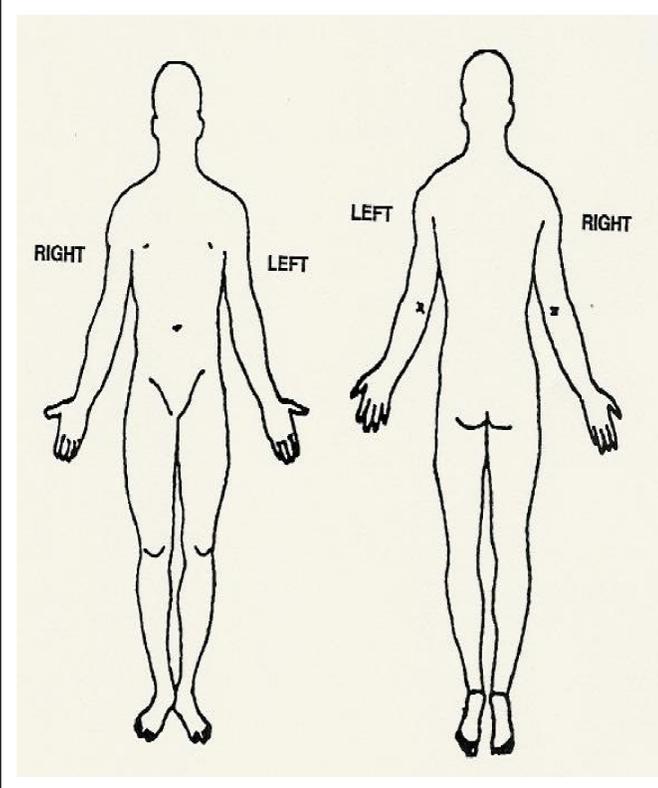
Altura peso: _____

¿Cuál es el motivo de su visita hoy (encierre en un círculo):

Dolor lumbar Dolor de cuello Dolor de brazo Dolor de hombro Dolor de rodilla Dolor de cabeza

Otro: _____

Encierre en un círculo las áreas donde tiene dolor:

| | |
|---|--|
|  | <p>¿Tu dolor irradia? Dónde: _____</p> <p>¿Cómo describirías tu dolor? (encierre en un círculo todo lo corresponda)</p> <p>Agudo Sordo Perforación Ardor Dolor Molesto Disparos Dolor Róido Punzante Calambres Agonizante Palpitante Choques eléctricos Miserable</p> <p>¿Con qué frecuencia está presente su dolor? Breve/momentáneo Continuo/constante Periódico/intermitente</p> <p>¿Cuándo comenzó su dolor por primera vez? _____</p> <p>¿Cuánto tiempo ha estado empeorando su dolor? _____</p> <p>¿Cómo empezó tu dolor? No se puede identificar Gradualmente Levantamiento/giro Deportes Lesiones en casa Lesiones en el trabajo Después de la cirugía Otro: _____</p> |
|---|--|

¿Qué hace que su dolor mejore? (Encierre en un círculo todo lo que corresponda)

Nada Descanso Caminar Sentado De pie Acostado Inclinarsse hacia adelante Inclinarsse hacia atrás Calor/Hielo
Estiramiento

Otro: _____



¿Qué empeora su dolor? (Encierre en un círculo todo lo que corresponda)

Nada Descanso Caminar Sentado De pie Acostado Inclinar hacia adelante Inclinar hacia atrás Calor/Frio
Estiramiento

Otro: _____

¿Cuál es su calificación de dolor (0 = sin dolor, 10 = peor posible):

¿Lo peor? _____ ¿A lo mejor? _____ ¿De media? _____

¿Está experimentando algún síntoma asociado? (Encierre en un círculo todo lo que corresponda)

Debilidad Entumecimiento Hormigueo Depresión/ansiedad Parálisis flácida Incontinencia vesical/intestinal

Otro: _____

¿Qué actividades se ven afectadas por su dolor? (Encierre en un círculo todo lo que corresponda)

Caminar Vestirse Bañarse Comer Ir al baño Dormir Tareas del hogar Trabajar Socializar

Otro: _____

¿Qué medicamentos toma actualmente para el dolor?

¿Qué tratamientos ha utilizado anteriormente para su dolor y cuándo? (Encierre en un círculo y enumere las fechas aproximadas)

Terapia física: _____ Ejercicios en casa: _____ Quiropráctica : _____

Psicología del dolor: _____ Acupuntura: _____ biorretroalimentación : _____

¿Ha consultado anteriormente a un médico especialista en manejo del dolor por este problema?

Nombre del médico / práctica: _____ Fechas de vistas: _____

Nombre del médico / práctica: _____ Fechas de vistas : _____

¿Ha visto a un cirujano anterior por este problema?

Nombre del médico / práctica: _____ Fecha: _____

Nombre del médico / práctica: _____ Fecha: _____



Enumere todas las cirugías que ha tenido relacionadas con este dolor.

Cirugía: _____ Fecha: _____ Cirugía: _____ Fecha: _____

Cirugía: _____ Fecha: _____ Cirugía: _____ Fecha: _____

Eres diabético? Si No **¿Cuál fue su última Hgb A1C?** _____ **¿Cuál fue tu glucosa hoy?** _____

¿Actualmente está tomando antibióticos o tiene dolor dental, fiebre, escalofríos u otros síntomas de enfermedad? Si No

Enumere todos los medicamentos anticoagulantes que toma actualmente: _____

¿Es alérgico al medio de contraste a base de yodo? Si No

Enumere cualquier otra alergia que tenga _____

Encierre en un círculo cualquier otra afección médica que tenga:

| | | | | |
|----------------------|----------------------|-----------------------|---------------------|-------|
| SIDA/VIH | Cancer | Infarto de miocardio | Osteoporosis | Otro: |
| Reflujo ácido (ERGE) | Enfermedad coronaria | Cardiopatía | Ataque | |
| Anemia | Depresión | Hepatitis | Abuso de sustancias | |
| Ansiedad | Diabetes | Hernia | Problemas tiroideos | |
| Artritis | fibromialgia | Colesterol alto | Tuberculosis | |
| Asma | Gota | Hipertensión | Tuberculosis | |
| Lesión de espalda | Trauma de la cabeza | Nefropatía | Úlceras (gástricas) | |
| Desorden sangrante | dolores de cabeza | Enfermedad del hígado | | |

¿Está experimentando alguno de los siguientes síntomas? (Encierre en un círculo todo lo que corresponda)

| | | | |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Fiebre | Sangrado de las encías | Hinchazón de tobillos | Entumecimiento |
| Sudores nocturnos | Ronquidos | Tos | Convulsiones |
| Aumento de peso | Boca seca | Sibilancias | Mareo |
| Pérdida de peso | Problemas de dientes | Tosiendo sangre | Dolores de cabeza |
| intolerancia al ejercicio | Zumbido en los oídos | Dolor abdominal | Temblor |
| Dificultad para oír | Sinusitis | Náuseas/ vómitos | Depresión |
| Dolor de oído | Dolor en el pecho | Diarrea | Pensamientos suicidas |
| hemorragias nasales | Dolor en el brazo por | Dolores musculares | Ansiedad |
| frecuentes | esfuerzo | Debilidad muscular | Pérdida de memoria |
| problemas de sinusitis | Dificultad para respirar | Debilidad | Fatiga |
| Dolor de garganta | palpitaciones | | |



Indique su farmacia preferida:

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Fax: _____

Enumere los médicos que actualmente participan en su atención y están relacionados con el motivo de su visita de hoy:

Nombre: _____

Especialidad (encierre en un círculo): PCP Cirujano de columna El manejo del dolor Neurólogo
Reumatólogo

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Nombre: _____

Especialidad (encierre en un círculo): PCP Cirujano de columna El manejo del dolor Neurólogo
Reumatólogo

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Nombre: _____

Especialidad (encierre en un círculo): PCP Cirujano de columna El manejo del dolor Neurólogo
Reumatólogo

Dirreccion: _____

Teléfono: _____

Fax: _____



Screening y evaluación de opioides para pacientes con dolor

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____

Las siguientes son algunas preguntas que se les hacen a todos los pacientes en el Centro de Manejo del Dolor que están tomando o que están siendo considerados para recibir opioides para su dolor. Por favor, conteste cada pregunta con la mayor sinceridad posible. Esta información es para nuestros registros y permanecerá confidencial. Sus respuestas por sí solas no determinarán su tratamiento. Gracias.

Por favor conteste las siguientes preguntas utilizando la siguiente escala:

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

1. ¿Con qué frecuencia tiene cambios de humor? 0 1 2 3 4
2. ¿Con qué frecuencia fuma un cigarrillo dentro de una hora después de ¿despertar? 0 1 2 3 4
3. ¿Con qué frecuencia alguno de los miembros de su familia, incluidos los padres y abuelos, tuvieron un problema con el alcohol o las drogas? 0 1 2 3 4
4. ¿Con qué frecuencia alguno de sus amigos cercanos ha tenido problemas con alcohol o drogas? 0 1 2 3 4
5. ¿Con qué frecuencia otras personas han sugerido que usted tiene un problema con la droga o alcohol? 0 1 2 3 4
6. ¿Con qué frecuencia ha asistido a una reunión de AA o NA? 0 1 2 3 4
7. ¿Con qué frecuencia ha tomado medicamentos diferentes a los que fue recetado? 0 1 2 3 4
8. ¿Con qué frecuencia ha sido tratado por un problema de alcohol o drogas? 0 1 2 3 4
9. ¿Con qué frecuencia se han perdido o robado sus medicamentos? 0 1 2 3 4

