

Información del Paciente

Teléfono: 303-750-8100/Fax: 303-369-1891

Información de Referencia

Médico referente: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
 Médico general/de atención primaria: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
 Otro(s) proveedor(es) al que usted quisiera que nuestra oficina le notifique de la visita de hoy:
 Nombre: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
 Nombre: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Información del Paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de cita: _____
 Número de licencia de conducir y estado: _____ N.º de SS (últimos 4 #s): _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F
 Dirección postal: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____
 Dirección de envío si es diferente a la dirección postal: Sí No
 Proveer la dirección de envío: _____
 Dirección de envío: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____
 Número de teléfono preferido: _____ Casa Celular Trabajo
 Número de teléfono secundario: _____ Casa Celular Trabajo
 Otro número de teléfono: _____ Casa Celular Trabajo
 Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación: _____
 Número de contacto de emergencia: _____ Casa Celular Trabajo
 Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano Afroamericano Otra/indeterminada
 Idioma preferido: Inglés Español Otro: _____

Plan del Seguro PRIMARIO

Nombre del seguro primario: _____ Teléfono: _____
 Número de la póliza/ID: _____ Número del grupo: _____
 Nombre del asegurado: _____ Asegurado fecha de nacimiento: _____
 Relación al asegurado: _____

Plan del Seguro SEGUNDARIO

Nombre del seguro secundario: _____ Teléfono: _____
 Número de la póliza/ID: _____ Número del grupo: _____
 Nombre del suscriptor: _____ Suscriptor fecha de nacimiento: _____
 Relación al suscriptor: _____

Compensación de Trabajadores/Reclamo por Lesiones Personales (Llenar solo si aplica a usted)

¿Es una visita relacionada con un reclamo de compensación de trabajadores? Sí No
 Compañía de seguros/compensación: _____ Fecha de lesión: _____
 ID de reclamo: _____ Nombre del ajustador: _____
 Teléfono del ajustador: _____ Fax del ajustador: _____
 Dirección de sumisión del reclamo: _____
 ¿Es una visita relacionada con un accidente de auto **y archivada bajo un reclamo de lesión**? Sí No
 Nombre de abogado: _____ Teléfono: _____
 Nombre de la práctica del abogado: _____

Farmacia Preferida

Nombre de farmacia: _____ Número de teléfono: _____
 Dirección postal: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Dominio de la mano

Diestro/a Zurdo/a Ambidextro/a (capaz de usar ambas manos igualmente)

Por favor indique cuál es su PEOR REGIÓN DE DOLOR o QUEJO (Marcar solo uno)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Ingle | <input type="checkbox"/> Anal/Rectal | <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo |
| <input type="checkbox"/> Facial | <input type="checkbox"/> Cuello | <input type="checkbox"/> Vaginal/Escrotal (¿cuál?) | <input type="checkbox"/> Hombro derecho |
| <input type="checkbox"/> Pared de pecho | <input type="checkbox"/> Mitad de la espalda | <input type="checkbox"/> Brazo izquierdo | <input type="checkbox"/> Cadera izquierda |
| <input type="checkbox"/> Seno | <input type="checkbox"/> Espalda baja | <input type="checkbox"/> Brazo derecho | <input type="checkbox"/> Cadera derecha |
| <input type="checkbox"/> Abdominal | <input type="checkbox"/> Glúteos | <input type="checkbox"/> Pierna izquierdo | <input type="checkbox"/> Rodilla izquierda |
| <input type="checkbox"/> Pélvico | <input type="checkbox"/> Cóccix | <input type="checkbox"/> Pierna derecha | <input type="checkbox"/> Rodilla derecha |

¿Otra región de dolor? _____

Por favor indique todas las áreas adicionales de dolor (Marcar todos que apliquen)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Ingle | <input type="checkbox"/> Anal/Rectal | <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo |
| <input type="checkbox"/> Facial | <input type="checkbox"/> Cuello | <input type="checkbox"/> Vaginal/Escrotal (¿cuál?) | <input type="checkbox"/> Hombro derecho |
| <input type="checkbox"/> Pared de pecho | <input type="checkbox"/> Mitad de la espalda | <input type="checkbox"/> Brazo izquierdo | <input type="checkbox"/> Cadera izquierda |
| <input type="checkbox"/> Seno | <input type="checkbox"/> Espalda baja | <input type="checkbox"/> Brazo derecho | <input type="checkbox"/> Cadera derecha |
| <input type="checkbox"/> Abdominal | <input type="checkbox"/> Glúteos | <input type="checkbox"/> Pierna izquierdo | <input type="checkbox"/> Rodilla izquierda |
| <input type="checkbox"/> Pélvico | <input type="checkbox"/> Cóccix | <input type="checkbox"/> Pierna derecha | <input type="checkbox"/> Rodilla derecha |

¿Tiene otra región de dolor? _____

Historia de condiciones comunes de dolor o enfermedades (Marcar todos que apliquen)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Neuropatía | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda crónico | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal crónico |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello crónico | <input type="checkbox"/> Fractura-compresión vertebral |
| <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Infarto cerebral | <input type="checkbox"/> Síndrome de Dolor Regional | <input type="checkbox"/> Dolor por cáncer |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Complejo | <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune |
| <input type="checkbox"/> Ciática crónica | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Anemia de células | <input type="checkbox"/> Neuralgia posherpética |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad riñón | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> falciformes | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Cistitis intersticial | |

COMIENZO y FRECUENCIA de dolor

¿Cómo empezó el episodio de dolor actual? Gradualmente Abruptamente

¿Cuándo empezó el dolor por primera vez? Fecha _____ o aproximadamente hace _____ Meses Años

¿Qué causó su dolor? Cirugía Caída Accidente laboral Accidente vehicular Lesión deportiva

Envejecimiento normal Desconocido Otro: _____

¿Desde que empezó el dolor, cómo ha cambiado? Disminuido Aumentado Sin cambio/Sigue igual

La frecuencia de mi dolor actualmente es: Constante y nunca cambia Variante, pero siempre presente

Variante, pero usualmente presente Variante, pero casi nunca presente

SEVERIDAD del dolor, LOCALIZACIÓN, DESCRIPCIÓN & OTROS FACTORES que afectan su dolor

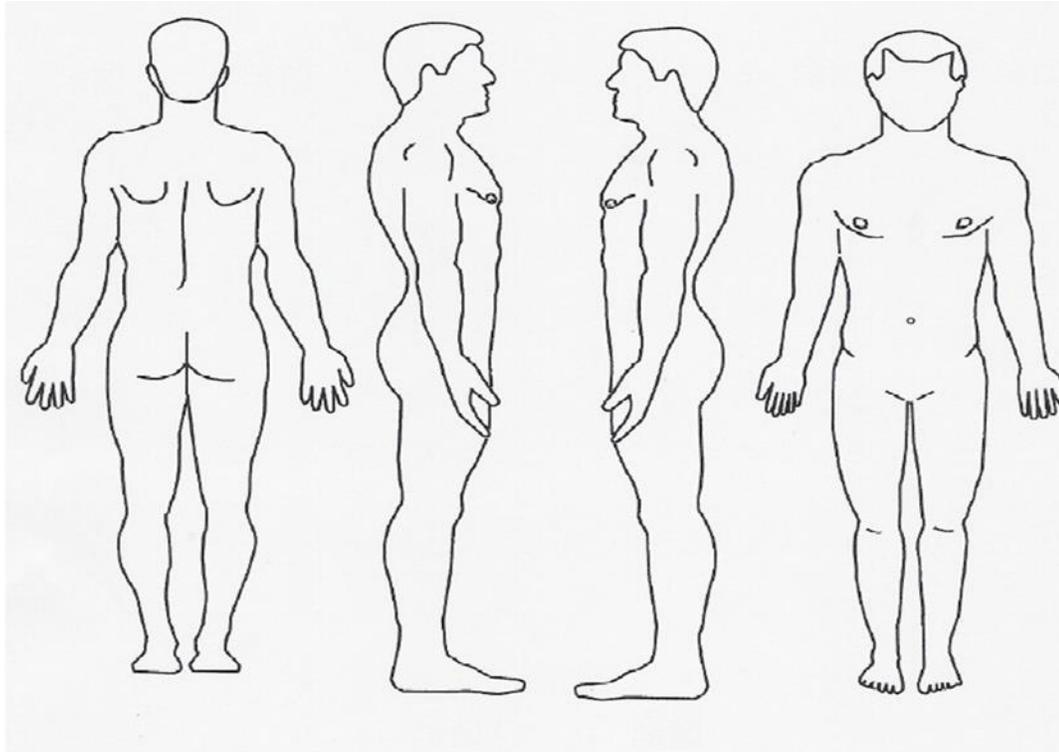
¿Qué tan severo es su dolor ahorita? _____ (de 0 a 10)

¿Qué tan severo es su peor dolor cuando se agrava? _____ (de 0 a 10)

¿Cuál es un objetivo aceptable para que pueda realizar sus actividades diarias? ____ (severidad aceptable, 0-10)

¿Cuáles actividades ya no puede hacer debido a su dolor, pero le gustaría poder volver a hacer? _____

Por favor describa su dolor. Usa las imágenes para marcar las áreas en su cuerpo donde siente las sensaciones descritas.



1. Dibujar flechas donde irradia el dolor.

2. Usa las siguientes letras para describir su dolor:

- Adolorido = A
- Ardiente = B
- Calambres = C
- Sordo = D
- Entumecido = N
- Hormigueo = P
- Agudo = S
- Palpitante = T
- Espasmos musculares = M

| Por favor indicar si lo siguiente AUMENTA o DISMINUYE su dolor: | | |
|---|---------|-----------|
| | Aumenta | Disminuye |
| Calor | | |
| Frio | | |
| Cambios del clima | | |
| Estar sentado | | |
| Estar parado/de pie | | |
| Caminar | | |
| Hacer ejercicio | | |
| Inclinarse (detrás) | | |
| Inclinarse (delante) | | |
| Girar en la cintura | | |
| Mirar hacia arriba | | |
| Mirar hacia abajo | | |
| Girar el cuello | | |
| Acostarse boca arriba | | |
| Acostar en un lado (i/d) | | |
| Masaje | | |
| Terapia física | | |
| Evacuación intestinal | | |
| Estornudar/Toser | | |
| Estrés | | |
| Medicamento | | |
| Otro: | | |

¿En los últimos 3 meses, has tenido alguno de estos_

- Problemas de balance Dificultad para caminar
- Incontinencia de vejiga Incontinencia intestinal
- Debilidad; ¿Dónde? _____
- Entumecimiento; ¿Dónde? _____
- Problemas de motricidad fina (abotonarse la camisa, usar un lápiz, etc.)
- Caídas; Fecha _____
- Uso de dispositivos de asistencia: Bastón Caminante
- Otro: _____

¿Tiene algún otro síntoma asociado con su dolor?

- Sudor
- Cambios de color de piel Cambios de pelo/uñas
- Cambios de temperatura
- Hinchazón
- Cambios de intestino o vejiga Mareos
- Dolor de cabeza Vista borrosa

¿Tiene otros síntomas preocupantes no asociados con su dolor? Sí No Si contestó sí, por favor explicar. _____

¿Cuánto afecta sus habilidades funcionales? (0 = sin efecto, 10 = efecto significativo)

- Actividades de la vida diaria (higiene y quehaceres de casa): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Habilidad para funcionar e interaccionar con familia y amigos: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Trabajo en su ocupación usual: (marcar si no trabaja) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Capacidad para dormir bien: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Proveedores Anteriores del Cuidado/Manejo de Dolor

¿Alguna vez ha estado bajo el cuidado de un especialista del manejo de dolor? Sí No

Si la respuesta ha sido 'Sí', nombrar hasta a los dos médicos más recientes que ha visto:

| Nombre | Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal |
|---|---------------------------------------|
| 1. | |
| ¿Por qué ya no está usted bajo el cuidado de este médico? | |
| 2. | |
| ¿Por qué ya no está usted bajo el cuidado de este médico? | |

Medicaciones actuales para su DOLOR

Por favor escribir TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO PARA EL DOLOR. Incluir todos los medicamentos prescritos y de venta libre.

| Nombre del medicamento | Dosis (mg) | Frecuencia | Médico/Prescriptor | Efecto | | | |
|------------------------|------------|------------|--------------------|------------|-------------|-----------------|------------------|
| | | | | Sin alivio | Alivio leve | Alivio moderado | Alivio excelente |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Si está tomando medicamentos para el dolor actualmente, ¿el médico/prescriptor continuará prescribir estos medicamentos? Sí No

No estoy tomando ningún medicamento para el dolor.

EFFECTIVIDAD y EFECTOS SEGUNDARIOS de sus medicamentos para el dolor

En totalidad, ¿sus medicamentos proveen ALIVIO DEL DOLOR? Sí No N/A

¿Sí? ¿Cuánto? 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

En totalidad, ¿sus medicamentos mejoran su FUNCIÓN? Sí No N/A

¿Sí? ¿Cuánto? 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

En totalidad, ¿sus medicamentos mejoran su CALIDAD de VIDA? Sí No N/A

¿Sí? ¿Cuánto? 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Por favor indicar cualquier efecto secundario causado por sus medicamentos para el dolor (Marcar TODOS que apliquen)

- Náusea Sarpullido Confusión Reflujo ácido Perdido de memoria
 Vómitos Picazón Mareos Estreñimiento Otro: _____
 Diarrea Sedación Dolor de estómago Retención urinaria Ningún efecto secundario

Historia de DOLOR Y MEDICAMENTOS PRBADOS

Por favor marcar todos los medicamentos que ha probado en el pasado PARA DOLOR o PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL DOLOR (problemas de dormir, etc.) y su EFECTIVIDAD. (Marcar SOLO los que apliquen.)

| OPIOIDES <input type="checkbox"/> Nunca he tomado opioides | | | | | | | | | | | |
|---|------------|---------------|---------------------|---|------------|---------------|---------------------|---|------------|---------------|---------------------|
| Si le han prescrito opioides alguna vez, ¿a qué edad primero empezó a tomarlos? _____ | | | | | | | | | | | |
| Medicamento | Beneficial | Sin beneficio | Efectos secundarios | Medicamento | Beneficial | Sin beneficio | Efectos secundarios | Medicamento | Beneficial | Sin beneficio | Efectos secundarios |
| Fentanilo (Duragesic patch, Actiq, Fentora, Subsys) | | | | Propoxifeno (Darvocet, Darvon) | | | | Tramadol (Ultram, Ultram ER, Tramadol ER, Ryzolt) | | | |
| Morfina (Avinza, Embeda, MS Contin, Kadian, Morphabond, MSER) | | | | Oxymorfona (Opana, Opana ER) | | | | Codeína (Tylenol #3, #4) | | | |
| Metadona (Dolophine) | | | | Hydromorfona (Dilaudid, Exalgo) | | | | Meperidina (Demerol) | | | |
| Oxycodona (Roxicodone, Percocet, Endocet, OxyContin) | | | | Hydrocodona (Vicodin, Norco, Lortab, Hysingla, Zohydro) | | | | Otro: | | | |
| Buprenorfina (Butrans, Belbuca, Buprenex, Suboxone, Subutex) | | | | Tapentadol (Nucynta, Nucynta ER) | | | | | | | |

| ANTIINFLAMMATORIOS <input type="checkbox"/> Nunca he tomado anti-inflamatorios | | | | | | | | | | | |
|--|------------|---------------|---------------------|--|------------|---------------|---------------------|------------------------|------------|---------------|---------------------|
| Medicamento | Beneficial | Sin beneficio | Efectos secundarios | Medicamento | Beneficial | Sin beneficio | Efectos secundarios | Medicamento | Beneficial | Sin beneficio | Efectos secundarios |
| Etodolaco (Lodine) | | | | Oxaprozín (Daypro) | | | | Piroxicam (Feldene) | | | |
| Ibuprofeno (Advil, Motrin) | | | | Meloxicam (Mobic) | | | | Indometacina (Indocin) | | | |
| Naproxeno (Aleve, Naprosyn) | | | | Diclofenaco (Arthrotec, Voltaren, Zipsor, Flector patch) | | | | Ketorolaco (Toradol) | | | |
| Celecoxib (Celebrex) | | | | Nabumetone (Relafen) | | | | Otro: | | | |

| ASPIRINA y ACETAMINOFENO <input type="checkbox"/> Nunca he tomado aspirina o acetaminofeno | | | | | | | | | | | |
|--|------------|---------------|---------------------|-------------------------|------------|---------------|---------------------|-------------|------------|---------------|---------------------|
| Medicamento | Beneficial | Sin beneficio | Efectos secundarios | Medicamento | Beneficial | Sin beneficio | Efectos secundarios | Medicamento | Beneficial | Sin beneficio | Efectos secundarios |
| Aspirina | | | | Acetaminofeno (Tylenol) | | | | | | | |

| RELEJANTES de MÚSCULOS <input type="checkbox"/> Nunca he tomado relajantes de músculo | | | | | | | | | | | |
|---|------------|---------------|---------------------|---------------------------------------|------------|---------------|---------------------|-----------------------|------------|---------------|---------------------|
| Medicamento | Beneficial | Sin beneficio | Efectos secundarios | Medicamento | Beneficial | Sin beneficio | Efectos secundarios | Medicamento | Beneficial | Sin beneficio | Efectos secundarios |
| Baclofeno (Lioresal) | | | | Chloroxazone (Parafon-Forte, Lorzone) | | | | Tizanidine (Zanaflex) | | | |
| Cyclobenzaprine (Flexeril, Amrix) | | | | Orphenadrine (Norflex) | | | | Diazepam (Valium) | | | |
| Methacarbamol (Robaxin) | | | | Metaxalone (Skelaxin) | | | | Otro: | | | |
| Carisoprodol (Soma) | | | | | | | | | | | |

| ANTIDEPRESIVOS (SSRIs, SNRIs) <input type="checkbox"/> Nunca he tomado antidepresivos | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|-------------------------|------------------------------------|------------|-------------------------|---|------------|-------------------------|--|--|--|--|
| Medicamento | Beneficial | Sin efectos secundarios | Medicamento | Beneficial | Sin efectos secundarios | Medicamento | Beneficial | Sin efectos secundarios | | | | |
| Duloxetine (Cymbalta) | | | Bupropion (Wellbutrin) | | | Desvenlafaxine (Pristiq) | | | | | | |
| Venlafaxine (Effexor, Effexor XR) | | | Citalopram (Celexa) | | | Fluoxetine (Prozac) | | | | | | |
| Amitriptyline (Elavil, Endep) | | | Escitalopram (Lexapro) | | | Nefazodone (Serzone) | | | | | | |
| Nortriptyline (Pamelor, Aventyl) | | | Sertraline (Zoloft) | | | Milnacipran (Savella) | | | | | | |
| Mirtazapine (Remeron) | | | Protriptyline (Vivactil) | | | Trazodone (Desyrel) | | | | | | |
| Desipramine (Pertofran, Norpramine) | | | Doxepin (Sinequan, Silenor) | | | Otro: | | | | | | |
| Imipramine (Tofranil) | | | Paroxetine (Paxil) | | | | | | | | | |
| ANTICONVULSANTES <input type="checkbox"/> Nunca he tomado anticonvulsantes | | | | | | | | | | | | |
| Medicamento | Beneficial | Sin efectos secundarios | Medicamento | Beneficial | Sin efectos secundarios | Medicamento | Beneficial | Sin efectos secundarios | | | | |
| Gabapentin (Neurontin, Gralise) | | | Carbamazepine (Tegretol) | | | Oxcarbazepine (Trileptal) | | | | | | |
| Pregabalin (Lyrica) | | | Levetiracetam (Keppra) | | | Lamotrigine (Lamictal) | | | | | | |
| Topiramate (Topamax, Trokendi XR, Qudexy XR) | | | Zonisamide (Zonegran) | | | Otro: | | | | | | |
| Tiagabine (Gabatril) | | | Valproic Acid (Depakote, Depakene) | | | | | | | | | |
| OTROS MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR o PARA MIGRAÑAS <input type="checkbox"/> Nunca he tomado estos medicamentos | | | | | | | | | | | | |
| Medicamento | Beneficial | Sin efectos secundarios | Medicamento | Beneficial | Sin efectos secundarios | Medicamento | Beneficial | Sin efectos secundarios | | | | |
| Sumatriptan (Imitrex) | | | Nifedipine (Procardia) | | | Olmesartan (Benicar) | | | | | | |
| Rizatriptan (Maxalt) | | | Nimodipine (Nimotop, Nymalize) | | | Valsartan (Diovan) | | | | | | |
| Zolmitriptan (Zomig) | | | Metoprolol (Lopressor, Toprol) | | | Butalbital/acetaminophen/caffeine (Fioricet) | | | | | | |
| Fovatriptan (Frova) | | | Propranolol (Inderal) | | | Butalbital/aspirin/caffeine (Fiorinal) | | | | | | |
| Eletriptan (Relpax) | | | Nadolol (Corgard) | | | Acetaminophen/dichloralphenazone/isometheptene (Midrin) | | | | | | |
| Almotriptan (Axert) | | | Atenolol (Tenormin) | | | Lidoderm patches (Lidocaine patch) | | | | | | |
| Naratriptan (Amerge) | | | Lisinopril (Zestril, Prinivil) | | | Hydroxyzine (Vistaril) | | | | | | |
| Sumatriptan/Naproxen (Treximet) | | | Rimipril (Altace) | | | Mexilitine (Mexitil) | | | | | | |
| Ergotamine (Ergostat, Cafergot, DHE, Migranal, Migergot) | | | Enalapril (Vasotec) | | | Steroids (cortisone, Medrol dose pack, prednisone) | | | | | | |
| Methylsergide (Sansert) | | | Candesartan (Atacand) | | | Inyecciones de Botox | | | | | | |
| Diltiazem (Cardiazem) | | | Irbesartan (Avapro) | | | Litio | | | | | | |
| Verapamil (Calan, Isoptin, Verelan) | | | Losartan (Cozaar) | | | Otro: | | | | | | |

| MEDICAMENTOS PARA DORMIR <input type="checkbox"/> Nunca he usado ayuda para dormir | | | | | | | | | | | |
|--|------------|----------------|---------------------|------------------------|------------|----------------|---------------------|---------------------|------------|----------------|---------------------|
| Medicamento | Beneficial | Sin beneficios | Efectos secundarios | Medicamento | Beneficial | Sin beneficios | Efectos secundarios | Medicamento | Beneficial | Sin beneficios | Efectos secundarios |
| Zolpidem (Ambien) | | | | Ramelteon (Rozerem) | | | | Trazodone (Desyrel) | | | |
| Eszopiclone (Lunesta) | | | | Sodium Oxybate (Xyrem) | | | | Melatonin | | | |
| Temazepam (Restoril) | | | | Doxepin (Silenor) | | | | Otro: | | | |
| Zaleplon (Sonata) | | | | Suvorexant (Belsomra) | | | | | | | |

| SEDATIVAS y ANSIOLÍTICOS <input type="checkbox"/> Nunca he tomado | | | | | | | | | | | |
|---|------------|----------------|---------------------|------------------------|------------|----------------|---------------------|--------------------|------------|----------------|---------------------|
| Medicamento | Beneficial | Sin beneficios | Efectos secundarios | Medicamento | Beneficial | Sin beneficios | Efectos secundarios | Medicamento | Beneficial | Sin beneficios | Efectos secundarios |
| Alprazolam (Xanax) | | | | Clonazepam (Klonopin) | | | | Lorazepam (Ativan) | | | |
| Diazepam (Valium) | | | | Clorazepate (Tranxene) | | | | Otro: | | | |

¿Ha probado cremas prescritas como una crema de EMLA o gel de Voltaren, etc. para su dolor? Sí No
 ¿Ha probado cremas compuestas de una farmacia especialista? Sí No

Tratamientos anteriores

Marcar los TRATAMIENTOS PARA EL DOLOR que ha tenido antes de la visita de hoy:

| Tratamiento | Parte del cuerpo/Área | Fecha(s) | Mejoramiento/Efecto | | | | |
|----------------------------------|-----------------------|----------|---------------------|------|------|----------|-----------|
| | | | Peor | Nada | Leve | Moderado | Excelente |
| Quiropráctica | | | | | | | |
| Acupuntura | | | | | | | |
| Masaje | | | | | | | |
| Terapia física | | | | | | | |
| Terapia acuática | | | | | | | |
| Programa de adelgazamiento | | | | | | | |
| Soporte para cuello/espalda | | | | | | | |
| Estimulador eléctrico de nervios | | | | | | | |
| Inyecciones de punto gatillo | | | | | | | |
| Inyección epidural de esteroides | | | | | | | |
| Inyección de articulación faceta | | | | | | | |
| Bloques de rama medial | | | | | | | |
| Ablación de radiofrecuencia | | | | | | | |
| Inyección sacroiliaca | | | | | | | |
| Otra inyección de articulación | | | | | | | |
| Bloque de nervio periférico | | | | | | | |
| Bloque de nervio simpático | | | | | | | |
| Estimulador de la medula espinal | | | | | | | |
| Bomba intratecal (para dolor) | | | | | | | |
| Infusión de ketamina | | | | | | | |
| Vertebroplastia | | | | | | | |
| Cifoplastia | | | | | | | |
| Otro Tratamiento: | | | | | | | |

No he probado otros tratamientos para mi dolor actual.

Exámenes Diagnósticos e Imágenes

Poner todas las PRUEBAS o ESTUDIOS que ha tenido para evaluar su dolor actual:

| Imagen/Examinación | Parte del cuerpo | Fecha(s) | Facilidad |
|--------------------|------------------|----------|-----------|
| Radiografía/X-rayo | | | |
| CT | | | |
| MRI | | | |
| Estudio de nervios | | | |
| Discograma | | | |
| Otro: | | | |

No he tenido ningún examen/imagen para evaluar mi dolor actual.

Historia Médica Pasada

Por favor marcar las siguientes condiciones que tiene O que ha tenido en el pasado: (Nunca he tenido ningún problema médico.)

Cabeza/Ojos/Oídos/Nariz/Garganta

- Dolor de cabeza
- Migraña
- Lesión craneal
- Glaucoma
- Cataratas
- Ceguera
- Sordera
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo

Respiratorio

- Asma
- Bronquitis crónica
- EPOC
- Enfisema
- Cáncer de pulmón
- Neumonía
- Tuberculosis

Cardiovascular

- Infarto/ataque de corazón
- Presión arterial alta
- Soplo
- Prolapso de la válvula mitral
- Enfermedad de las arterias coronarias
- Marcapasos
- Desfibrilador
- Enfermedad vascular periférica
- trombosis venosa profunda

Hematológica

- Anemia
- VIH/SIDA

- Desorden de la sangre
- Colesterol alto
- Deficiencia de proteína C/S
- Lupus eritematoso sistémico
- Linfoma
- Leucemia

Gastrointestinal

- Gastritis
- Úlceras gástricas
- ERGE (Reflujo Ácido)
- Incontinencia intestinal
- Diarrea
- Estreñimiento
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Cáncer de hígado
- insuficiencia hepática
- Pancreatitis
- Diabetes tipo I
- Diabetes tipo II

Musculoesquelético

- Amputación
- Dolor de miembro fantasma
- Bursitis
- Síndrome del túnel carpiano
- Dolor de espalda crónico
- Dolor de cuello crónico
- Dolor de rodilla crónico
- Dolor de cadera crónico
- Dolor de hombro crónico

- Artritis reumatoide
- Osteoartritis
- Osteopenia
- Osteoporosis
- Fractura del cuerpo vertebral

Genitourinario/Riñones

- Enfermedad renal
- Cáncer de riñón
- Insuficiencia renal aguda
- Insuficiencia renal crónica
- Cálculos renales
- Incontinencia urinaria

Neurológico

- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad de Parkinson
- Síndrome de pierna inquietas
- Epilepsia/convulsiones
- Neuralgia trigémina
- Otra neuralgia
- Neuropatía periférica

Psicológico

- Ansiedad
- Depresión
- Esquizofrenia
- Trastorno bipolar
- Abuso de drogas recetados
- Uso de drogas ilegales
- Abuso del alcohol

Por favor cuéntenos de cualquier otra condición médica suya que no haya mencionado anteriormente: _____

Historia de cirugías anteriores

Por favor indicar los procedimientos quirúrgicos que ha tenido en el pasado, incluyendo las fechas, tipos, y detalles pertinentes. (Nunca me han operado)

Cirugía Abdominal:

- Resección de vesícula biliar _____
- Resección de apéndice _____
- Reparación de hernia _____
- Laparotomía _____
- Bypass gástrico _____
- Otro _____

Cirugía Cardiovascular:

- Bypass de arteria coronaria _____
- Reemplazo de válvula _____
- Colocación de stent _____
- Reparación de aneurisma _____
- Cirugía vascular periférica _____
- Otro _____

Cirugía Ortopédica/articular:

- Cirugía de pie/tobillo _____
- Reparación de rodilla/artroscopia _____
- Reemplazo de rodilla _____
- Reparación de cadera _____
- Reemplazo de cadera _____
- Cirugía de hombro _____
- Otro _____

Cirugía Ginecológica:

- Histerectomía _____
- Ligadura de Trompas _____
- Cesárea _____
- Laparoscopia _____
- Otro _____

Cirugía Espinal & de Espalda:

- Fusión cervical (cuello) _____
- Fusión lumbar (espalda baja) _____
- Laminectomía _____
- Dissectomía _____
- Otro _____

Cirugías Comunes:

- Prostatectomía _____
- Tiroidectomía _____
- Amigdalectomía _____

Por favor describir cualquier otro procedimiento quirúrgico que no haya mencionado anteriormente:

Medicamentos actuales que no son para el dolor (por ejemplo, los que se utiliza para la presión o colesterol alto.)

Por favor escribir **TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE NO SON PARA EL DOLOR**. Incluir medicamentos de prescripción o de venta libre, y suplementos herbales. (Usa una página separada si es necesario)

| Nombre de medicamento | Dosis | Frecuencia |
|-----------------------|-------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Nombre de medicamento | Dosis | Frecuencia |
|-----------------------|-------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Medicamentos anticoagulantes

Por favor, indicar si está tomando un medicamento anticoagulante (para hacer menos espesa la sangre)

(Marcar todos que se apliquen) ACTUALMENTE no estoy tomando ningún anticoagulante.

- Aspirina (81 mg 325 mg)
- Arixtra (fondaparinux)
- ReoPro (abciximab)
- Anti-inflammatories
- Ajo
- Pletal (cilostazol)
- Xarelto (rivaroxaban)
- Pradaxa (dabigatran)
- Heparin
- Ginseng
- Persantine (dipyridamole)
- Eliquis (apixaban)
- Plavix (clopidogrel)
- Lovenox (enoxaparin)
- Ginkgo
- Aggrenox (dipyridamole/aspirin)
- Savaysa (edoxaban)
- Effient (prasugrel)
- Coumadin (warfarin)
- Aceite de pescado

Por favor, añadir cualquier anticoagulante que está tomando si no lo encuentre arriba: _____

Nombre y número de teléfono del médico prescriptor: _____

Alergias

¿Tiene alguna alergia a drogas? Sí No Anotar todas las drogas y reacciones alérgicas respectivas:

| Drogas/Medicamentos | Reacción alérgica |
|---------------------|-------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Anestesia y Historia de Procedimientos para el Dolor

¿Alguna vez ha tenido algún problema o reacción adversa a la anestesia? Sí No Nunca tuve anestesia
Si ha respondido 'Sí', ¿cuál tipo de anestesia? _____; ¿cuál fue la reacción? _____

¿Alguna vez ha tenido algún problema o reacción adversa al contraste de yodo usado durante un procedimiento? Sí No; Si ha respondido 'Sí', ¿cuál fue la reacción? _____

Historia Social

Uso de Alcohol: Nunca Ocasionalmente Diario Historia de alcoholismo _____

Uso de Tabaco: Nunca Ocasionalmente Diario → Cuántos cajones por semana? _____

Uso de drogas ilegales: Nunca Ocasionalmente Diario Solo en el pasado → Cuál droga? _____

¿Algún problema, abuso, o adicción a medicaciones prescriptas? No Actualmente Ya no

Si ha respondido 'Sí', ¿cuáles medicamentos prescriptos? _____

¿Cuál es su estado de empleo? Empleado Sin trabajo Jubilado Discapacitado

Ocupación (si está empleado): _____

Si no está empleado, incluso a tiempo parcial, o si tiene restricciones en el trabajo, ¿esto se debe a su condición actual del dolor? Sí No

¿Cuáles son sus restricciones en el trabajo, si existen? ('N/A' si no aplica a usted) _____

¿Usted está involucrado en litigación relacionada con este dolor? Sí No

Si ha respondido 'Sí', provéanos el nombre y número de teléfono del abogado por favor _____

Historia psiquiátrica

¿Actualmente está viendo a un psiquiatra, psicólogo, o terapeuta? Sí No

Si ha respondido 'Sí', ¿cuál es su nombre? _____

¿Ha tenido algún pensamiento reciente de lastimarse a si mismo o a otra persona? Sí No

¿Usted sufre de alguna de las siguientes condiciones psiquiátricas?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Desorden del déficit de atención/hiperactividad (ADD/ADHD) |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Desorden obsesivo compulsivo (DOC) |
| <input type="checkbox"/> Desorden Bipolar | <input type="checkbox"/> Desorden de personalidad |
| <input type="checkbox"/> Abuso/Adicción de sustancias | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |

¿Tiene una historia personal de abuso físico/emocional/sexual/otro trauma? Sí No Prefiero no contestar

Medicina Preventiva: Si tiene más de 65 años, por favor marcar todas las opciones que le aplican.

¿Ha tenido alguna caída durante el último año?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ningunas caídas en el último año | <input type="checkbox"/> 1 caída en el último año <i>sin lesión</i> |
| <input type="checkbox"/> Una caída en el último año | <input type="checkbox"/> 2 o más caídas en el último año <i>sin lesión</i> |
| <input type="checkbox"/> Dos caídas en el último año | |

Historia Medica y Consentimiento para Tratamiento

Certifico que la información anterior es precisa, completa y verdadera. Autorizo a esta clínica de MD Pain y a todos los asociados, asistentes y otros proveedores de atención médica que considere necesarios para tratar mi afección. Entiendo que no se ha hecho ninguna garantía de un resultado o curación específicos. Acepto participar activamente en mi cuidado para maximizar su efectividad. Doy mi consentimiento para que la clínica de MD Pain recupere y revise mi historial de medicación. Entiendo que esto se convertirá en parte de mi historial médico. Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de la clínica de MD Pain, que se muestra para inspección pública en sus instalaciones y en su sitio web. Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar mi información médica protegida, y cómo puedo acceder a mis registros médicos. Autorizo a la clínica de MD Pain a divulgar mi información de salud protegida (registros médicos) de acuerdo con su Aviso de Prácticas de Privacidad. Esto incluye, pero no se limita a, la divulgación a mi médico remitente, médico de atención primaria y cualquier médico al que pueda referirme. También autorizo a los especialistas de la clínica de MD Pain a divulgar cualquier información requerida para obtener la autorización del procedimiento o el procesamiento de cualquier reclamo de seguro. Entiendo que la clínica de MD Pain no divulgará mi información médica protegida a ninguna otra parte (incluida la familia) sin que yo complete un formulario escrito de "Autorización del paciente para el uso y divulgación de información médica protegida", disponible en sus instalaciones y en su sitio web. En el caso de que se me pida que proporcione una muestra de orina, saliva y / o sangre, busco voluntariamente servicios de laboratorio y por la presente doy mi consentimiento para proporcionar una muestra de orina, saliva y / o sangre según se solicite. Tengo derecho a rechazar pruebas específicas, pero entiendo que esto puede afectar mi tratamiento para el control del dolor. Este acuerdo puede ser revocado por mí en cualquier momento con notificación por escrito y es válido hasta que sea revocado. Por la presente cedo al Laboratorio mi derecho a los beneficios del seguro que me sean pagaderos por los servicios prestados, que surjan de cualquier póliza de seguro, plan de salud auto asegurado, Medicare o Medicaid en mi nombre o en mi nombre. Además, autorizo el pago de beneficios directamente al Laboratorio. Entiendo que la aceptación de la asignación del seguro no me exime de ninguna responsabilidad con respecto al pago de los servicios de laboratorio y que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por mi seguro. También reconozco que el Laboratorio puede ser un proveedor fuera de la red de mi aseguradora. Se espera el pago completo 30 días después de haber sido notificado de cualquier saldo adeudado. Tenga en cuenta que en caso de que no realice el pago a su vencimiento, esta cuenta se remitirá a una agencia de cobranza para los cobros. En ese caso, la tarifa de contingencia evaluada por la agencia de cobranza se agregará al capital y los intereses adeudados. Además, será responsable de los honorarios de los abogados. Tanto los honorarios de la agencia de cobranza como los honorarios de los abogados aumentarán el saldo adeuda.

Firma: _____
(Paciente, guardiana o representativa del paciente)

Fecha: _____

Nombre impreso del paciente o la persona firmando el documento: _____

Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)

Nombre: _____ Fecha: _____

| CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE - 9 (US Spanish version of the PHQ) | | | | 72883 | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------|--------------------------|------------------------|--------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades? | No del todo | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días | | | | | | | | |
| 1. Poco interés o placer en hacer cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| 2. Sintiéndose decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| 3. Dificultad en caer o permanecer dormido(a), o dormir demasiado | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| 4. Sintiéndose cansado o teniendo poca energía | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| 5. Pobre de apetito o comer en exceso | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| 6. Sintiéndose mal con usted mismo(a) – o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| 7. Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| 8. ¿Moviéndose o hablando tan lento, que otras personas podrían notarlo? O lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que usted ha estado moviéndose mucho más de lo normal | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| 9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto(a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo(a) | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| <p><i>SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY</i></p> <p>_____ + _____ + _____ + _____</p> <p>=Total Score: _____</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>Si usted marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tan <u>difícil</u> han afectado estos problemas en hacer su trabajo, encargarse de tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Para nada difícil</td> <td style="width: 25%;">Un poco difícil</td> <td style="width: 25%;">Muy difícil</td> <td style="width: 25%;">Extremadamente difícil</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | | | | | Para nada difícil | Un poco difícil | Muy difícil | Extremadamente difícil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Para nada difícil | Un poco difícil | Muy difícil | Extremadamente difícil | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| <p>Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos los derechos reservados. Reproducido con permiso. EPI0905.PHQ9P</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p><i>Confirmo que la información en este formulario es correcta.</i></p> | <p>Iniciales del paciente: _____</p> | | <p>Fecha: _____</p> | | | | | | | | | |

Nombre: _____ Fecha: _____

SOAPP-R

Las siguientes son algunas preguntas dadas a pacientes que están en tratamiento o que están siendo considerados para medicación para su dolor. Por favor conteste cada pregunta lo más honestamente posible. No hay respuestas correctas o incorrectas.

| | Nunca | Rara vez | A veces | A menudo | Muy a menudo |
|--|-------|----------|---------|----------|--------------|
| 1 ¿Con qué frecuencia tiene cambios de humor? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 ¿Con qué frecuencia ha sentido la necesidad de dosis más altas de medicamentos para tratar su dolor? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 ¿Con qué frecuencia te has sentido impaciente con tus médicos? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 ¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas son demasiado abrumadoras que no puedes manejarlos? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 ¿Con qué frecuencia hay tensión en el hogar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 ¿Con qué frecuencia ha contado las pastillas para el dolor para ver cuántas quedan? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 ¿Con qué frecuencia le ha preocupado que la gente lo juzgue por tomar analgésicos? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 ¿Con qué frecuencia te sientes aburrido? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 ¿Con qué frecuencia ha tomado más analgésicos de los que debía? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 ¿Con qué frecuencia te ha preocupado que te dejen solo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 ¿Con qué frecuencia has sentido ansias de medicación? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 ¿Con qué frecuencia han expresado otras personas su preocupación por el uso de tus medicamentos? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 ¿Con qué frecuencia alguno de sus amigos cercanos ha tenido problemas con el alcohol o las drogas? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 ¿Con qué frecuencia le han dicho otros que tuvo mal genio? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 ¿Con qué frecuencia te has sentido consumido por la necesidad de obtener medicamentos para el dolor? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 ¿Con qué frecuencia te has quedado sin medicamentos para el dolor antes de tiempo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 ¿Con qué frecuencia otros te han impedido obtener lo que mereces? | 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 una reunión de AA o NA? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 ¿Con qué frecuencia has estado en una discusión que estaba tan fuera de control que alguien resultó herido? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 ¿Con qué frecuencia has sido abusado sexualmente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 ¿Con qué frecuencia otros han sugerido que tiene un problema de drogas o alcohol? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 ¿Con qué frecuencia ha tenido que tomar prestados medicamentos para el dolor de su familia o amigos? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 ¿Con qué frecuencia ha sido tratado por un problema de alcohol o drogas? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Reconozco que le he proporcionado la información más precisa y completa sobre mi historial médico lo mejor que he podido.

Firma del Paciente: _____



10700 E. Geddes Ave, Ste. #100, Englewood, CO 80112

Christopher Huser, M.D. – Giancarlo Checa, M.D. – D. Jonathan Bernardini, M.D. – Justin Merkow M.D.

Neelam Gala, P.A.-C – Adrian Sutter, P.A.-C – Rachel Spady, P.A.-C

Karissa Hoeme, P.A.-C – Charmin Sjoberg, NP-C

Teléfono: 303-750-8100 / Fax: 303-974-3804

POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y AUSENCIA

Entendemos que pueden surgir situaciones que hagan necesario cancelar su cita. En consecuencia, le solicitamos que **proporcione un aviso de cancelación de al menos 24 horas** para evitar cargos. Esto permitirá a los médicos ofrecer ese horario a otros pacientes que necesitan atención. Las citas con nuestros especialistas tienen una gran demanda, y su cancelación anticipada le dará a otra persona acceso a atención médica oportuna. **Las tarifas de cancelación y ausencia son responsabilidad exclusiva del paciente y no pueden facturarse a la compañía de seguros.**

Tarifas de cancelación:

Los pacientes que no se presenten a su cita y que no llamen a la oficina para cancelar/reprogramar, serán considerados como no presentados y estarán sujetos a una tarifa por no presentarse. Los pacientes que no se presenten a dos o más citas dentro de un período de 12 meses pueden ser despedidos de la práctica.

Tarifas de ausencia:

Los pacientes que no se presenten a su cita y que no llamen a la oficina para cancelar/reprogramar, serán considerados como no presentados y estarán sujetos a una tarifa por no presentarse. Los pacientes que no se presenten a 2 o más citas dentro de un período de 12 meses pueden ser despedidos de la práctica.

- Tarifa de \$50.00 por ausencia de un paciente *nuevo*
- Tarifa de \$40.00 por ausencia de un paciente *establecido*
- Tarifa de \$100.00 por ausencia a un procedimiento quirúrgico (realizado fuera de la oficina)

Los pagos pueden hacerse directamente a nuestra oficina de facturación (303-422-9438) o a nuestra oficina (303-750-8100).

Número de tarjeta de crédito: _____ Caducidad: ____/____

Código de seguridad (CVV): _____ Código postal de facturación: _____

Por favor firmar para indicar que ha leído y comprende la Política de cancelación y ausencias anterior.

Nombre del paciente o tutor (letra de imprenta): _____

Firma del paciente o tutor: _____

Fecha: _____

Declaración de terapia de opioides

Nombre: _____ Fecha: _____

Bienvenido a MD Pain. Este documento contiene el Contrato de Medicamentos Y Opioides Controlados, el Consentimiento Informado para el Tratamiento del Dolor Crónico con Medicamentos Opioides, y la Declaración de Terapia de Opioides. Si planea solicitar un opioide u otra sustancia controlada para el tratamiento de su dolor, lea estos tres documentos detenidamente y firme o coloque sus iniciales donde se indique. Si tiene alguna pregunta, no dude en hablar con el proveedor o miembro del personal.

MD Pain es una clínica integral del dolor que incluye el manejo de medicamentos y la gama completa de procedimientos intervencionistas. Para garantizar la seguridad del paciente y optimizar los resultados, requerimos que nuestros pacientes reciban su atención de una sola práctica de dolor. Por lo tanto, si estamos proporcionando administración de medicamentos, también requerimos que los pacientes se reciben los procedimientos de intervención con nosotros también.

En MD Pain, el objetivo de nuestros médicos y personal es ayudarlo a devolverle la vida reduciendo su dolor y mejorando su funcionamiento diario. Cumplimos estos objetivos con planes de tratamiento personalizados, seguros, integrales y efectivos que reducen los riesgos y maximizan los beneficios.

Para proteger a nuestros pacientes de los riesgos significativos asociados con las terapias con opioides, incluida la adicción, seguimos las recomendaciones y pautas aplicables de la Agencia de Control de Drogas (DEA), las agencias reguladoras del estado de Colorado, y la Junta Médica de Colorado con respecto a la prescripción segura y responsable de estos medicamentos. Primero probamos medicamentos no opioides y otros tratamientos antes de progresar para tratar el dolor con opioides. Además, solo recetamos medicamentos opioides si, después de un examen exhaustivo, se estratifican los riesgos de los formularios que usted completa, y después de la historia y el examen físico, determinamos que la patología de un paciente justifica su uso, cumple con los criterios específicos y otras opciones de tratamiento, incluidas medicamentos alternativos para el dolor (no opioides), no han logrado resultados satisfactorios.

La declaración de terapia con opioides y el acuerdo con el paciente sirven para documentar que tanto usted como su médico acuerdan un plan de atención para que las sustancias controladas se usen de manera segura y eficaz para tratar su dolor.

MD Pain tiene un enfoque conservador para la terapia con opioides. Dependiendo de la situación específica del paciente, es posible que estos medicamentos no se receten, se prescriban a una dosis más baja o se conviertan en un opioide alternativo más seguro y apropiado. Los resultados de la investigación continúan demostrando pruebas contradictorias sobre el uso a largo plazo de medicamentos opioides para el dolor crónico no relacionado con el cáncer. Las dosis altas o las dosis cada vez más elevadas pueden resultar en un mayor riesgo de dependencia física, adicción a la tolerancia y aumento del dolor (hiperalgesia inducida por opioides). Se ha demostrado que la dosificación efectiva más baja de opioides utilizados en combinación con medicamentos no opioides y procedimientos de manejo del dolor, terapia física, terapia de salud mental y otros tratamientos conservadores producen los mejores resultados efectivos a largo plazo.

Hacemos un seguimiento de los resultados de nuestros tratamientos para asegurarnos de que nuestros pacientes reciben ayuda. Estamos orgullosos de nuestros resultados y creemos que, si usted sufre de dolor crónico, podemos ayudarle. Ofrecemos un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor que es seguro, mínimamente invasivo, y clínicamente probado ser efectivo.

Efectos secundarios de los medicamentos opioides

Entiendo que el medicamento que estaré tomando puede causar efectos secundarios que incluyen, entre otros: somnolencia o somnolencia, estreñimiento, incapacidad para orinar, náuseas, vómitos, mareos, una reacción alérgica, supresión inmunológica, deficiencias hormonales, problemas sexuales, falta de coordinación, enfermedad renal o hepática, y debilitamiento/debilidad ósea. Además, la medicación puede causar que mis reflejos y tiempo de reacción disminuyan. Finalmente, el medicamento puede hacer que mi respiración se vuelva más lenta y lenta, lo que lleva a una disminución del suministro de oxígeno a mi cuerpo, y puede llevar a déficits neurológicos, mentales, cognitivos y físicos permanentes y posiblemente a la muerte.

He leído, entiendo y acepto la Declaración de la Terapia de Opioides para el dolor de la oficina de MD Pain.

Nombre impreso (patient's printed name)

Firma del paciente (patient's signature)

Fecha

I attest that I have explained each issue displayed on this page to said patient and said patient indicated their understanding of each issue by affixing their initials next to each issue and signing the bottom of each page:

Miembro del personal (staff signature)

Fecha

Acuerdo entre paciente y médico sobre opioides y sustancias controladas Consentimiento para el tratamiento

Yo, _____, entiendo y voluntariamente acuerdo en que:

Identificación de opciones de tratamiento alternativas: Soy consciente de que mi médico y su personal de MD han discutido los beneficios y riesgos posibles de otros tratamientos que no incluyen opioides. Estos tratamientos incluyen, entre otros, medicamentos no opiáceos, inyecciones, terapia física, terapia de salud mental y cirugía, entre otros.

Entiendo mi condición y solicito voluntariamente que mi proveedor de atención médica y/o sus asistentes tratan mi condición. Además, autorizo a mi proveedor (médico o asistente) para que me administre o escriba recetas de sustancias controladas/opioides / "analgésicos" con el propósito de tratar mi dolor. Estoy de acuerdo con tomar estos medicamentos y de ninguna manera mi proveedor me requirió o me convenció para que tomara estos medicamentos.

Entiendo que todas las sustancias controladas pueden ser adictivas y pueden llevar a la muerte.

Entiendo los efectos secundarios de los opioides enumerados en la Declaración de terapia de opioides y haré preguntas si es necesario.

Participaré en todos los tipos de tratamiento alternativos en los que me pidan participar dentro de la razón.

Seré responsable de mis medicamentos y mantendré el medicamento a salvo, seguro, cerrado y fuera del alcance de niños, huéspedes, etc.

No venderé mi medicina ni la compartiré con otros. Entiendo que, si lo hago, mi tratamiento se suspenderá y se llamará a las autoridades.

Si pierdo o me roban mi medicamento, entiendo que o no se reemplazará hasta mi próxima cita o no se puede reemplazar en absoluto.

No tomaré la medicina de nadie más.

Solo tomaré mis medicamentos según lo prescrito por mi médico de MD Pain. No voy a alterar la dosis (es decir, aumentar), ruta, o frecuencia en la que me recetaron sin hablar primero con mi médico de MD Pain y recibir aprobación de el/ella para hacerlo.

Traeré los frascos de pastillas con las pastillas restantes de mi medicamento cuando necesario a cada visita a la clínica. Autorizaré al personal de MD Pain a contar mis pastillas si es necesario.

Si veo a otro médico, quien me da una medicina sustancia controlada (por ejemplo, un dentista, un médico de la sala de emergencias o en otro hospital, etc.), que debe informar la oficina de MD Pain y traer el medicamento en el envase original, incluso si no quedan pastillas, a mi cita con el médico.

Voy a mantener (y llegar a tiempo para) todas mis citas programadas con el médico y otros miembros del equipo de MD Pain.

No llamaré entre citas, ni por la noche ni durante los fines de semana en busca de resurtidos y entiendo que no se pueden hacer resurtidos tempranos o de emergencia.

Entiendo que las recetas se surtirán solo durante las visitas programadas al consultorio con el equipo de tratamiento. Me aseguraré de tener una cita para resurtidos, ANTES de que se me acaben los medicamentos.

Trataré al personal de la oficina con respeto en todo momento. Entiendo que, si no soy respetuoso/a con el personal o interrumpo la atención de otros pacientes, mi tratamiento se interrumpirá.

Le diré a mi especialista/médico de MD Pain los medicamentos que tomo y le avisaré de inmediato si tengo una receta para un medicamento nuevo.

Yo no obtendrá ningún medicamento no opioide u otros medicamentos recetados para el tratamiento **de la ansiedad o dolor**, de otros proveedores sin la permisión de mi especialista/médico de MD Pain. Cuando tomados con opiáceos, entiendo que estos medicamentos, como las benzodiazepinas (Klonopin/clonazepam, Xanax/alprazolam, and Valium/diazepam) o estimulantes (Ritalin, anfetaminas), pueden ser adictivos y peligrosos para mi salud, o incluso causar la muerte.

No usaré drogas ilegales como el kratom, la heroína, la cocaína o las anfetaminas. Entiendo que, si lo hago, mi tratamiento puede ser suspendido.

Iré hacer pruebas de drogas y conteo de mis píldoras dentro de 24 horas de haber sido llamado (prueba aleatoria) cuando se me pide. Entiendo que debo asegurarme de que la oficina tenga información de contacto actualizada para contactarme y que cualquier prueba que no se realice se considerará positiva para medicamentos/drogas prohibidas.

Me mantendré al día con las facturas de la oficina e informaré al médico o al miembro del equipo de tratamiento de inmediato si pierdo mi seguro o si ya no puedo pagar el tratamiento. Entiendo que puedo perder mi derecho al tratamiento en esta oficina si no cumplo con cualquier parte de este acuerdo.

Consentimiento de comunicación del proveedor: Autorizo a mi médico/especialista de MD Pain a hablar con mis otros proveedores, farmacéuticos, abogados, cuando sea apropiado para mi atención. Les doy permiso para hablar sobre mi uso de opioides en lo que respecta a mi tratamiento. Entiendo que mi médico de MD Pain junto con el personal de MD Pain revisará la **Programa de Vigilancia de Drogas de Colorado (PDMP)** y firmaré un formulario que autoriza que el médico y su personal pueda hablar con todos los otros médicos o proveedores que veo.

Utilizaré solo una farmacia para obtener todos mis medicamentos. Notificaré a la oficina de MD Pain por escrito si deseo cambiar de farmacia.

Derecho a interrumpir el tratamiento o la medicación: Yo entiendo que puedo interrumpir el uso de la medicación en cualquier momento y estoy de acuerdo que notificaré a mi médico/especialista de MD Pain y/o a su personal inmediatamente después de discontinuar el uso de mi medicación. Entiendo que se me proporcionará supervisión y cuidado, si es necesario, por mi médico de MD Pain y/o por su personal si decido suspender la medicación. MD Pain reserva el derecho a terminar nuestra relación paciente/proveedor, si cualquier parte de este acuerdo se encuentra en violación en cualquier momento. En estas situaciones, se le sugerirá atención alternativa por otros proveedores de dolor o adicción.

Entiendo, que los proveedores y personal de MD Pain pueden detener los opioides y los medicamentos controlados si ocurre algo de lo siguiente:

- Yo comercio, vendo, regalo, uso indebido o abuso de estos medicamentos;
- MD Pain encuentra que he roto alguna parte de este acuerdo;
- No me presento de inmediato para un análisis de sangre, orina o saliva, o el recuento de pastillas cuando lo solicita el MD Pain;
- Los exámenes de sangre, orina o saliva muestran la presencia de medicamentos controlados o no controlados que no se informaron previamente a MD Pain, la presencia de drogas ilegales o alcohol, o que no muestran los opioides y otros medicamentos controlados que me recetan por MD Pain;
- Recibo recetas para opioides y medicamentos controlados de fuentes que no sean MD Pain, a menos que se hayan acordado y discutido previamente con mi médico o proveedor de MD Pain;
- Cualquier miembro del personal profesional de MD Pain considera que, en lo que respecta a seguridad o responsabilidad, me interesa que se suspenda el tratamiento con opioides y medicamentos controlados;
- Demuestro CUALQUIER comportamiento agresivo, beligerante o inaceptable hacia cualquier médico, proveedor, paciente o miembro del personal de MD Pain;
- Siempre falto a las citas programadas en MD Pain, incluidas las visitas al consultorio y los procedimientos programados en MD Pain o en cualquier otra instalación utilizada por MD Pain.

- Uso de drogas ilícitas incluyendo kratom, cocaína, metanfetamina, o heroína
- Declaraciones falsas o mentiras sobre el historial médico, lo que incluye no revelar los riesgos de la adicción, como antecedentes familiares de abuso, abuso previo de drogas o alcohol, experiencia militar previa.

Mi firma indica que entiendo y acepto cumplir con cada uno de estos requisitos y entiendo que, si no cumpla con ellos, es posible que se me dé de alta de esta clínica.

Nombre impreso del paciente

Firma del paciente

Fecha

Doy fe que he explicado cada uno de los asuntos tratados en este documento para este paciente y que él/ella ha manifestado su comprensión de cada tema mediante la colocación de sus iniciales al lado de cada número y la firma de la parte inferior de cada página:

Staff Signature (Firma del personal)

Fecha