

Guarde este formulario antes de ingresar datos para no perder sus respuestas. Imprima y firme el formulario completo antes de su cita.

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
 Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación: _____
 Número de contacto de emergencia: _____ Casa Celular Trabajo
 Etnicidad de paciente: Hispano/Latino No Hispano Afroamericano Otra/indeterminada
 Idioma preferido: inglés español otro: _____

FARMACIA PREFERIDA

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

INFORMACIÓN DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO/RECLAMACIÓN POR LESIONES PERSONALES

Nombre de su abogado: _____
 Nombre de la práctica legal de su abogado: _____
 Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

MOTOR VEHICLE ACCIDENT QUESTIONNAIRE

Fecha del accidente: _____
 Usted fue el Conductor Pasajero de frente Pasajero detrás izquierdo Pasajero detrás derecho
 ¿Usted estaba usando cinturón? Sí No
 ¿Marca, modelo y año del vehículo que usted ocupaba? _____
 ¿Marca, modelo y año del (los) otro(s) vehículo(s)? _____
 ¿Ubicación donde ocurrió el accidente? _____
 Tipo de colisión: Frontal (culpa del otro vehículo) Frontal (golpeaste el otro vehículo) Trasero Lateral
 ¿El impacto a su vehículo vino de? Frente Detrás Derecha Izquierda Otro _____
 ¿Después, su vehículo golpeó? Otro Vehículo Nada Otro _____
 ¿Salieron los airbags (bolsas de aire)? Sí No
 ¿Si parte de su cuerpo pegó algo en su vehículo, dónde? Reposacabezas Volante Otro _____
 ¿Su cabeza movió en una las siguientes direcciones? Adelante Atrás Derecha Izquierda Ninguna
 ¿Se golpeó la cabeza? ¿Sí, en qué? _____ No No Perdió la conciencia? Sí No
 En el momento del impacto, ¿a qué velocidad más o menos iba: Su vehículo _____ mph El otro vehículo _____ mph

En sus propias palabras, por favor describir el accidente en detalle:

¿Su vehículo era manejable desde la escena? Sí No ¿Vino la policía? Sí No
 ¿Vino una ambulancia/paramédicos Sí No
 Si contestó 'sí' a la última pregunta, ¿le trajeron a una sala de emergencias? Sí No
 Si es sí, ¿dónde le llevaron? _____

Por favor describir cómo se sentía después del accidente. ¿Cuándo empezó su dolor? ¿Dónde le dolía?

¿Cuáles eran sus síntomas? Mareos Dolor de cabeza Vista borrosa Problema de audición Náusea
 Pérdida de memoria Fatigue Somnolencia Dolor de cuello Dolor de hombro Dolor de brazo
 Dolor de espalda Rigidez de espalda Dolor de pierna Dolor de pecho Dolor de estómago Entumecimiento
 Otro _____

¿Buscó atención médica? Sí No Si es sí, ¿a dónde fue usted? _____

¿Cuándo buscó la ayuda? Justo después del accidente El día siguiente Otro _____

¿Sacaron radiografía/MRI/CT? Sí No Si es sí, ¿cuál(es) sacaron? _____

¿Le dieron una receta para algún medicamento? Sí No Si es sí, ¿qué tipo y cuánto? _____

Describir cualquier otro tratamiento/medicamento que haya recibido/probado: _____

¿Su condición está empeorando? Sí No ¿Dónde está su dolor ahora? _____

¿Usted ha podido trabajar desde el accidente? Sí No Describir sus limitaciones laborales: _____

¿Usted ha estado en algún otro accidente automovilístico? Sí No Si es sí, ¿cuándo? _____

Si contestó que sí a la última pregunta, ¿tuvo algún dolor resultando de aquel accidente o recibió tratamiento?

 Sí No Si es sí, describir _____

Antes del accidente por el que usted vino hoy, ¿ya tenía su dolor actual? Sí No

Si es Sí, por favor explicar _____

Información Clínica

DOMINIO DE LA MANO

Diestro/a Zurdo/a Ambidextro/a Altura: _____ Peso: _____ lb.

POR FAVOR INDIQUE CUÁL ES SU PEOR REGIÓN DE DOLOR O QUEJO ACTUAL (Marcar solo uno)

Dolor de cabeza	Ingle	Anal/Rectal	Hombro izquierdo
Facial	Cuello	Vaginal Escrotal	Hombro derecho
Pared de pecho	Mitad de la espalda	Brazo izquierdo	Cadera izquierda
Seno	Espalda baja	Brazo derecho	Cadera derecha
Abdominal	Glúteos	Pierna izquierdo	Rodilla izquierda
Pélvico	Cóccix	Pierna derecha	Rodilla derecha

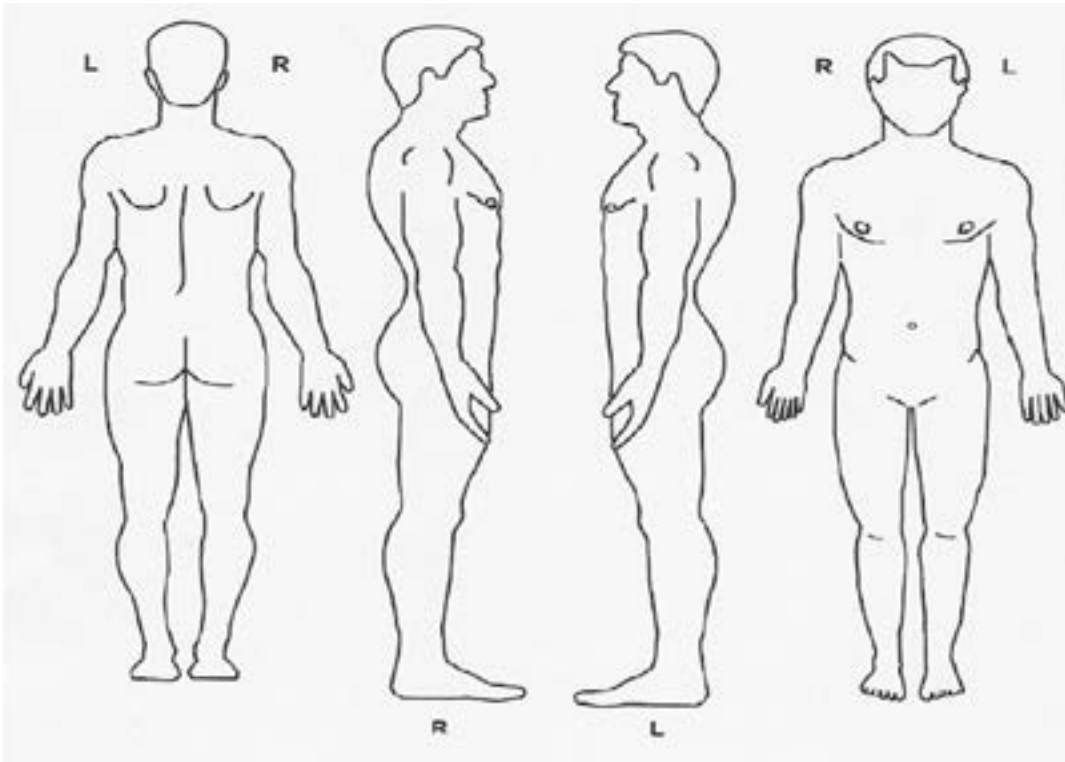
¿Otra región de dolor? _____

POR FAVOR INDIQUE TODAS LAS ÁREAS ADICIONALES DE DOLOR (Marcar todos que apliquen)

Dolor de cabeza	Ingle	Anal/Rectal	Hombro izquierdo
Facial	Cuello	Vaginal Escrotal	Hombro derecho
Pared de pecho	Mitad de la espalda	Brazo izquierdo	Cadera izquierda
Seno	Espalda baja	Brazo derecho	Cadera derecha
Abdominal	Glúteos	Pierna izquierdo	Rodilla izquierda
Pélvico	Cóccix	Pierna derecha	Rodilla derecha

¿Tiene otra región de dolor? _____

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 indique si lo siguiente **AUMENTA** o **DISMINUYE** su dolor:

AUMENTA DISMINUIR

- _____ Calor
- _____ Frio
- _____ Cambios del clima
- _____ Estar parado/de pie
- _____ Caminar
- _____ Hacer ejercicio
- _____ Inclinarsse (detrás)
- _____ Inclinarsse (delante)
- _____ Girar en la cintura
- _____ Mirar hacia arriba
- _____ Mirar hacia abajo
- _____ Girar el cuello
- _____ Acostarse boca arriba
- _____ Acostar en un lado
- _____ Masaje
- _____ Terapia física
- _____ Evacuación intestinal
- _____ Estornudar/Toser
- _____ Estrés
- _____ Medicamento
- _____ Otro: _____

¿ En los últimos 3 meses, ¿has tenido alguno de estos?

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

¿Tiene algún otro síntoma asociado con su dolor?

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

¿Tiene otros síntomas preocupantes no asociados con su dolor?

Sí No

Si contestó sí, por favor explicar. _____

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?

TRATAMIENTOS ANTERIORES

Marcar los TRATAMIENTOS PARA EL DOLOR ACTUAL y CUÁNDO SE LOS HICIERON:

Tratamiento	Parte del cuerpo/Área	Fecha(s)	MEJORAMIENTO/EFEECTO				
			Peor	Nada	Leve	Moderado	Excelente
Quiropráctica							
Acupuntura							
Masaje							
Terapia física							
Terapia acuática							
Programa de adelgazamiento							
Soporte para cuello/espalda							
Estimulador eléctrico de nervios transcutáneo							
Inyecciones de punto gatillo							
Inyección epidural de esteroides							
Inyección de articulación faceta							
Bloques de rama medial							
Ablación de radiofrecuencia							
Inyección sacroilíaca							
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 DIAGNÓSTICAS 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.

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. Please list **ALL CURRENT PAIN MEDICATIONS**.

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

No estoy tomando ningún medicamento para el dolor.

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

Por favor escribir **TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE NO SON PARA EL DOLOR**. Incluir medicamentos de prescripción o de venta libre, y suplementos herbales.

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 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 adeudado.

Firma: _____

Fecha: _____

(Paciente, guardiana o representativa del paciente)

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