

**Guarde este formulario antes de ingresar cualquier dato para asegurarse de que sus respuestas no se pierdan. Por favor imprima y firme su formulario completado antes de su cita.**

**INFORMACIÓN DE REFERENCIA**

Médico Remitente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Otros proveedores a los que le gustaría que MD Pain notifique sobre la visita al consultorio de hoy:  
 Proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_  
 Número de Licencia de Conducir/Estado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: Masculino Femenino Transgénero No binario  
 Dirección Particular: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono Preferido: \_\_\_\_\_ Casa Celular Trabajo  
 Secondary Phone Number: \_\_\_\_\_ Casa Celular Trabajo  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Idioma de Preferencia: Inglés Español Otro: \_\_\_\_\_

**PLAN DE SEGURO PRIMARIO**

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Número de Póliza/ID: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_  
 Parentesco con el Asegurado: \_\_\_\_\_

**SECONDARY INSURANCE PLAN**

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Número de Póliza/ID: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_  
 Parentesco con el Asegurado: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE RECLAMO POR COMPENSACIÓN LABORAL/LESIÓN PERSONAL (completar solo si corresponde)**

¿Esta visita está relacionada con un **reclamo de compensación laboral**? Sí No  
 Compañía de Seguros/Aseguradora de Compensación Laboral: \_\_\_\_\_ Fecha de la Lesión: \_\_\_\_\_  
 ID del Reclamo: \_\_\_\_\_ Nombre del Ajustador: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del Ajustador: \_\_\_\_\_ Fax del Ajustador: \_\_\_\_\_  
 Dirección para el Envío de Reclamos: \_\_\_\_\_

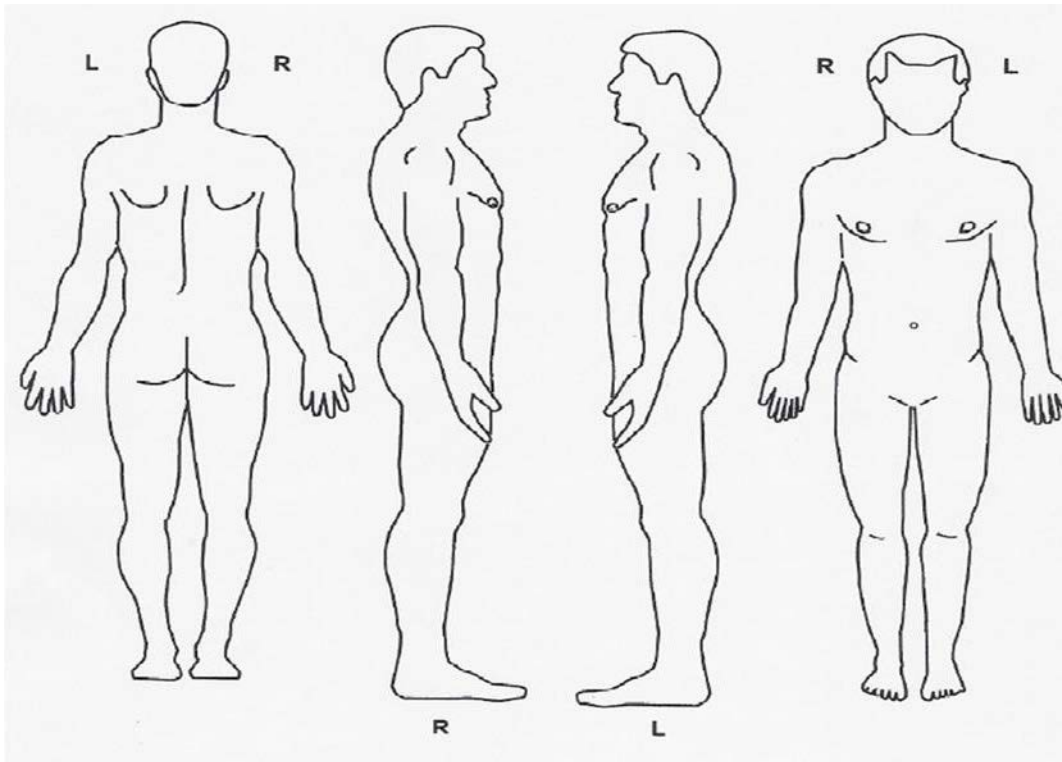
¿Esta visita está relacionada con un accidente automovilístico u **otro accidente y se ha presentado bajo un reclamo por lesiones personales**? Sí No  
 Nombre del Abogado de Lesiones Personales: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre del bufete del abogado de lesiones personales: \_\_\_\_\_ Compañía de Gravamen: \_\_\_\_\_

**FARMACIA PREFERIDA**

Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_



Por favor, marque las áreas de su cuerpo donde siente el dolor. Dibuje flechas hacia donde se irradia el dolor.



Describe su dolor usando las siguientes letras:

- Adolorido = A
- Ardiente = B
- Calambre = C
- Sordo = D
- Eléctrico = E
- Mordiente = G
- Espasmo muscular = M
- Entumecimiento = N
- Hormigueo = P
- Presión = R
- Agudo = H
- Punzante = S
- Pulsátil = T

Por favor, indique si lo siguiente **AUMENTA** o **DISMINUYE** su dolor:

	AUMENTA	DISMINUYE
Calor		
Frío		
Cambios de clima		
Estar de pie		
Caminar		
Ejercicio		
Inclinarse hacia adelante		
Inclinarse hacia atrás		
Girar la cintura		
Mirar hacia arriba		
Mirar hacia abajo		
Girar la cabeza		
Acostarse boca arriba		
Acostarse de lado (D/I)		
Masaje		
Fisioterapia		
Evacuación intestinal		
Estornudar / Toser		
Estrés		
Medicamentos		
Sentarse		

¿Tiene algún otro síntoma asociado con su dolor?

- Sudoración
- Cambios en el color de la piel
- Hinchazón
- Cambios en el crecimiento de vello o uñas
- Cambios en la temperatura de la piel
- Cambios en el intestino o la vejiga
- Mareos
- Dolores de cabeza
- Visión borrosa
- Otro \_\_\_\_\_

¿En los últimos 3 meses ha desarrollado algún síntoma nuevo?

- Problemas de equilibrio
- Dificultad para caminar
- Incontinencia urinaria
- Incontinencia fecal
- Debilidad; ¿Dónde? \_\_\_\_\_
- Entumecimiento; ¿Dónde? \_\_\_\_\_
- Problemas de control motor fino (abotonarse la camisa, usar un lápiz, etc.)
- Caídas o casi caídas; Fecha \_\_\_\_\_
- Uso de dispositivos de asistencia: Bastón Andador Otro \_\_\_\_\_
- Otros síntomas (por favor explique) \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún otro síntoma preocupante no relacionado con su dolor? Sí No En caso afirmativo, por favor explique:

**¿Cuánto afecta su dolor sus capacidades funcionales?** (0 = No afecta, 10 = Afecta significativamente)

Actividades de la vida diaria, como la higiene y las tareas del hogar:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Capacidad para funcionar e interactuar bien con familiares y amigos:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trabajo en su ocupación habitual: ( si no está trabajando)	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 PREVIOS DE MANEJO DEL DOLOR**

¿Ha estado anteriormente bajo el cuidado de un ESPECIALISTA EN MANEJO DEL DOLOR?  Sí  No

Si respondió 'Sí', por favor indique hasta los dos médicos más recientes que haya consultado:

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

**¿POR QUÉ YA NO ESTÁ BAJO EL CUIDADO DE ESTE MÉDICO?**

Por favor, enumere TODOS SUS MEDICAMENTOS ACTUALES PARA EL DOLOR. Incluya todos los medicamentos con receta y de venta libre.

Nombre del medicamento	Dosis (mg)	Frecuencia	Proveedor que prescribe	Sin Alivio	Alivio Leve	Alivio Moderado	Alivio Excelente

Si Actualmente Está Tomando Medicamentos Para el Dolor, ¿Continuará el Proveedor que los Prescribe Recetando Estos Medicamentos?  Sí  No

Actualmente no estoy tomando ningún medicamento para el dolor.

**EFFECTIVIDAD DE LOS MEDICAMENTOS ACTUALES PARA EL DOLOR**

<b>En General, ¿Sus Medicamentos Para el Dolor le Brindan ALIVIO DEL DOLOR?</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Aplica							
Si Respondió 'Sí', ¿Cuánto?	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<b>En General, ¿Sus Medicamentos Para el Dolor MEJORAN SU FUNCIÓN?</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Aplica							
Si Respondió 'Sí', ¿Cuánto?	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<b>En General, ¿Sus Medicamentos Para el Dolor MEJORAN SU CALIDAD DE VIDA?</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Aplica							
Si Respondió 'Sí', ¿Cuánto?	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

**¿SUS MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR LE CAUSAN ALGÚN EFECTO SECUNDARIO?**

Sí  No  No Aplica Si Respondió 'Sí', Por Favor Indique Qué Efectos Secundarios Está Experimentando

## HISTORIAL DE DOLOR Y MEDICAMENTOS RELACIONADOS

Por Favor Marque Todos los Medicamentos que Haya **PROBADO EN EL PASADO PARA EL DOLOR o PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL DOLOR** (Problemas de Sueño, etc.) y su **EFFECTIVIDAD**. (Marque Solo los que Correspondan)

### OPIOIDES Nunca he Tomado Medicamentos Opioides

Si Alguna Vez le han Recetado Opioides, ¿Qué Edad Tenía Cuando Comenzó a Tomarlos? \_\_\_\_\_

	U	N	E		U	N	E		U	N	E
Fentanilo (Parche de Duragesic, Actiq, Fentora, Subsys)				Propoxifeno (Darvocet, Darvon)				Tramadol (Ultram, Ultram ER, Tramadol ER, Ryzolt)			
Morfina (Avinza, Embeda, MS Contin, Kadian, Morphabond, MSER)				Oximorfona (Opana, Opana ER)				Codeína (Tylenol #3, #4)			
Metadona (Dolophine)				Hidromorfona (Dilaudid, Exalgo)				Meperidina (Demerol)			
Oxicodona (Roxicodone, Percocet, Endocet, OxyContin)				Hidrocodona (Vicodin, Norco, Lortab, Hysingla, Zohydro)				Otro:			
Buprenorfina (Butrans, Belbuca, Buprenex, Suboxone, Subutex)				Tapentadol (Nucynta, Nucynta ER)							

### ANTIINFLAMATORIOS Nunca he Tomado Antiinflamatorios

	U	N	E		U	N	E		U	N	E
Etodolaco (Lodine)				Oxaprozina (Daypro)				Piroxicam (Feldene)			
Ibuprofeno (Advil, Motrin)				Meloxicam (Mobic)				Indometacina (Indocin)			
Naproxeno (Aleve, Naprosyn)				Diclofenaco (Arthrotec, Voltaren, Zipsor, Parche de Flector)				Ketorolaco (Toradol)			
Celecoxib (Celebrex)				Nabumetona (Relafen)				Otro:			

### ASPIRINA y ACETAMINOFÉN Nunca he Tomado Aspirina o Acetaminofén

	U	N	E		U	N	E
Aspirina				Acetaminofén (Tylenol)			

### RELAJANTES MUSCULARES Nunca he Tomado Relajantes Musculares

	U	N	E		U	N	E		U	N	E
Baclofeno (Lioresal)				Clorzoxazona (Parafon-Forte, Lorzone)				Tizanidina (Zanaflex)			
Ciclobenzaprina (Flexeril, Amrix)				Orfenadrina (Norflex)				Diazepam (Valium)			
Metocarbamol (Robaxin)				Metaxalona (Skelaxin)				Otro:			
Carisoprodol (Soma)											

### ANTICONVULSIVOS Nunca he Tomado Anticonvulsivos

	U	N	E		U	N	E		U	N	E
Gabapentina (Neurontin, Gralise)				Carbamazepina (Tegretol)				Oxcarbazepina (Trileptal)			
Pregabalina (Lyrica)				Levetiracetam (Keppra)				Lamotrigina (Lamictal)			
Topiramato (Topamax, Trokendi XR, Qudexy XR)				Zonisamida (Zonegran)				Otro:			
Tiagabina (Gabatril)				Ácido Valproico (Depakote, Depakene)							

**CLAVE:** U = Útil | N = No es Útil | E = Efecto Secundario

**ANTIDEPRESIVOS (ISRS, IRSN)****Nunca he Tomado Antidepresivos**

	U	N	E		U	N	E		U	N	E
Duloxetina (Cymbalta)				Bupropión (Wellbutrin)				Desvenlafaxina (Pristiq)			
Venlafaxina (Effexor, Effexor XR)				Citalopram (Celexa)				Fluoxetina (Prozac)			
Amitriptilina (Elavil, Endep)				Escitalopram (Lexapro)				Nefazodona (Serzone)			
Nortriptilina (Pamelor, Aventyl)				Sertralina (Zoloft)				Milnaciprán (Savella)			
Mirtazapina (Remeron)				Protriptilina (Vivactil)				Trazodona (Desyrel)			
Desipramina (Pertofran, Norpramine)				Doxepina (Sinequan, Silenor)				Otro:			
Imipramina (Tofranil)				Paroxetina (Paxil)							

**OTROS MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR o DOLORES DE CABEZA****Nunca he tomado estos medicamentos**

	U	N	E		U	N	E		U	N	E
Sumatriptán/Naproxeno (Treximet)				Ramipril (Altace)				Mexiletina (Mexitil)			
Ergotamina (Ergostat, Cafergot, DHE, Migranal, Migergot)				Enalapril (Vasotec)				Esteroides (cortisona, paquete de dosis de Medrol, prednisona)			
Metisergida (Sansert)				Candesartán (Atacand)				OnabotulinumtoxinA (BOTOX) injections			
no changes (Cardiazem)				Irbesartán (Avapro)				Litio			
Verapamilo (Calan, Isoptin, Verelan)				Losartán (Cozaar)				Otro:			

**AUXILIARES PARA DORMIR****Nunca he tomado auxiliares para dormir**

	U	N	E		U	N	E		U	N	E
Zolpidem (Ambien)				Ramelteón (Rozerem)				Trazodona (Desyrel)			
Eszopiclona (Lunesta)				Oxibato de sodio (Xyrem)				Melatonina			
Temazepam (Restoril)				Doxepina (Silenor)				Otro:			
Zaleplón (Sonata)				Suvorexant (Belsomra)							

**SEDANTES Y MEDICAMENTOS PARA LA ANSIEDAD****Nunca he tomado auxiliares para dormir**

	U	N	E		U	N	E		U	N	E
Alprazolam (Xanax)				Clonazepam (Klonopin)				Lorazepam (Ativan)			
Diazepam (Valium)				Clorazepato (Tranxene)				Otro:			

¿Ha probado alguna vez cremas con receta como la crema EMLA, el gel Voltaren, etc., para su dolor?    Sí    No

¿Ha probado alguna vez cremas compuestas para el dolor de una farmacia de especialidad?    Sí    No

**CLAVE:** U = Útil | N = No es Útil | E = Efecto Secundario

## TRATAMIENTOS PREVIOS

Marque cualquier TRATAMIENTO PARA SU DOLOR que haya recibido y EN QUÉ FECHA(S) los recibió:

Tratamiento	Parte del cuerpo/Área/Nivel	Fecha(s)	MEJORA/EFEECTO				
			Peor	Ninguno	Leve	Moderado	Excelente
Fisioterapia							
Terapia acuática / en piscina							
Quiropráctica							
Acupuntura							
Terapia de masaje							
Programa de pérdida de peso							
Corsé para cuello o espalda							
Unidad TENS							
Inyección en el punto gatillo							
Inyección epidural de esteroides							
Inyección de facetas							
Bloqueos de la rama medial							
Ablación por radiofrecuencia							
Inyección en la articulación sacroilíaca							
Inyección en otras articulaciones							
Bloqueo de nervios periféricos							
Bloqueo del nervio simpático							
Estimulador de la médula espinal							
Bomba intratecal (para el dolor)							
Infusión de ketamina							
Vertebroplastia							
Cifoplastia							

Otro tratamiento:

No he recibido ningún tratamiento para mis dolencias actuales de dolor.

## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS E IMAGENOLÓGÍA

Enumere cualquier PRUEBA o ESTUDIO que se haya realizado para evaluar su dolor actual: (Marque TODO lo que corresponda)

Prueba	Parte del cuerpo/Área	Fecha(s)	Centro médico
Radiografía			
Tomografía Computarizada			
Resonancia Magnética			
Estudio de EMG/VCN			
Discografía			

Otro Tratamiento:

No he recibido ningún tratamiento para mi(s) queja(s) de dolor actual(es).

## MEDICAMENTOS ACTUALES QUE NO SON PARA EL DOLOR

(como los usados para tratar la presión arterial alta, el colesterol alto, etc.)

Por favor, enumere TODOS los medicamentos que NO sean para el dolor. Incluya medicamentos con receta, de venta libre (sin receta) y suplementos herbales. (Continúe en la página siguiente y/o adjunte una hoja aparte si es necesario)

Nombre del Medicamento	Dosis (mg)	Frecuencia

## MEDICAMENTOS ANTICOAGULANTES

Por Favor Indique Cuál, Si Acaso Alguno, De Los Sigüientes Medicamentos ANTICOAGULANTES Está Tomando:  
(Marque TODO Lo Que Corresponda) No Estoy Tomando NINGÚN Anticoagulante ACTUALMENTE.

Aspirina ( 81 mg 325 mg)	Arixtra (Fondaparinux)	ReoPro (Abciximab)	Antiinflamatorios	Ajo
Pletal (Cilostazol)	Xarelto (Rivaroxabán)	Pradaxa (Dabigatrán)	Heparina	Ginseng
Persantine (Dipiridamol)	Eliquis (Apixabán)	Plavix (Clopidogrel)	Lovenox (Enoxaparina)	Ginkgo
Aggrenox (Dipiridamol/Aspirina)	Savaysa (Edoxabán)	Effient (Prasugrel)	Coumadin (Warfarina)	Aceite de Pescado

Por favor enumere cualquier otro medicamento anticoagulante no mencionado arriba: \_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono del médico que prescribe: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES MÉDICOS

Por favor, marque las siguientes afecciones médicas que tenga o haya tenido en el pasado:

Nunca he tenido ningún problema médico.

### Cabeza/Ojos/Oídos/Nariz/ Garganta

Dolores de Cabeza  
Migrañas  
Lesión en la Cabeza  
Hipertiroidismo  
Hipotiroidismo

### Respiratorio

Asma  
Bronquitis Crónica  
EPOC  
Enfisema  
Cáncer de Pulmón  
Neumonía

### Cardiovascular

Ataque al Corazón  
Presión Arterial Alta  
Soplo  
Prolapso de la Válvula Mitral  
Enfermedad de la Arteria Coronaria  
Marcapasos  
Desfibrilador  
Enfermedad Vascular Periférica  
Trombosis Venosa Profunda

### Hematológico

Anemia  
VIH/SIDA  
Trastorno Hemorrágico  
Colesterol Alto  
Deficiencia de Proteína C/S  
Lupus Eritematoso Sistémico  
Deficiencia de Proteína C/S  
Linfoma  
Leucemia

### Gastrointestinal

Gastritis  
Úlceras Gástricas  
ERGE (Reflujo Ácido)  
Incontinencia Fecal  
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  
Artritis Reumatoide  
Osteoartritis  
Osteopenia  
Osteoporosis  
Fractura del Cuerpo Vertebral

### Genitourinario/Riñón

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 Piernas Inquietas  
Epilepsia/Convulsiones  
Neuralgia del Trigémino  
Otras Neuralgias  
Neuropatía Periférica

### Psicológico

Ansiedad  
Depresión  
Esquizofrenia  
Trastorno Bipolar  
Abuso de Medicamentos Recetados  
Uso de Drogas Ilegales  
Abuso de Alcohol

Por favor enumere cualquier otra afección médica que haya tenido y que no figure arriba:

## HISTORIAL QUIRÚRGICO PASADO

Por favor, indique cualquier procedimiento quirúrgico que haya tenido en el pasado, INCLUYENDO FECHAS, tipo de cirugía y detalles pertinentes. Nunca he tenido ningún procedimiento quirúrgico.

### Cirugía Abdominal:

Extirpación de la vesícula biliar (Colecistectomía) \_\_\_\_\_  
Extirpación del apéndice (Apendicectomía) \_\_\_\_\_  
Reparación de hernia \_\_\_\_\_  
Laparotomía \_\_\_\_\_  
Bypass gástrico \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

### Cirugía Ginecológica:

Histerectomía \_\_\_\_\_  
Ligadura de trompas \_\_\_\_\_  
Cesárea \_\_\_\_\_  
Laparoscopia \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

### Cirugía Cardiovascular:

Bypass de arteria coronaria \_\_\_\_\_  
Reemplazo de válvula \_\_\_\_\_  
Colocación de stent \_\_\_\_\_  
Reparación de aneurisma \_\_\_\_\_  
Cirugía vascular periférica \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

### Cirugía de Columna y Espalda:

Fusión cervical (cuello) \_\_\_\_\_  
Fusión lumbar (espalda baja) \_\_\_\_\_  
Laminectomía \_\_\_\_\_  
Discectomía \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

### Cirugía Ortopédica/de Articulaciones:

Cirugía de pie/tobillo \_\_\_\_\_  
Artroscopia o reparación de rodilla \_\_\_\_\_  
Reemplazo de rodilla \_\_\_\_\_  
Artroscopia o reparación de cadera \_\_\_\_\_  
Reemplazo de cadera \_\_\_\_\_  
Cirugía de hombro \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

### Cirugía Común:

Prostatectomía \_\_\_\_\_  
Tiroidectomía \_\_\_\_\_  
Amigdalectomía \_\_\_\_\_

Por favor, enumere cualquier otro procedimiento quirúrgico que haya tenido y que no figure en la lista anterior:

## HISTORIAL DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTOS PARA EL DOLOR

¿Ha tenido alguna vez algún problema o reacción adversa a la anestesia? Sí No Nunca he recibido anestesia.

En caso de ser Sí, ¿qué tipo de anestesia? \_\_\_\_\_; ¿Cuál fue la reacción? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna vez una reacción adversa al contraste de yodo utilizado durante un procedimiento para el dolor?

Sí No En caso de ser Sí, ¿cuál fue la reacción? \_\_\_\_\_

## ALERGIAS

¿Tiene alguna alergia a medicamentos? Sí No En caso de ser Sí, por favor enumere todos los medicamentos y las reacciones alérgicas:

Fármaco / Medicamento	Reacción Alérgica

## HISTORIAL SOCIAL

Consumo de Alcohol Nunca Ocasional Diario Historial de alcoholismo

Consumo de Tabaco Nunca Ocasional Diario, ¿cuántos paquetes por semana? \_\_\_\_\_

Consumo de Drogas Ilegales Nunca Ocasional Diario Historial de consumo de drogas, ¿Qué droga? \_\_\_\_\_

¿Algún problema con el mal uso, abuso o adicción a medicamentos recetados? Sí, actualmente Sí, en el pasado No

En caso de ser Sí, ¿qué medicamentos recetados? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su situación laboral actual? Empleado Desempleado Jubilado Discapacitado (% de discapacidad \_\_\_\_\_)

Ocupación (si está empleado): \_\_\_\_\_ Si está desempleado, trabaja a tiempo parcial o tiene restricciones laborales, ¿se debe esto a su condición actual de dolor? Sí No

¿Está involucrado actualmente en algún litigio relacionado con este dolor?

No Sí, nombre y número de teléfono del abogado: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL PSIQUIÁTRICO

¿Consulta actualmente a un psiquiatra, psicólogo o terapeuta?    Sí    No    En caso de ser Sí, ¿con quién? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido pensamientos recientes de hacerse daño a sí mismo o a otras personas?    Sí    No

¿Padece usted alguna de las siguientes afecciones psiquiátricas?

Depresión	Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad (TDA/TDAH)
Ansiedad	Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)
Trastorno Bipolar	Trastorno de Personalidad
Abuso de sustancias / Adicción	Esquizofrenia

¿Tiene antecedentes personales de abuso físico, emocional, sexual u otro tipo de trauma?    Sí    No

Prefiero no responder (Si la respuesta es "Sí" y es pertinente para su dolor, por favor comuníquelo a su proveedor médico).

## MEDICINA PREVENTIVA: EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS

Si tiene 65 años o más, por favor marque todas las opciones que se apliquen a su caso.

¿Ha tenido alguna caída en el último año?

No he tenido caídas en el último año	1 caída sin lesiones en el último año
1 caída con lesiones en el último año	2 o más caídas sin lesiones en el último año
2 o más caídas con lesiones en el último año	

## HISTORIAL MÉDICO Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Certifico que la información anterior es precisa, completa y verdadera. Autorizo a MD Pain y a cualquier asociado, asistente y otros proveedores de atención médica que considere necesarios, para tratar mi condición. Entiendo que no se ha realizado ninguna garantía o promesa de un resultado o cura específica. Acepto participar activamente en mi cuidado para maximizar su eficacia. Doy mi consentimiento para que MD Pain recupere y revise mi historial de medicamentos. Entiendo que esto pasará a formar parte de mi expediente médico. Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de MD Pain, el cual está exhibido para inspección pública en sus instalaciones y en su sitio web. Este Aviso describe cómo la información médica protegida puede ser utilizada y divulgada, y cómo puedo acceder a mis registros de salud. Autorizo a MD Pain a divulgar mi Información Médica Protegida (registros médicos) de acuerdo con su Aviso de Prácticas de Privacidad. Esto incluye, pero no se limita a, la divulgación a mi médico referente, médico de atención primaria y cualquier médico(s) al que se me pueda derivar. También autorizo a MD Pain a divulgar cualquier información requerida para obtener la autorización de procedimientos o el procesamiento de cualquier reclamo de seguro. Entiendo que MD Pain no divulgará mi Información Médica Protegida a ninguna otra parte (incluyendo familiares) sin que yo complete un formulario por escrito de "Autorización del Paciente para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida", disponible en sus instalaciones y en su sitio web. Si se me solicita proporcionar 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 el derecho de rechazar pruebas específicas, pero entiendo que esto puede afectar mi tratamiento de control del dolor. Este acuerdo puede ser revocado por mí en cualquier momento mediante notificación por escrito y es válido hasta que sea revocado. Por la presente, cedo al Laboratorio mi derecho a los beneficios del seguro que puedan ser pagaderos a mi favor por los servicios prestados, derivados de cualquier póliza de seguro, plan de salud de autoseguro, Medicare o Medicaid a mi nombre o en mi representación. Además, autorizo el pago de beneficios directamente al Laboratorio. Entiendo que la aceptación de la cesión del seguro no me exime de ninguna responsabilidad relativa al pago de los servicios de laboratorio y que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que estén cubiertos por mi seguro o no. También reconozco que el Laboratorio puede ser un proveedor fuera de la red con mi aseguradora. Se espera el pago total a los 30 días de ser notificado de cualquier saldo adeudado. Tenga en cuenta que si no realiza el pago del saldo de mi cuenta al vencimiento, esta cuenta será remitida a una agencia de cobranza. En ese caso, la tarifa de contingencia evaluada por la agencia de cobranza se añadirá al capital e intereses adeudados. Usted será adicionalmente responsable de los honorarios de abogados. Tanto los honorarios de la agencia de cobranza como los honorarios de abogados aumentarán el saldo que usted adeuda. MD Pain puede rechazar citas si los saldos no son pagados.

Firma: \_\_\_\_\_  
(Paciente, tutor o representante del paciente)

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_



## Política de Cancelación y Falta de Asistencia (No-Show)

Entendemos que pueden surgir situaciones que hagan necesario cancelar su cita. En consecuencia, solicitamos que nos proporcione un aviso de cancelación con al menos 24 horas de antelación para evitar cualquier cargo. Esto permitirá a los médicos ofrecer ese horario a otros pacientes que necesiten atención. Las citas con nuestros especialistas tienen una gran demanda y su cancelación anticipada brindará a otra persona acceso a una atención médica oportuna.

**Los cargos por cancelación y falta de asistencia (No-Show) son responsabilidad exclusiva del garante y no pueden ser facturados a la compañía de seguros.**

### Cargos por Cancelación:

- Cualquier paciente establecido que no llame para cancelar 24 horas antes de su cita está sujeto a un cargo por cancelación de \$40.00.
- Cualquier cita para procedimientos (en el centro quirúrgico) que no se cancele 48 horas antes de la hora programada para la cita está sujeta a un cargo por cancelación de \$100.00.

### Cargos por Falta de Asistencia (No-Show):

Los pacientes que no se presenten a su cita o cancelen el MISMO DÍA de la cita serán considerados como **"No-Show"** (falta de asistencia) y están sujetos a un cargo por falta de asistencia. Los pacientes que falten a dos o más citas dentro de un período de 12 meses pueden ser dados de alta de la clínica.

- **\$50.00 Cargo por falta de asistencia (No-Show) para *Pacientes Nuevos***
- **\$40.00 Cargo por falta de asistencia (No-Show) para *Pacientes Establecidos***
- **\$100.00 Cargo por falta de asistencia (No-Show) para *Procedimientos Quirúrgicos (realizados fuera del consultorio en un centro quirúrgico).***

Los pagos pueden realizarse directamente a nuestra Oficina de Facturación (303.422.9438) o a nuestra Oficina Principal (303.750.8100).

**N.º de Tarjeta de Crédito:** \_\_\_\_\_ **Vencimiento:** \_\_\_\_\_ **CVV (al reverso):** \_\_\_\_\_

**Código Postal de Facturación:** \_\_\_\_\_

Por favor, firme para indicar que ha leído y comprende la Política de Cancelación y Falta de Asistencia (No-Show) anterior.

**Nombre del Paciente o Tutor (letra de molde):** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente o Tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

## Declaración de Terapia con Opioides

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

MD Pain es una clínica integral para el dolor que incluye la gestión de medicamentos y una 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 clínica de dolor. Por lo tanto, si proporcionamos la gestión de medicamentos, también requerimos que los pacientes se sometan a procedimientos intervencionistas con nosotros.

En MD Pain, el objetivo de nuestros médicos y personal es ayudarle a recuperar su vida mediante la reducción de su dolor y la mejora de su funcionamiento diario. Logramos 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 de opioides, incluyendo la adicción, seguimos las recomendaciones y pautas aplicables de la Agencia para el 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 al tratamiento del dolor con opiáceos.

Además, solo recetamos medicamentos opioides si, después de una evaluación exhaustiva, la estratificación de riesgo de los formularios que usted completa, y tras un historial y examen físico detallados, determinamos que la patología del paciente justifica su uso, cumple con criterios específicos y otras opciones de tratamiento (incluyendo medicamentos alternativos no opioides para el dolor) no han logrado resultados satisfactorios.

La declaración de terapia con opioides y el acuerdo del paciente sirven para documentar que tanto usted como su médico están de acuerdo en un plan de atención para que las sustancias controladas se utilicen de una manera segura y efectiva en el tratamiento de su dolor. pain.

**MD Pain adopta un enfoque conservador respecto a la terapia con opioides.** Dependiendo de la situación específica de cada paciente, es posible que estos medicamentos no se receten en absoluto, se receten en una dosis más baja o se cambien por un opioide alternativo más seguro y apropiado. Los resultados de las investigaciones siguen demostrando evidencia contradictoria sobre el uso a largo plazo de medicamentos opioides para el dolor crónico no oncológico.

Las dosis altas o en aumento constante pueden dar lugar a un mayor riesgo de dependencia física, adicción por tolerancia y un aumento del dolor (hiperalgesia inducida por opioides). Se ha demostrado que la dosis eficaz más baja de opioides, utilizada junto con medicamentos no opioides y en combinación con procedimientos para el control del dolor, fisioterapia, terapia de salud mental y otros tratamientos conservadores, produce los mejores resultados efectivos a largo plazo.

Realizamos un seguimiento de los resultados de nuestros tratamientos para hacer todo lo posible por garantizar que nuestros pacientes reciban la ayuda necesaria. 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 como eficaz.

## Efectos Secundarios de los Medicamentos Opioides

Entiendo que el medicamento que tomaré puede causar efectos secundarios que incluyen, entre otros: somnolencia o letargo, estreñimiento, incapacidad para orinar, náuseas, vómitos, mareos, reacción alérgica, supresión del sistema inmunológico, deficiencias hormonales, problemas sexuales, falta de coordinación, enfermedad renal o hepática y adelgazamiento o debilidad ósea.

Además, el medicamento puede hacer que mis reflejos y mi tiempo de reacción se vuelvan más lentos. Por último, el medicamento puede causar que mi respiración se vuelva superficial y más lenta, lo que reduce el suministro de oxígeno a mi cuerpo; esto puede provocar déficits neurológicos, mentales, cognitivos y físicos permanentes, y posiblemente la muerte.

He leído, entiendo y reconozco la Declaración de Terapia con Opiáceos de MD Pain.

**Nombre del Paciente en Letra de Molde:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Acuerdo entre Proveedor y Paciente sobre Opioides y Sustancias Controladas Consentimiento para el Tratamiento

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo y acepto voluntariamente que:

Identificación de Opciones de Tratamiento Alternativas: Soy consciente de que mi médico y su personal han analizado los posibles beneficios y riesgos de otros tratamientos que no incluyen la terapia con opioides. Estos tratamientos incluyen, entre otros, medicamentos no opioides, inyecciones, fisioterapia, terapia de salud mental y cirugía.

Entiendo mi condición y solicito voluntariamente que mi médico/proveedor y su personal traten mi afección. Además, autorizo a mi proveedor a administrar o prescribir sustancias controladas/opioides/"analgésicos" con el fin de tratar mi dolor crónico. Estoy de acuerdo con tomar estos medicamentos y de ninguna manera mi proveedor me obligó ni me convenció de tomarlos.

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

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

Participaré en todos los demás tipos de tratamiento en los que se me pida participar dentro de lo razonable.

Seré responsable de mis medicamentos y los mantendré en un lugar seguro, bajo llave y fuera del alcance de los niños.

No venderé mi medicamento ni lo compartiré con otros. Entiendo que si lo hago, mi tratamiento será suspendido y se podrá llamar a las autoridades.

Si mi medicamento se pierde o es robado, entiendo que no será reemplazado hasta mi próxima cita y es posible que no sea reemplazado en absoluto.

No tomaré el medicamento de nadie más.

No ajustaré mi medicación por mi cuenta. Entiendo que debo solicitar una cita para que se realicen cambios en mis medicamentos. Soy consciente de que se me puede pedir que traiga a mi cita los frascos de mis recetas con la etiqueta de la farmacia y las pastillas restantes que pueda tener. Autorizo a MD Pain a contar mis pastillas si es necesario.

Tomaré mi medicamento según las instrucciones y no cambiaré la forma en que lo tomo sin hablar primero con el médico u otro miembro del equipo de tratamiento.

Si consulto a otro médico que me recete un medicamento de sustancia controlada (por ejemplo, un dentista, un médico de la Sala de Emergencias u otro hospital, etc.), debo traer este medicamento a MD Pain en el frasco original, incluso si ya no quedan pastillas.

Mantendré (y llegaré a tiempo a) todas mis citas programadas con el médico y otros miembros del equipo de tratamiento.

No llamaré entre citas, ni por la noche o los fines de semana buscando resurtidos y entiendo que no se realizarán resurtidos anticipados o de emergencia.

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

Siempre trataré al personal del consultorio con respeto. Entiendo que si soy irrespetuoso con el personal o interrumpo la atención de otros pacientes, mi tratamiento será suspendido.

Le diré al médico todos los demás medicamentos que tomo y le informaré de inmediato si tengo una receta para un medicamento nuevo.

No obtendré ningún medicamento para el dolor que no sea opioide ni otros medicamentos recetados para el tratamiento de la ansiedad o el dolor de otros proveedores sin el permiso de mi proveedor de MD Pain. Si se toman con opiáceos, entiendo que estas drogas, como las benzodiazepinas (Klonopin/clonazepam, Xanax/alprazolam y Valium/diazepam) o estimulantes (Ritalin, anfetamina), pueden ser adictivas, peligrosas para mi salud o incluso causar la muerte.

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

Vendré para realizarme pruebas de drogas y el conteo de mis pastillas dentro de las 24 horas posteriores a ser llamado (pruebas aleatorias). Entiendo que debo asegurarme de que el consultorio tenga mi información de contacto actualizada para poderme localizar, y que cualquier prueba omitida se considerará positiva para drogas.

Me mantendré al día con cualquier factura del consultorio e informaré al médico o miembro del equipo de tratamiento de inmediato si pierdo mi seguro o ya no puedo pagar el tratamiento. Entiendo que puedo perder mi derecho al tratamiento en este consultorio si incumplo cualquier parte de este acuerdo.

Consentimiento de comunicación del proveedor: Autorizo a mi proveedor a hablar con mis otros proveedores, farmacéuticos y abogados, cuando sea apropiado para mi atención. Les doy permiso para discutir mi uso de opioides en lo que respecta a mi atención. Sé que mi proveedor o el personal de MD Pain revisarán el CO-PDMP y firmaré un formulario de autorización para permitir que el médico hable con todos los demás médicos o proveedores que consulte.

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

## Derecho a Interrumpir el Tratamiento o Medicamento

Comprendo que puedo interrumpir el uso de mi medicamento en cualquier momento y acepto notificar al médico y/o a su personal inmediatamente al interrumpir el uso de mi medicamento. Entiendo que se me puede proporcionar supervisión, si es necesario, por parte de mi médico y/o su personal si decido interrumpir mi medicamento. En esta situación, se sugerirá atención alternativa por parte de otros proveedores de dolor o adicciones y usted será liberado de este acuerdo.

Sé que estos opioides y medicamentos controlados serán suspendidos por los proveedores de MD Pain si ocurre cualquiera de los siguientes:

- Yo intercambio, vendo, regalo, uso indebidamente o abuso de estos medicamentos.
- MD Pain determine que he incumplido cualquier parte de este acuerdo.
- No me presento de inmediato para una prueba de sangre, orina o saliva, o para un conteo de pastillas, si así lo solicita MD Pain. Autorizaré al personal de MD Pain a contar mis pastillas si es necesario.
- Mis pruebas de sangre, orina o saliva muestran la presencia de medicamentos controlados o no controlados que no han sido reportados previamente a MD Pain, la presencia de drogas ilegales o alcohol, o no muestran los opioides y otros medicamentos controlados que me han sido recetados por MD Pain.
- Recibo recetas de opioides y medicamentos controlados de fuentes distintas a MD Pain, a menos que se haya acordado y discutido previamente con mi médico o proveedor de MD Pain.
- Cualquier miembro del personal profesional de MD Pain considere que, por mi propio bien, desde un punto de vista de seguridad o responsabilidad, el tratamiento con opioides y medicamentos controlados debe ser suspendido.
- Demuestro CUALQUIER comportamiento agresivo, beligerante o inaceptable hacia cualquier médico, proveedor, paciente o miembro del personal de MD Pain.
- Falto constantemente a las citas programadas en MD Pain, incluyendo visitas al consultorio y procedimientos programados en MD Pain o en cualquier otra instalación utilizada por MD Pain.
- Uso de drogas ilícitas (p. ej., cocaína, metanfetamina, heroína, kratom).
- Falsificar o mentir sobre los antecedentes médicos, incluyendo no revelar riesgos de adicción como antecedentes familiares de abuso, abuso previo de drogas o alcohol, o experiencia militar previa.

Mi firma indica que entiendo y acepto cumplir con cada punto expuesto en esta página y entiendo que, si no cumplo con cualquier punto expuesto en esta página, puedo ser dado de alta de esta clínica.

---

**Nombre del Paciente en Letra de Molde**

---

**Firma del Paciente**

---

**Fecha**

Doy fe de que he explicado cada punto expuesto en esta página a dicho paciente y que dicho paciente indicó su comprensión de cada punto firmando en cada área indicada en este formulario.

---

**Firma del Personal Fecha**

---

**Fecha**