



**Charles R. Stevens, M.D.**  
Fellowship Trained in Anesthesia  
Pain Management

Date:

¡Bienvenido a Advanced Pain Associates! Su médico primario le refirió a Dr. Charles Stevens, que se especializa en el tratamiento del dolor.

Estamos felices que usted se una a nuestra clínica, y esperamos manejar su dolor a su comodidad. Hemos hecho una consulta para \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_.

Adentro, encuentra su paquete de paciente nuevo, este paquete debe de estar llenado para la primera cita. Favor de firme cada forma que requiere una firma antes de su cita. Si no está llenado completamente, su consulta será cancelada y reprogramada.

Requerimos que traigan todo su medicamento en cada visita. Esto es por su seguridad de su salud.

Sera requerido a dar un muestra de orina en su primera visita y periódicamente después de esa muestra.

Llamaremos a su médico primario y le daremos la fecha y hora de su consulta.

Gracias y esperamos servirle.

Respetosamente,

Dr. Charles Stevens y El Personal APA

1665 South Imperial Ave., Suite D  
El Centro, CA 92243  
(760) 482-0212 Phone  
(760) 482-0166 Fax

**Charles R. Stevens, M.D.**  
**Póliza del paciente**

Gracias por elegir nuestra clínica para el manejo de su dolor. Le damos la bienvenida y nos gustaría tomar la oportunidad para proporcionarle información acerca de lo que debe esperar de su visita.

**Para un mejor servicio:** Por favor llene completamente el paquete de información hacia el paciente. Esto nos permitirá obtener una visión general sobre su historial de dolor. Si usted va a recibir una inyección, por favor permita de 30-45 minutos para su visita. Si está tomando cualquier tipo de anticoagulantes (Coumadin, Plavix, Aspirina) por favor déjenos saber con anticipación, para proveerle con instrucciones apropiadas acerca de cómo suspenderlos antes del procedimiento de inyección.

Su primera visita deberá de consistir de una consulta solamente. Si su médico le ha referido específicamente para un procedimiento de inyección, infórmenos para programarle apropiadamente su cita.

Tenga en cuenta que se requiere autorización previa para ciertas aseguradoras de salud que pudiesen retrasar el recibir una inyección en su primera visita pero se le será atendido en el modo más apropiado.

Co-pagos deberán saldarse al momento de su visita y para su conveniencia; cheques, efectivo y tarjetas de crédito son aceptados. Por favor de traer consigo su(s) tarjetas de seguro medico.

Le pedimos que si no le es posible mantener su cita, favor de comunicárnoslo por lo menos con 24 horas de anticipación. No podremos atenderle apropiadamente si no mantiene sus citas perdidas o canceladas al mínimo. Se lo agradecemos de antemano.

Gracias por su comprensión y entendimiento hacia nuestra póliza financiera. Por favor déjenos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

Un aviso sobre las Practicas de Privacidad podrá obtenerse enviando una solicitud por escrito a nuestra oficina al 1665 South Imperial Ave. Suite D, El Centro, CA 92243.

Autorizo al Dr. Charles R. Stevens proporcionar información a la(s) compañía(s) de seguro sobre mi enfermedad y tratamientos. También autorizo todos los pagos médicos de los servicios médicos prestados a mi dependiente o hacia mi persona.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/persona responsable/tutor

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

Autorizo la liberación de mi expediente médico a cualquier compañía de seguro, ajustador, examinador o abogado solicitado en referencia a mi tratamiento. Una fotocopia deberá ser considerada efectiva y valida como la original.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/persona responsable/tutor

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

**Asignación de Beneficios:** Autorizo pago de beneficio médicos directamente a el Dr. Charles R. Stevens y Advanced Pain Associates por los servicios prestados a mi dependiente o hacia mi persona.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/persona responsable/tutor

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

---

## **Préambulo de Lenguaje. Plantilla de Muestra**

Nos da un gran orgullo nuestra reputación para proporcionar los niveles más altos de calidad en salud para nuestros pacientes. Sin embargo, nos damos cuenta que hay ocasiones en que nuestros pacientes pueden no estar satisfechos con el resultado de sus tratamientos. También reconocemos estos casos y el paciente tiene todo el derecho de proceder legalmente si siente que hemos sido negligentes de alguna manera. Nosotros respetamos ese derecho.

Mientras algunas demandas médicas son justificadas, existen otras que se interponen de manera frívola en nuestro país—demandas que persiguen seguros y que impactan las decisiones de la corte para pacientes que realmente merecen alguna compensación. Creemos que si se tiene un acuerdo oportuno en el proceso del tratamiento relacionado con el uso de expertos certificados del comité nos ayudará a alcanzar una resolución sobre cualquier problema.

### **NUESTRO COMPROMISO CON USTEDES**

Nos comprometemos a utilizar únicamente testigos médicos expertos del Comité Americano de Especialidades Médicas (ABMS, por sus siglas en inglés) en cualquier situación legal siguiendo el código de ética de nuestra sociedad de especialidad nacional. Estos pasos aseguran que los testigos médicos han aprobado las evaluaciones y han demostrado su especialidad en el campo apegándose a un sólido código de ética.

Demostramos este compromiso con ustedes con la firma de este formato.

### **LO QUE LES PEDIMOS**

Les pedimos que ustedes o cualquier representante se comprometa también con este proceso, usando únicamente testigos médicos certificados por el comité si no están satisfechos con su tratamiento y desean emprender una acción legal.

Esperamos y creemos que nunca tendrán que considerar hacer esto de nuevo, pero en caso de que así sea, honraremos este compromiso con ustedes.

---

Muestra de Language **(EXTENDIDA)**

**POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE**  
**CONVENIO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

Yo, \_\_\_\_\_ (*escribir el nombre del Paciente/Tutor*) seré referido (a) en este acto y de aquí en adelante como, “El Paciente/Tutor”.

*Dr. Charles R. Stevens de Advanced Pain Associates*, seré representado(a) en este acto y de aquí en adelante como el “Médico”.

Entiendo que estoy celebrando una relación contractual con el Médico para la atención de la salud. También entiendo que las demandas sin mérito ni fundamento por malas prácticas médicas tienen un efecto adverso en el costo y disponibilidad de los servicios médicos para los pacientes pudiendo resultar en daño irreparable para el médico. Como consideración adicional a la atención profesional brindada para mí, el Paciente/Tutor por el Médico, acuerdo en no proceder legalmente dando inicio o avance a ninguna demanda sin mérito ni fundamento por malas prácticas médicas en contra del Médico.

Si inicio o persigo acción legal contra una práctica médica que merezca méritos, consiento en usar como testigos expertos (con respecto a los problemas relacionados con la atención médica), sólo a médicos del certificados por el Comité Americano de Especialidades Médicas en la misma especialidad del médico en cuestión. Además, consiento en que los médicos retenidos por mí y a mi favor, serán todos miembros disciplinados de American Board of Anesthesiology.

Consiento en que el(los) experto(s) estará(n) obligado(s) a apegarse a las directrices del código de conducta definido por el \_\_\_\_\_ y el(los) experto(s) también se obligan a consentir completamente en que se realice una revisión de la conducta de dicha sociedad y de sus miembros, American Board of Anesthesiology.

Consiento en solicitar los servicios de un abogado contratado por mí y a un médico para que actúe a mi favor como testigo experto para apegarse a estas disposiciones.

Además, el Médico acepta de común acuerdo las estipulaciones anteriores.

Cada una de las partes acepta que la conclusión obtenida por una sociedad especializa a través de un experto en el proceso será utilizada para apoyar o refutar la evidencia de una demanda sin mérito ni fundamento.

El Paciente/Tutor y el Médico acuerdan que este Convenio se celebra entre las partes individualmente y sus respectivos sucesores, apoderados, representantes personales, cónyuges y otros dependientes.

El Médico y el Paciente/Tutor convienen en que estas disposiciones se aplicarán para cualquier demanda interpuesta por mala práctica médica en base a una teoría de contrato, negligencia, agresión o cualquier otra teoría de remedio legal.

El Paciente/Tutor reconoce que se le ha dado suficiente oportunidad para leer este convenio y para exponer cualquier duda cerca del contenido del mismo.

---

Médico

Paciente/Tutor

---

Vigente a partir de la fecha del tratamiento

Fecha de la Firma

## Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. Revísela con cuidado.

### Sus derechos

#### Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

➤ *Ver página 2 para mayor información sobre estos derechos y cómo ejercerlos.*

### Sus opciones

#### Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

➤ *Ver página 3 para mayor información sobre estas opciones y cómo ejercerlas.*

### Nuestros usos y divulgaciones

#### Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

➤ *Ver páginas 3 y 4 para mayor información sobre estos usos y divulgaciones.*

## Sus derechos

### Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitar que corrijamos su historial médico

- Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

## Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

## Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

*Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.*

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.*

Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

*Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.*

*continúa en la próxima página*

**¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?** Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
  - Prevención de enfermedades.
  - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
  - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
  - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
  - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
  - En reclamos de compensación de trabajadores.
  - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
  - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
  - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

*Notas:*

*No creamos o mantenemos un directorio del hospital.*

*No creamos o mantenemos notas de psicoterapia en esta práctica.*

*Acceso a su información de salud protegida puede obtenerse también mediante nuestro Portal de Paciente. Póngase en contacto con nuestra oficina para más información sobre cómo registrarse para el recurso en el internet.*



## Nuestras responsabilidades

---

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

## Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

*Fecha de Vigencia: 07/09/2014*

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.

*Advanced Pain Associates  
1665 S. Imperial Ave., Suite D  
El Centro, CA 92243*

*Este aviso también se aplica a ECRMC que opera los servicios de emergencia en la zona del Centro:  
El Centro Regional Medical Center  
1415 Ross Ave.  
El Centro, CA 92243*

---

*1665 S. Imperial Ave., Suite D  
El Centro, CA 92243  
Phone: 760-482-0212 Fax: 760-482-0166*

**CHARLES R. STEVENS, M.D.**  
**ADVANCED PAIN ASSOCIATES**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_

Dirección para correspondencia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Códigopostal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Genero: (F) (M)

Estado Civil \_\_\_\_\_

No. de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

No. de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_

---

\*Persona en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

No. de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

No. de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

---

Medico primario \_\_\_\_\_ Medico que lo recomendó: \_\_\_\_\_

No. deteléfono: \_\_\_\_\_ No. deteléfono: \_\_\_\_\_

No. de telefax: \_\_\_\_\_ No. detelefax: \_\_\_\_\_

---

**Farmacias:**

Farmacia primaria: \_\_\_\_\_ Farmacia secundaria: \_\_\_\_\_

---

**INFORMACION DE POLIZA DE SEGURO REQUERIDA:**

Póliza de seguro primaria: \_\_\_\_\_ Secundaria: \_\_\_\_\_

No. de identificación o No. de póliza

No. de identificación o No. de póliza

A nombre de quien está la póliza

A nombre de quien está la póliza

SS# del titular

Fecha de nacimiento

SS# del titular

Fecha de nacimiento

---

**POLIZA DE CITAS PERDIDAS O CANCELADAS:**

Habrà un honorario de \$25 dólares por cada cita perdida o cancelada del mismo día. Todas las citas deberán ser canceladas con 24 horas de anticipación. Si habla después del horario de servicio, puede dejar mensaje con nuestro servicio de mensajes. Se le advierte que su póliza de seguro **NO** cubre este honorario de citas perdidas o canceladas.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Advanced Pain Associates  
Charles Stevens, M.D.  
1665 South Imperial Ave., Suite D  
El Centro, CA 92243  
Phone: 760-482-0212 Fax: 760-482-0166

## Información de Empleado

Nombre del paciente:

Empleador: \_\_\_\_\_

Supervisor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_      Teléfax: \_\_\_\_\_

Fecha de empleo: \_\_\_\_\_

Fecha de Lesión: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

# Forma de Admisión Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Medico que lo refirió \_\_\_\_\_ Medico Familiar \_\_\_\_\_

1. Use la siguiente numeración para indicar qué tan severo es su dolor:

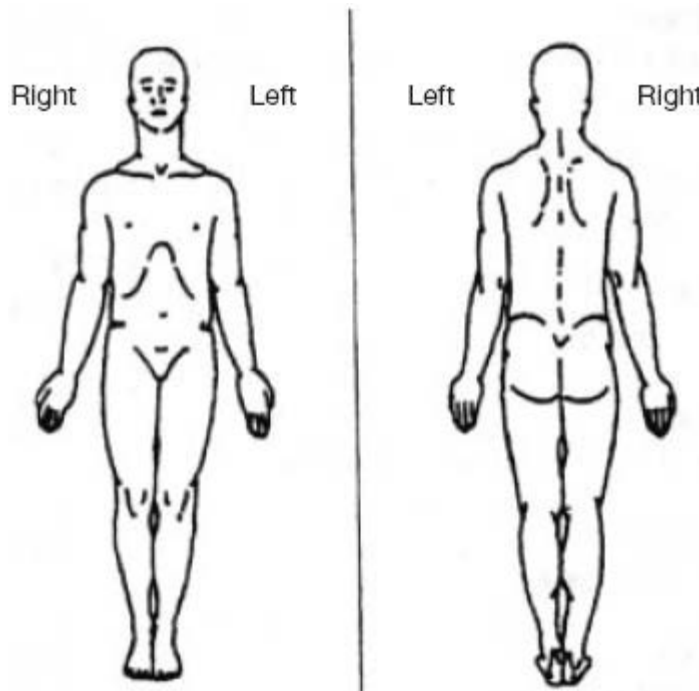
Su dolor mas grave:

Sin Dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor Insoportable o el peor que ha sentido en su vida

Su dolor habitual o cotidiano:

Sin Dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor Insoportable o el peor que ha sentido en su vida

2. Por favor marque las áreas de su dolor:



3. Por favor indique su grado de la actividad:

Sin Actividad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy Activo

4. ¿Su dolor migra a otra parte de su cuerpo?  No  Si, donde: \_\_\_\_\_

5. Complete lo siguiente:

	Nada	Leve	Moderado	Severo
Dolor pulsátil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrupto dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor punzante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor agudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor tipo cólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor ardiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿Qué frase que mejor describe su dolor?

- Siempre presente, siempre misma intensidad
- Siempre presente, la intensidad varía
- Por lo general presente, pero tienen períodos cortos sin el dolor
- A menudo presente, pero libre de dolor durante la mayor parte del día
- De vez en cuando presente, tengo el dolor de una vez a varias veces por día, durando de unos minutos a una hora
- De vez en cuando presente durante breves períodos pocos días o semanas
- Raramente presente, tengo el dolor pocos días o semanas

7. ¿A qué hora del día es su dolor peor?

- Al levantarse
- En la Mañana
- Media mañana
- En la Tarde
- En la Noche
- La hora de acostarse
- Noche durante las horas de dormir
- El dolor siempre está presente todo el día
- El dolor varía, pero no es severo o peor a determinada hora

8. ¿Alguno de las siguientes incrementa su dolor?

- Toses, estornudo
- Sentado
- De pie
- Posar
- Andando
- Actividad física
- Actividad sexual
- Otro \_\_\_\_\_

9. ¿Alguno de las siguientes disminuye su dolor ?

- La Relajación
- Posar
- El Calor
- Nada lo hace sentirse mejor
- Sentado
- De Pie
- Andando
- Actividad sexual
- Medicamentos
- Bebidas Alcohólicas
- Otro \_\_\_\_\_

**Si usted tiene o ha tenido alguno de los siguientes, favor de marcar de lo consiguiente:**

**Constitucional**

- |  |   |   |                                   |   |
|--|---|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Anorexia        | <input type="checkbox"/> Escalofrío     | <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío | <input type="checkbox"/> Mareo    | <input type="checkbox"/> Hinchazón facial |
| <input type="checkbox"/> Fatiga          | <input type="checkbox"/> Fiebre         | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza      | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Aumento de peso  |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Desmayos       | <input type="checkbox"/> Olvido               | <input type="checkbox"/> Jaquecas | <input type="checkbox"/> Pérdida de sueño |
| <input type="checkbox"/> Nerviosismo     | <input type="checkbox"/> Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Sudores              |                                   |   |

**Cardiovascular (CV)**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho            | <input type="checkbox"/> Irregularidad en las contracciones del corazón | <input type="checkbox"/> Murmullo cardíaco                                      |
| <input type="checkbox"/> Congestión en el pecho     | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho                              | <input type="checkbox"/> Presión en el pecho                                    |
| <input type="checkbox"/> Dolor de la pared torácica | <input type="checkbox"/> Claudicación intermitente                      | <input type="checkbox"/> Disnea   |
| <input type="checkbox"/> Disnea de esfuerzo         | <input type="checkbox"/> Edema  | <input type="checkbox"/> Palpitación  |
| <input type="checkbox"/> Edema extremidad inferior  | <input type="checkbox"/> Síncope  | <input type="checkbox"/> Falta de aliento (en cada situación fuera de vertical) |
| <input type="checkbox"/> Paroxística nocturna       |   |   |

**Orejas, Nariz, Garganta (ENT)**

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de oreja | <input type="checkbox"/> Epistaxis (hemorragia nasal) | <input type="checkbox"/> problemas auditivos       | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición |
| <input type="checkbox"/> Ronquedad      | <input type="checkbox"/> Congestión nasal             | <input type="checkbox"/> flujo procedente del oído |   |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis      | <input type="checkbox"/> Roncar                       | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos      |   |
| <input type="checkbox"/> Cambio de voz  | <input type="checkbox"/> Pólipos nasales              | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta         |   |

**Endocrina**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Soplo  | <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío     | <input type="checkbox"/> Fatiga                     | <input type="checkbox"/> Engrandecimiento de la glándula tiroides |
| <input type="checkbox"/> Presencia de pechos desarrollados en un hombre |   | <input type="checkbox"/> La intolerancia al calor   |   |
| <input type="checkbox"/> Defecar excesivo                               | <input type="checkbox"/> Aumento de la sudoración | <input type="checkbox"/> Hinchazón de las piernas   |   |
| <input type="checkbox"/> Que está todo el tiempo sediento               | <input type="checkbox"/> Orina mucho              | <input type="checkbox"/> Aumento del ritmo cardíaco | <input type="checkbox"/> Tremor                                   |

**Ojos**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diplopía             | <input type="checkbox"/> Resequedad en los ojos      | <input type="checkbox"/> Secreción ocular  |  |
| <input type="checkbox"/> Eritema del ojo      | <input type="checkbox"/> Cuerpo extraño en el ojo    | <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos | <input type="checkbox"/> Puntos en la visión |
| <input type="checkbox"/> Fotofobia            | <input type="checkbox"/> Enfermedad que opaca el ojo |  | <input type="checkbox"/> Cambio en la visión |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión |  |  |  |

**Gastrointestinal (GI)**

- |  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal   | <input type="checkbox"/> Cambios en los hábitos intestinales | <input type="checkbox"/> Estreñimiento  | <input type="checkbox"/> Diarrea         |   |
| <input type="checkbox"/> Indigestión       | <input type="checkbox"/> Hemorroides                         | <input type="checkbox"/> Náusea         | <input type="checkbox"/> Sangrado rectal |   |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón y gases | <input type="checkbox"/> Sangre en el vómito                 | <input type="checkbox"/> Sangrado fecal | <input type="checkbox"/> Ictericia       | <input type="checkbox"/> Excremento negro |
| <input type="checkbox"/> La onicofagia     | <input type="checkbox"/> Vómitos                             |   |  |   |

**Hematología / Oncología**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Contusiones fácilmente | <input type="checkbox"/> Tos con sangre    | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los ganglios linfáticos |  |
| <input type="checkbox"/> Masa en el cuello      | <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos | <input type="checkbox"/> Palidez conjuntival                   | <input type="checkbox"/> Sangrado Espontáneo |

**Genitourinario Masculino (GU)**

- |  |   |  |                                     |                                   |
|--|---|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Supresión de la orina / Pocas ganas de orinar | <input type="checkbox"/> Dificultad o dolor al orinar |  |                                     |                                   |
| <input type="checkbox"/> Presencia de sangre en la orina               | <input type="checkbox"/> La frecuencia urinaria       | <input type="checkbox"/> La incontinencia urinaria |                                     |                                   |
| <input type="checkbox"/> Retención urinaria                            | <input type="checkbox"/> Urgencia urinaria            | <input type="checkbox"/> Dolor en el flanco        | <input type="checkbox"/> Impotencia | <input type="checkbox"/> Nocturia |

### Misceláneo

- Aspiración
- Insomnio
- Mareo
- Sonrojo
- Fiebre del heno
- Tener hipo
- Pérdida de la memoria
- Dolor de dientes

### Musculo/esqueletico

- Dolor de las articulaciones
- Dolor de espalda
- Estiramiento de la parte posterior de la cintura
- Dolor muscular
- Estiramiento del cuello
- Inflamación de las articulaciones
- Dolor en las extremidades

### Neurologico

- Olvido de la lengua de resultados de una lesión cerebral
- Perturbación del sistema nervioso
- Migraña
- Vértigo
- Dificultad para articular palabras en ciertas enfermedades nerviosas
- Anomalías al andar
- Cambio en el estado mental
- distorsión los sentidos
- Convulsión
- Espasmo / espasticidad

### Psicológico

- Ansiedad
- Abuso del alcohol
- Despersonalización
- Depresión
- Des realización
- Atarantamiento
- Miedo a morir
- Sensación de asfixia
- Alucinación
- Cambio en el estado mental
- Pánico
- Mala memoria
- Pensamientos Psicóticos
- Estrés
- Ideación Suicida
- Déficit en el Vocabulario

### Pulmonar

- Radiografía de tórax anormal
- Asma
- Sangre en el esputo
- Bronquitis
- Tos crónica
- Flema crónica
- Tos
- Neumonía
- Corto de respiración
- Jadeante

### Piel

- Encostrar
- Contusiones fácilmente
- Edema
- Abrasión
- Lesiones sin dolor
- Erupción cutánea
- Úlcera – No se curan
- Ampollas tensas

### Pecho

- Masa en la seno
- Dolor en el pecho
- Pezones Agrietados
- Secreción del pezón
- Pezón agrietado
- Pezón irritación
- Retracción del pezón
- No lactancia
- Hoyuelos en la piel
- Hinchazón
- sensibilidad

### Genitourinario Femenina

- Falta de menstruación
- Supresión de la orina
- Los cólicos menstruales
- Dificultad o dolor al orinar
- Dolor en el flanco
- Dolor menstrual
- Presencia de sangre en la orina
- Flujo mensual exagerado
- La incontinencia urinaria
- Nocturia
- Frecuencia urinaria
- Desecho vaginal
- Retención urinaria
- Urgencia urinaria

Es esta lesión está relacionada con su trabajo? \_\_\_\_\_

Cuando comenzó su dolor? \_\_\_\_\_

Como comenzó su dolor? \_\_\_\_\_

Ubicación de su peor dolor: \_\_\_\_\_

Otros puntos dolorosos: \_\_\_\_\_

Describa su dolor:

Constante    Intermittente    Episódico (sin patrón)    dolor    Apuñalamiento

Punzante    Presión    Hormigueo/entumecimiento    caminado

Ardor    Tiro    Otro \_\_\_\_\_

Que hace empeorar su dolor? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Que hace mejorar su dolor? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamientos previos – (incluya todos los médicos, terapias, chiropractico; inyecciones, y medicamento para ayudar su dolor)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pruebas y procedimientos de diagnostico completados

Imágenes de Resonancia Magnética (MRI)

Tomografía computarizada (CT)    Rayos X    Electromiografía (EMG)    Velocidad de conducción nerviosa (NCV)    Exámenes de laboratorio    Gammagrafía Ósea (Bone Scan)

Otro: \_\_\_\_\_

**Alergias:** \_\_\_\_\_

Lista de reacciones (ejemplo: erupción cutánea, dificultad para respirar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Está experimentando algo de lo siguiente?**

Inexplicable tristeza    Incapacidad para disfrutar de actividades    Escena retrospectiva

Violencia física    Fobias

Abuso Sexual    Perdida de apetito    Ataques de pánico

Problema/dificultad para dormir:    para conciliar el sueño    durante el sueño; cuantas horas duerme? \_\_\_\_\_

Siente Depresión (tristeza, vacío)?    No    Algo    Moderado    Significante

Ha sido arrestado? \_\_\_\_\_   Ha estado encarcelado? \_\_\_\_\_

Hay algún acto legal relacionado con su dolor? \_\_\_\_\_





**Historial familiar:** P = padre; M = madre S = hermano(a)

\_\_\_\_\_ Dolor crónico      \_\_\_\_\_ Fibromialgia      \_\_\_\_\_ Artritis      \_\_\_\_\_ trastorno de sangrado  
\_\_\_\_\_ Abuso de sustancias      \_\_\_\_\_ Abuso de alcohol      \_\_\_\_\_ Diabetes      \_\_\_\_\_ Hipertensión  
\_\_\_\_\_ Problemas del corazón      \_\_\_\_\_ Migraña      \_\_\_\_\_ Depresión      \_\_\_\_\_ Suicidio  
\_\_\_\_\_ Cáncer; tipo: \_\_\_\_\_

**Historial Social/Vocacional**

Casado(a) vive con el conyugue       nunca ha sido casado(a)       divorciado(a)/separado(a)  
 Viudo(a)       vive en unión libre       vive solo(a)  
 Enliste sus pasatiempos: \_\_\_\_\_

A quien busca para apoyo social? \_\_\_\_\_

**Hábitos**

Cafeína/cantidad por día: \_\_\_\_\_  fumar/ cantidad por día: \_\_\_\_\_  Alcohol/ cantidad por día: \_\_\_\_\_

Alguna vez ha usado alguna droga ilícita? Si marco, que tipo? \_\_\_\_\_

**Certificación** (debe ser firmada por el paciente)

**Certifico que he respondido sinceramente todas las preguntas, y no he retenido deliberadamente cualquier información relativa a cualquiera de los problemas mencionados, pasado o presente**

\_\_\_\_\_  
Su firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del médico de revisión

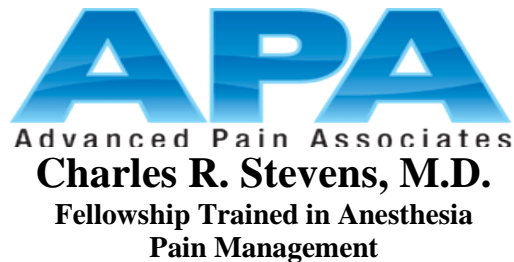
\_\_\_\_\_  
Fecha

**ALTO! (La siguiente sección deberá ser usada SOLAMENTE por el médico)**

**Anotaciones del medico :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





## **C.U.R.E.S. - Programa de monitoreo de medicamentos**

(PDMP) La misión de la Prescripción del Programa de Monitoreo de Drogas de California es reducir la desviación de drogas farmacéuticas, mientras que la promoción de la práctica médica legítima y la atención al paciente. PDMP acumula la Lista II a IV de prescripción de sustancias controladas y la información para facilitar la dispensación de la conciencia y de la intervención de desvío. Se supone prescriptores y farmacéuticos dedican sus habilidades profesionales para identificar y ayudar a los abusadores de sustancias controladas.

La prescripción de los profesionales y los dispensadores debe tratar esta información de acuerdo con las disposiciones de la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad (HIPAA ), la Ley de Confidencialidad de Información Médica de California, y la sección de Salud y Seguridad de 11 165 ( c). Los usuarios encargados de hacer cumplir la ley deben obtener, utilizar y compartir esta información con los socios de la justicia penal sólo en combinación con los asuntos de investigación criminal. Estos datos no podrán ser divulgados, vendida o transferida.

Todos nuestros pacientes serán monitoreados a través de este programa sobre una base mensual. Vamos a ser capaces de ver su actividad en diferentes farmacias, así como las prescripciones dadas por otros médicos. Si usted está en violación de su contrato con **Advanced Pain Associates** puede ser despedido de nuestra clínica. Si usted tiene alguna pregunta por favor no dude en hablarnos.



Charles R. Stevens, M.D.  
Fellowship Trained in Anesthesia  
Pain Management

### **Consentimiento y Justificación para la administración de la prueba de Depresión**

**Justificación:** El objetivo de la administración de este cuestionario es valorar la situación psicológica del paciente y evaluar condiciones o enfermedades relacionadas con Depresión. Esta evaluación o prueba, no necesariamente está limitada a la relación de su Dolor y síntomas depresivos. Las indicaciones para la aplicación incluyen: El uso de medicamentos prescritos para la depresión, establecer parámetros de base para la depresión crónica o situacional, determinar si existe depresión post-traumática, evaluación de los posibles efectos secundarios de medicamentos y la cuantificación de la depresión en relación con condiciones medicas como el Cáncer, enfermedades crónico degenerativas y metabólicas.

#### **Indicaciones Principales:**

1. Enfermedades Crónico Degenerativas de cualquier índole.
2. Síndromes dolorosos
3. Condiciones reumatológicas inmunes o endocrinológicas
4. Trastornos cardiacos y vasculares.
5. Trauma o historia de condiciones traumáticas
6. Relación o afectación de medicamentos y depresión.

#### **A continuación se describen los posibles resultados de la prueba rápida de detección para depresión**

**Negativo:** No existe evidencia de depresión tratable.

**Al Borde o Al Límite:** Usted puede estar experimentando niveles de tensión, ansiedad, depresión u otros síntomas psicológicos fuera de rangos típicos. Puede estar justificada una evaluación adicional o repetir la prueba para la sugerencia de una consulta profesional.

**Positivo:** La probabilidad de que una condición psicológica esté presente en el paciente es alta y debe ser tomada en cuenta la intervención inmediata. Se debe de intervenir para determinar la cause de los factores causales de los síntomas o el estado depresivo. Evaluaciones adicionales son fuertemente recomendadas en la evaluación de los posibles cambios o identificar nuevos síntomas que puedan surgir con el tiempo.

**Renuncia Expresa o voluntaria:** Este Tamiz o cribado poblacional es una evaluación para identificar aquellos pacientes que puedan estar en riesgo de una depresión inherente o aquella que presentes factores secundarios relacionados. Los resultados de esta encuesta no son diagnosticas pero son sugerentes de opciones de intervención y terapia. Se le ha dado al paciente la oportunidad de entablar preguntas y obtener información adicional. En dado caso que se solicite la información del listado de profesionales locales se puede proveer al paciente bajo petición.

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Advanced Pain Associates  
Charles R. Stevens, M.D.  
1665 S. Imperial Ave. Suite D  
El Centro, CA 92243**

---

DESIGNATED INDIVIDUALS AUTHORIZATION FORM  
FORMA DE AUTORIZACION DE INDIVIDUOS DESIGNADOS

---

**ENGLISH:**

I hereby authorize one or all of the designated parties below to request and receive the release of any protected healthcare information regarding my treatment, payment or administrative operations related to treatment and payment. I understand that the identity of the designated parties must be verified before the release of any information.

**ESPAÑOL:**

Por este medio autorizo a una o todas las personas designadas en la lista de abajo para solicitar y recibir la revelación de alguna información de salud con respecto a mi tratamiento, pago o operaciones administrativas relacionadas con tratamiento y pago. Entiendo que la identidad de las personas designadas debe ser verificadas antes de la revelación de alguna información.

Authorized designees / Designados autorizados:

Name / Nombre: \_\_\_\_\_ Relationship / Parentesco: \_\_\_\_\_

Name / Nombre: \_\_\_\_\_ Relationship / Parentesco: \_\_\_\_\_

Name / Nombre: \_\_\_\_\_ Relationship / Parentesco: \_\_\_\_\_

Name / Nombre: \_\_\_\_\_ Relationship / Parentesco: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient Name – please print / Nombre Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Patient Signature / Firma Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

# **Contrato del Paciente con Advanced Pain Associates**

## **Acuerdo de sustancias opiáceas controladas, información y consentimiento**

Medicamentos opiáceos se utilizan con criterio en el tratamiento de las condiciones de dolor benigno o maligno. Lo siguiente es un acuerdo y explicación de cuestiones relacionadas con el tratamiento de trastornos dolorosos mediante el uso de medicamentos opiáceos y/o otras sustancias controladas.

Estos medicamentos incluyen pero no se limitan a la Morfina (por ejemplo, MS continua, Kadian, MS IR) Oxiconona (por ejemplo, Percocet, Oxycontin, Roxiconona), Hidromorfona (dilaudid), Hidrocodona (por ejemplo, Vicodin, Lortab, Norco), Propoxifeno (por ejemplo, Darvocet), Fentanil (por ejemplo, parche Duragesic, Actiq), Metadona, codeína (por ejemplo Tylenol No.3), las Benzodiazepinas (por ejemplo, Valium, Xanax), estimulantes (por ejemplo, Adderall, Ritalin), los barbitúricos (por ejemplo, Fioricet, Fiorinel), etc.

### **Efectos secundarios y riesgos:**

Debido a que estos medicamentos son potencialmente peligrosos, como lo son todos los medicamentos, los efectos secundarios y los riesgos se revisan con usted al iniciar el tratamiento y posteriormente a intervalos periódicamente. Efectos secundarios/riesgos incluyen pero no se limita a reacciones alérgicas, sedación, somnolencia, depresión respiratoria (es decir, la respiración lenta), retención urinaria, represión del ciclo menstrual, desequilibrio hormonal, estreñimiento, picazón, dependencia física, tolerancia, adicción o la muerte.

### **Precaución:**

Medicamentos opiáceos pueden causar somnolencia. Bebidas alcohólicas deben evitarse o usarse con sumo cuidado y con moderación después de la aprobación de su Médico de dolor al tomar estos medicamentos. Conducir un vehículo u operar maquinaria peligrosa puede no permitirse inicialmente hasta que se obtenga una dosis estable de estos medicamentos. Por lo general, la mayoría de los efectos secundarios después del consumo de opiáceas desaparecen con el tiempo, con el uso continuo, excepto para la constipación intestinal que debe ser abordado seriamente y tratado si llegase a ser necesario. Si se tomo la decisión de terminar el tratamiento con opiáceas, hacerlo gradualmente en lugar de interrumpirlo abruptamente para evitar los síntomas de abstinencia (ejemplo, aumento de dolor, agitación, náusea, diarrea).

Las siguientes condiciones deben ser seguidas y en acuerdo mientras el paciente está bajo tratamiento con Advanced Pain Associates. En caso de algún incumplimiento con cualquiera de estas condiciones puede dar lugar a darle de baja del servicio médico con nuestra práctica.

Advanced Pain Associates debe ser la única fuente para los medicamentos previamente revisados con usted (el paciente). El paciente no podrá obtener estos medicamentos bajo otra fuente o médico excepto cuando se le haiga previamente aprobado por Advanced Pain Associates.

El paciente entiende el objetivo del tratamiento es mejorar la calidad de vida y capacidad para funcionar en su vida cotidiana y/o trabajar.

Estos parámetros se evaluarán periódicamente para determinar los beneficios del tratamiento con opiáceas y consecuentemente ajustar la dosis del medicamento.

El paciente es consciente de que le/ella debe tomar los medicamentos prescritos y siguiendo las instrucciones indicadas. Cualquier cambio en la dosis debe ser previamente aprobada por el médico con Advanced Pain Associates.

El paciente se compromete a utilizar sola una farmacia cuya información de contrato y dirección proporcionada por el paciente al médico o personal con Advanced Pain Associates. Si por cualquier razón otra farmacia es

utilizada (por ejemplo, falta de algún determinado medicamento) el paciente debe notificar a Advanced Pain Associates.

## **NO SE RE-EMPLAZARAN LAS RECETAS, MEDICAMENTOS PERDIDOS OR ROBADAS**

Es responsabilidad del paciente que se surtan las recetas correctamente en la farmacia. Si el paciente se da cuenta de un medicamento se ha perdido o robado deberá presentarse un informe a la policía y el numero de caso deberá presentarse a nuestra oficina con Advanced Pain Associates.

Para garantizar la eficacia del tratamiento y para fines de control el paciente debe mantener todas las citas recomendadas.

## **Las recetas de estupafacientes no se darán por teléfono, después de horas, durante los fines de semana o vacaciones.**

Si hay una necesidad de cambiar cualquier prescripción de estupefaciente, se le hará una nueva cita.

Advanced Pain Associates tiene derecho a comunicarse directamente con otros proveedores de salud y farmacias en relación con el uso del paciente con sustancias controladas.

El tratamiento con opiáceos generalmente es solo una parte del plan de tratamiento en general. El paciente deberá cumplir con todas los demás tratamientos tal y como se describió por su médico con Advanced Pain Associates.

Se le pedirá al paciente muestra de sangre o orina para detección de medicamento ingerido al igual de un recuento de las píldoras recetadas. Negarse a este procedimiento da pie a que se le dé de alta de los servicios médicos con Advanced Pain Associates.

El paciente entiende que el uso compartido de los medicamentos mencionados anteriormente con cualquier persona esta absolutamente prohibido y es contra la ley.

El paciente entiende que los resultados de las pruebas de orina y/o sangre podrán compartirse con el proveedor de salud del paciente, compañía de seguros u otras organizaciones de reembolso, y farmacia. El paciente autoriza a cualquier otro proveedor de salud, farmacia, policía, o cuerpo del poder judicial para liberar cualquier información pertinente a la prescripción médica y/o resultados de las muestras de orina y sangre.

El paciente está de acuerdo que el uso de sustancias ilícitas (cocaína, marihuana, etc.) durante el tratamiento está estrictamente prohibido. Si se llagase a comprobar cualquiera de estas sustancias en la muestra de orina/sangre se le dará de alta de los servicios médicos. La única excepción es el uso de la Marihuana para propósitos medicinales y prescrito por un medico certificado en los Estados Unidos.

Yo, el abajo firmante, certifico, que anteriormente se discutió conmigo y lo comprendo plenamente y de acuerdo con todos los requisitos anteriores e instrucciones. Yo entiendo que el incumplimiento a lo anterior puede resultar en darme de alta de los servicios con Advanced Pain Associates.

## **HIPPA AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD Información de salud que mantenemos sobre el paciente**

Mantenemos registro de:



- Su nombre (si es diferente) el nombre y la relación de la persona que reciba tratamiento
- Su dirección
- Su número telefónico
- Su (o del paciente, si es diferente) condición medica
- La fecha en que el médico diagnostico la condición medica
- Hallazgos clínicos relacionados a la condición de tales como los resultados de los exámenes de sangre, procedimientos, exámenes y diagnósticos
- Su seguro y otra información de cobertura, como registros de facturación

## **SUS DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACION DE SALUD**

Usted tiene derecho de:

- Solicitar restricciones en ciertos usos y divulgaciones (no estamos obligados a aceptar la restricción)
- Recibir comunicaciones de información de salud protegida por medios alternativos o en lugares alternativos como números de teléfono particular, teléfono celular, etc. Podremos dejar mensajes a cierto o a todos los números telefónicos enlistados en la forma demográfica por el paciente. Contactar al cónyuge divulgando información sobre su cita, cuidado médico, o cualquier información relacionada con su cuidado médico.
- Inspeccionar, copiar, modificar su información de salud protegida por Advanced Pain Associates.
- Recibir una lista de ciertas divulgaciones de su información de salud protegida.
- Recibir una copia impresa de este aviso, aun si se ha recibido en forma electrónica.

## **COMO UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION DE SALUD**

Nosotros solo revelaremos información de salud de acuerdo y como lo exigen y permiten las leyes federales y estatales. En algunos casos la ley requiere que usted autorice dicha divulgación. En otros casos, la ley nos permite revelar su información de salud sin su consentimiento.

### **Uso y divulgación que no requieren de su autorización:**

**Tratamiento:** Podemos utilizar su información de salud para actividades de tratamiento, como revelarla con otros proveedores de salud, lo más útil para su tratamiento.

**Re-embolso:** Podemos utilizar, divulgar su información de salud para nuestras actividades de pago y de colección, como en el envío de reclamaciones a las compañías de seguros para pago de los productos de tratamiento metabólico.

**Operaciones de atención medica:** Podemos utilizar y divulgar su información de salud para administrar o programar operaciones, tales como revisar la calidad de los servicios recibidos.

**Asociados Comerciales:** Podemos divulgar su información de salud a las organizaciones que nos ayudan con nuestro trabajo tales como el servicio de facturación que utilizamos para tramitar las reclamaciones a su compañía de seguro de salud. Tenemos un acuerdo escrito que requieren estas organizaciones a utilizar su información de salud por solo las razones necesarias para hacer el trabajo y protegerla de otros usos de divulgaciones, al igual que lo hacemos nosotros.

**Para contactarle:** Podemos utilizar la información en su registro de salud para contactarle si tuviésemos información sobre su tratamiento u otros beneficios relacionados con su salud, y servicios que podrían ser de su interés.

### **Otros usos y divulgaciones permitidas:**

HIPPA específicamente nos permite a utilizar o revelar su información de salud para otros fines sin su consentimiento o autorización. En nuestra experiencia dichas divulgaciones son raras y la escasa información que mantenemos generalmente no se aplica. Sin embargo, que cuando autorizado por la ley y en la medida en que tengamos la información, HIPPA nos permite divulgar dicha información a:

- Cumplir con los requisitos de las leyes federales, estatales o locales, órdenes judiciales o procesos legales y administrativas o procedimientos de la corte.
- Informar sobre una autoridad de salud pública con el fin de prevenir o control de enfermedad, lesión o discapacidad.
- Informar a la FDA para calidad, seguridad o eficacia de los productos y actividades regulados por la FDA.
- Notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o de lo contrario puede estar en riesgo de contraer y propagar una enfermedad of condición.
- Reportar abuso, abandono o violencia en el hogar a una autoridad de Gobierno.
- Proporcionar información necesaria para una agencia de supervisión de salud para actividades tales como auditorias, investigaciones, inspecciones, obtener la licencia del sistema de salud, programas de beneficios del Gobierno y las entidades reguladas.
- A un funcionario de aplicación de la ley y a los fines de la aplicación de ley especificado
- Médicos forenses, para la identificación o determinar la causa de muerte
- Directores de funeraria para llevar a cabo sus funciones en relación al difunto
- Organizaciones de adquisición de órganos- para facilitar la donación y trasplantaciones
- Investigadores-para llevar a cabo estudios aprobados por una junta de revisión institucional
- Prevenir o disminuir una amenaza grave e eminente para la salud de una persona o publica.
- Oficiales Federales autorizados especializados en funciones de gobierno como actividades militar y veteranos. Seguridad Nacional, actividades de inteligencia, servicios de protección para el Presidente, determinación de aptitud médica, institutos correccionales, entidades de gobierno que prestan servicios públicos.
- Cumplir con las reglas de compensación de trabajadores.

**Autorización de llamadas/comunicación, mensajes, vía telefónica, telefax y correo electrónico:**

Yo, el abajo firmante, autorizo al personal de Advanced Pain Associates para dejar mensajes en mi contestador automático o a un teléfono celular en cuanto a mi cuidado o para recordatorio de citas, cualquier otro tipo de comunicación e información vía telefónica, telefax y/o correo electrónico.

**Usos y divulgaciones con su autorización:**

Otros usos y divulgaciones o información personal requieren su autorización por escrito.

**Al firmar este formulario reconozco haber leído y comprendido el contrato y seguiré estas instrucciones durante mi tratamiento. También he recibido una copia de este acuerdo para mis archivos.**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**MRN:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente :** \_\_\_\_\_

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