

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Fecha de nac: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_ Lugar de nac: \_\_\_\_\_

Dirección postal: ( ) Igual que en casa \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléf. celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Seguro primario: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Seguro sec.: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Tabaco? Sí No Anterior Nunca Sexo: M F ( )Rechazado.

Orientación Sexual: \_\_\_\_\_ ( )Rechazado. Idioma: \_\_\_\_\_ Raza: ( )Blanco ( )Afroamericano ( )Nativo americano ( )Asiático ( )Nativo de Hawai/

Islas del Pacifico ( )Rechazado. Etnia: \_\_\_\_\_ ¿Tiene una directiva anticipada de atención médica (testamento vital, poder notarial para atención

médica)? Sí No ( )Negarse a participar. Si la respuesta es SÍ, ¿puede traer una copia? Sí No. Nombre del sustituto de atención médica: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia #1: \_\_\_\_\_ Teléf.: \_\_\_\_\_ de emerg. #2: \_\_\_\_\_ Teléf.: \_\_\_\_\_

- ¿Dónde debemos dejar información sobre sus citas, análisis de laboratorio u otros asuntos de atención médica? Teléf ( ) Casa ( ) Celular \_\_\_\_\_

- ¿Se pueden dejar mensajes confidenciales (por ejemplo, citas, análisis y resultados) en su buzón de voz o correo electrónico? ( ) Sí ( ) No

- ¿A quién más podemos informar sobre sus condiciones médicas y diagnósticos? Nombre/Teléf \_\_\_\_\_

- Esta autorización se renovará automáticamente anualmente A MENOS que el paciente nos indique que cambiemos la información.

**Paciente de Medicare:** Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga a mí o en mi nombre a BRYAN X. LEE, MD, UNA CORPORACIÓN MÉDICA PROFESIONAL por cualquier servicio que me brinde esta práctica. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a revelar a la administración de financiamiento de atención médica y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Por la presente autorizo a Medicare a proporcionar al médico cualquier información sobre mis reclamaciones de Medicare según el Título XVIII de la Ley del Seguro Social. Una Copia de esta Firma es tan válida como el original. **Paciente de seguro comercial:** Por la presente autorizo la divulgación de la información necesaria para presentar un reclamo ante mi compañía de seguros y asignar los beneficios que de otro modo serían pagaderos a mí, a la práctica indicada en el reclamo. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi compañía de seguros. Una copia de esta firma es tan válida como el original.

• **Reconocimiento del paciente sobre la privacidad de la información de atención médica:** Entiendo que, según la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para: Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente; Obtener pagos de terceros pagadores; Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas. Me han informado de su Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Se me ha otorgado el derecho de revisar dicho Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta práctica tiene derecho a cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo hacer que esta organización en cualquier momento en la dirección registrada obtenga una copia actual del Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se utiliza o divulga mi información privada para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, está obligado a cumplir con dichas restricciones. Entiendo que puedo revocar este reconocimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que usted haya tomado medidas basándose en este reconocimiento. • **Cuotas de penalización y exención de elegibilidad para miembros del seguro:** la cita perdida en el consultorio cuesta \$50, el procedimiento perdido cuesta \$150 y el "cheque sin fondos" cuesta \$25. La verificación de su cobertura de seguro para beneficios de atención médica se realizará como cortesía. Sin embargo, si su cobertura NO es efectiva, usted será responsable de todos los pagos. • **Consentimiento general:** Por la presente doy mi consentimiento y solicito procedimientos/pruebas de diagnóstico y tratamiento que el personal profesional de esta práctica considere aconsejables. Reconozco que he leído este formulario de consentimiento y comprendo su contenido. Tuve la oportunidad de discutirlo y cualquier pregunta que tuve fue respondida a mi completa satisfacción.

**OPIOID/CONTROLLED MED. AGREEMENT/ACUERDO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS/OPIOIDES.** Este acuerdo solo se aplica si le recetan opioides. Como parte de su tratamiento del dolor, Bryan X. Lee, MD y/o su(s) asociado(s) pueden recetarle opioides ("narcóticos") u otros medicamentos controlados, medicamentos (por ejemplo, benzodiazepinas, anticonvulsivos). Este acuerdo se aplica solo si está viendo al Dr. Lee y/o a su(s) asociado(s) médico(s) de forma REGULAR y le han recetado medicamentos OPIOIDES/CONTROLADOS. Si lo transfieren/le dan de alta nuevamente a su atención primaria u otro proveedor de atención médica, siga las pautas establecidas por él/ella. Al firmar a continuación, el paciente acepta lo siguiente: • Tomaré los analgésicos exactamente según lo recetado, no cambiaré la dosis o el horario, ni los mezclaré con otras sustancias/medicamentos controlados sin la aprobación de mi médico. Entiendo que los medicamentos controlados/para el dolor, especialmente si se usan incorrectamente, pueden provocar complicaciones, como paro respiratorio, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, parálisis, coma y muerte. • Mantendré las citas regulares y llamaré con al menos 24 horas de anticipación si necesito reprogramarlas. Es posible que no haya una reposición anticipada de medicamentos. Las recargas solo se aceptarán durante el horario de oficina, no los fines de semana, días festivos ni noches. • Solo obtendré mis medicamentos para el dolor controlado del Dr. Lee y/o sus asociados. No obtendré medicamentos de otros médicos a menos que esté hospitalizado o vaya a la sala de emergencias, en cuyo caso informaré a los médicos que recibo analgésicos de esta práctica. En una emergencia, si me dan una receta para el dolor, notificaré a esta práctica lo antes posible. • Usaré solamente una farmacia para mis analgésicos. Las recetas perdidas o robadas no se pueden reemplazar. Entiendo que es posible que no haya recargas anticipadas. Acepto que los analgésicos son solo para mi uso personal. El desvío (p. ej., venta), abuso o adicción a los medicamentos controlados puede dar lugar a la interrupción de estos medicamentos y la remisión a tratamiento. • Me comprometo a abstenerme del uso excesivo de alcohol y el uso de drogas ilegales y recreativas. Proporcionaré muestras de tejidos o fluidos corporales, incluida la orina (vaso lleno), sangre, cabello o saliva a pedido del proveedor. Puede haber un "conteo de píldoras" aleatorio y una verificación del programa estatal de monitoreo de medicamentos recetados (PDPM). La presencia de drogas ilegales o drogas no recetadas en la prueba de drogas, el incumplimiento o las inconsistencias en la prueba de drogas, el conteo de pastillas o el PDMP (por ejemplo, "compras de médicos") puede dar lugar a la terminación de la relación médico-paciente. • Doy permiso para que el Dr. Lee y/o su(s) asociado(s) médico(s) se comuniquen con otros profesionales de la salud, miembros de la familia, autoridades policiales y/o agencias reguladoras con respecto a mi tratamiento del dolor solo si es necesario. • Los medicamentos opioides pueden tener efectos secundarios, como somnolencia, confusión, estreñimiento, náuseas, vómitos y dificultades urinarias. No conduciré ni usaré maquinaria pesada si estoy somnoliento debido a los medicamentos. Estos medicamentos, si se suspenden abruptamente, pueden causar síntomas de abstinencia que incluyen diarrea, piel de gallina, sudoración, ansiedad y calambres abdominales. • Entiendo que los efectos negativos del uso de opioides incluyen adicción, disfunción sexual, niveles bajos de testosterona y estrógeno, osteoporosis (pérdida ósea). • Entiendo que la violación de cualquiera de las condiciones anteriores puede resultar en que el Dr. Lee y/o sus asociados suspendan el uso de opioides u otros medicamentos controlados, así como la terminación de la relación médico-paciente. Mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción y estoy de acuerdo con las pautas anteriores. **Al firmar a continuación, certifica que toda la información anterior es correcta y verdadera. Además, ha leído, entendido y aceptado toda la información anterior.**

Firma (Paciente, Padre/Tutor Legal)

Date/Fecha

Witness Signature

Nombre: \_\_\_\_\_

**AFLIJA CUESTIONARIO de MEDICINA (SPANISH) SCCPM #5S (rev. 04/22/23)**

•¿El dolor de la fecha empezó? (Pain began) \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_

•Zona(s) dolorosa(s) (Pain areas): \_\_\_\_\_

•Las causas para su dolor:(Causes) •Aflija empezó sólo •Trabaje herida •Accidente automático •una caída •cirugía •levantamiento •Fibromyalgia •otro: \_\_\_\_\_

•Describe el dolor(pain description): Dolor Aguda Latir Ardor Calambres Otro: \_\_\_\_\_

•El dolor ocurre (Pain occurs): Constantemente intermitente Mañana Tarde Noche

•El dolor es peor (Pain is worse): Sentada Colocación Caminando Luces Ruido Girando mi cabeza usando mis manos Cualquier cosa Otro: \_\_\_\_\_

•El dolor es mejor. (Pain is better): Con descanso Medicinas Con Calor Con frío Nada Otro: \_\_\_\_\_

•Otros síntomas (Other symptoms): entumecimiento el zumbir debilidad La pérdida de control: intestinos vesícula

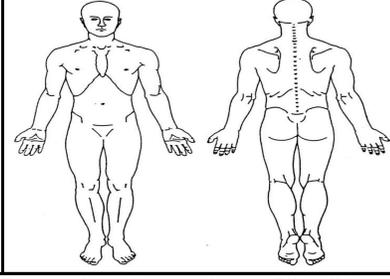
•El dolor lo hace difícil (difficulties): actividades diarias limpiando mi casa maneje trabajo sueño diviértase relaciones sexuales Otro: \_\_\_\_\_

•Su más bajo y el más alto puntaje de dolor. (0=No dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (10=El peor)

•Las pruebas para el dolor: MRI CT Xray EMG Pruebas de laboratorio

•Marque los medicamentos que ha probado en el pasado para el dolor. •Ninguno

**Marque su(s) área(s) dolorosa(s).**



**Narcotics/Analgesics:** Hydrocodone/Norco/Vicodin oxycodone/Percocet/Endocet/Oxycontin Tramadol/Ultram Fentanyl Hydromorphone/ Dilaudid/ Avinza Morphine/MSContin Oxymorphone/ Opana Methadone Buprenorphine Butran Acetaminophen/Codeine Nucynta/tapentadol Levorphanol

**Anticonvulsants/Nerve Blockers:** Gabapentin Neurontin Gralise Pregabalin Lyrica Duloxetine Cymbalta Milnacipran Savella Topiramate Topamax Lamotrigine Lamictal Carbamazepine Tegretol **Muscle Relaxants:** Cyclobenzaprine Flexeril Baclofen Carisoprodol Soma Methocarbamol Robaxin

Tizanidine Zanaflex Metaxalone Skelaxin **NSAIDs:** Ibuprofen Motrin Advil Naproxen Aleve Voltaren Gel Flector Piroxicam Feldene Celecoxib Celebrex Diclofenac Voltaren Etodolac Lodine Meloxicam Mobic Indomethacin Indocin Ketoprofen Ketorolac Toradol Nabumetone Relafen

Sulindac Clinoril **Anxiolytics/Sleep:** Trazodone Alprazolam Xanax Clonazepam Klonopin Diazepam Valium Lorazepam Ativan Zolpidem Ambien

**Restless leg/TCAs:** Pramipexole Mirapex Ropinirole Requip Ronirol Amitriptyline Elavil Nortriptyline Pamelor Desipramine Imipramine

**Analgesics:** Tylenol/ acetaminophen Lidoderm ZTlido Lidocaine Topical Ketamine **Otro:** \_\_\_\_\_

•Tratamientos pasados: Fisioterapia (PT) Fecha: \_\_\_\_\_ Acupuntura Quiropráctica Nervio bloquea Faceta bloquea Inyección de cortisona Inyección epidural Estimulador de la médula espinal Cirugía, Tipo: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

•¿Qué médico ha tratado a su dolor?(previous docs) \*PCP/Médico primario \*Dolor Médico \*Ortopedista \*Cirujano de columna \*Neurocirujana \*Reumatólogo \*Neurólogo \*OB/Gyn \*Urólogo \*Otros: \_\_\_\_\_

•ORT: Marque (✓) todo lo que corresponda. 1.Antecedentes familiares de abuso de sustancias:( )Alcohol[F1/M3] ( )Drogas ilegales[F2/M3] ( )Medicamentos con receta[F4/M4]. 2.Historia personal de abuso de sustancias:( )Alcohol[F3/M3] ( )Drogas ilegales[F4/M4] ( )Medicamentos con receta [F5/M5] 3.( )Su edad es entre 16 y 46 años.[F1/M1] 4.( )Tenía antecedentes de abuso sexual preadolescente.[F3/M0] 5.¿Tienes lo siguiente?( )Desorden de déficit de atención, Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno bipolar, o Esquizofrenia [F2/M2] 6.( )Depresión[F1/M1]

•(PMH) Marque todos sus problemas médicos. •NINGUNO **ORT Risk:** Low(0-3), Mod.(4-7), High(>= 8) **Score:** \_\_\_\_\_

\*Obesidad \*Tomar anticoagulantes \*Glaucoma \*Hipertensión \*Diabetes \*Colesterol alto \*Infarto(MI) \*Insuficiencia cardiaca (CHF) \*Fibrilación auricular (Afib) \*Arteriopatía coronaria (CAD) \*AICD \*Marcapasos \*Hepatitis: B o C? \*Insuficiencia renal (CRF) \*Cálculos renales (kid.stones) \*Enfermedad renal(kid.dis.) \*Próstata ampliada (BPH) \*Cirrosis \*Aidez (heartburn) \*Úlcera de estómago (stom.ulcer) \*IBS/Síndrome irritable de intestinos \*Asma \*COPD/Enfisema \*La sangre se coagula (bld clot) \*Desorden sangrante (bleeding prob) \*Fibromyalgia \*Endometriosis \*Lupus \*Síndrome crónico de fatiga \*Artritis Reumatoide (RA) \*Osteoartritis \*Osteoporosis \*Desorden bipolar \*Depresión \*Ansiedad \*Desorden de déficit de atención/ADD \*Esquizofrenia \*Alcoholismo \*Hipotiroidismo \*Migraña \*Esclerosis múltiple (MS) \*Infarto cerebral (stroke) \*La apnea del sueño (OSA) \*Demencia \*Enfermedad de Parkinson \*Trastorno convulsivo (sz d/o) \*HIV/AIDS **Cáncer, ¿El tipo?:** \_\_\_\_\_ **Otro:** \_\_\_\_\_

•(PSH) HISTORIA QUIRURGICA. Liste todas sus cirugías pasadas. •Ninguno

•(FH) La HISTORIA FAMILIAR: (Problemas médicos que tenga su familia, incluyendo su padre, madre, hermana o hermano.) •Ninguno

\*Hipertensión \*Diabetes \*Colesterol alto **Cáncer, ¿El tipo?:** \_\_\_\_\_ **Otros Problemas:** \_\_\_\_\_

•Alergias: •Ninguno •Látex •Contraste (IV Dye) •Penicilina •Otro \_\_\_\_\_

•MEDICINAS ACTUALES. (Nombre, la Dosis (mg), la Frecuencia) •Ninguno

•(SH) La HISTORIA SOCIAL ( )Retirado del trabajo. **¿Drogas Recreativas?:** No Sí **¿Presente o Pasado? ¿Tipo?** Marihuana, metanfetamina, cocaína, heroína Otro: \_\_\_\_\_

**¿El tabaco? No Sí.** En caso afirmativo, # paquetes/día: \_\_\_\_\_ **¿Tiene alguna reclamación? No Sí/ Tipo:** Pleito Incapacidad Compensación de trabajadores. **Estado de la reclamación:** Abra Cerrado

•(ROS) REVISIÓN DE SISTEMAS. Marque todo lo que le corresponda. •Ninguno **Paseo:** \*Fiebres( fever) \*Frialdades(chills) \*La noche suda(ntl swt) \*Pérdida de peso(wt ↑) **Ojos:** \*Cambios visuales(vision changes) \*Diplopía **ENT:** \*Problema de la audiciencia(hearing prob) \*Corrimiento de la nariz(nose bleed) \*Ronquera(hoarse) **Cardiaco:** \*Dolor de pecho(ChestPain) \*Palpitaciones \*Claudicación **Respiratorio:** \*Tos(Cough) \*Brevedad de la respiración(SOB) **Gastroenterología:** \*Estreñimiento(constip) \*Taburete sangriento(bldy stool) \*Taburete negro(blk stool) **Genitourinario:** \*Problema menstrual \*Problema urinario **Musculoesquelal:** \*Atrofia del músculo(msc atrophy) \*Espasmo muscular(spasm) **Piel:** \*Erupción(rash) \*Pele úlcera(sk.ulcer) **Neurólogo:** \*Confusión \*DVértigos \*Equilibrio pobre(poor bal.) **Psiquiátrico:** \*Ansiedad \*Depresión **¿Bajo tratamiento con un médico? Sí No** **Endocrino:** \*Libido baja(↓libido) \*Intolerancia fría(cold intol.) **Hematología:** \*Corrimiento fácilmente (bruise ez) **Inmunológico:** \*Inmunidad baja (low Imm.) \*Infecciones(infections): \_\_\_\_\_ **Otro:** \_\_\_\_\_

Certifico que la información antes mencionada es verdad a mi mejor conocimiento. **Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_