

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:** _____
Compañía de seguros principal: _____ **Póliza #:** _____
Compañía de seguros secundaria: _____ **Póliza #:** _____
Seguridad Social #: _____ **Estado civil:** _____ **Ocupación:** _____ **Tabaco** ☐ No ☐ Sí ☐ Anterior ☐ Nunca
Sexo: ☐ M ☐ F ☐ Rechazo declarar. **Orientación Sexual:** _____ ☐ Rechazo declarar. **Idioma:** _____ **Raza:** ☐ Blanco
☐ Afroamericano ☐ Nativo americano ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái/Islands del Pacífico ☐ Rechazo declarar **Etnia:** _____
Nombre del contacto de emergencia #1 & Relación: _____ **Teléf.** _____
Nombre del contacto de emergencia #2 & Relación: _____ **Teléf.** _____

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.

Autorización del paciente/Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)

- Indique dónde desea recibir llamadas o información sobre sus citas, laboratorios u otros problemas de atención médica de nuestro personal. **Teléfono** _____ ☐ casa ☐ celular **Correo electrónico** _____
- ¿Se pueden dejar mensajes confidenciales (p. ej., citas, análisis de laboratorio, remisiones y resultados médicos) en el contestador automático de su casa, el correo de voz del teléfono celular o el correo electrónico? () Sí () No
- Por favor indique otras personas (nombres) a quienes podemos informar sobre sus condiciones y diagnósticos médicos: _____ . Esta autorización se renovará automáticamente anualmente A MENOS que el paciente nos indique que cambiemos la información.

• 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)

Witness Signature

Date/Fecha

Nombre: _____

AFLIJA CUESTIONARIO de MEDICINA (SPANISH NEW PT) SCCPM #5S fillable (rev. 08.24.2025)

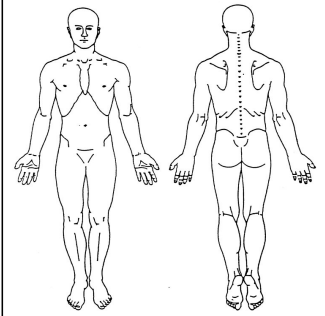
• ¿El dolor de la fecha empezó? _____

Fecha de nac.: _____

• Zona(s) dolorosa(s): _____

• Las causas para su dolor: ☐ Aflija empezó sólo ☐ Trabajo herida ☐ Accidente automático ☐ una caída ☐ cirugía ☐ levantamiento ☐ Fibromyalgia ☐ otro: _____

• Describe el dolor: ☐ Doloroso ☐ Agudo ☐ Pulsante ☐ Ardor ☐ Calambres • Marca las áreas dolorosas →
• El dolor se presenta: ☐ Constantemente ☐ Intermitentemente ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche Otro: _____
• El dolor es PEOR: ☐ Sentarse ☐ De pie ☐ Caminar ☐ Luces ☐ Ruido ☐ Girar la cabeza ☐ Usar las manos ☐ CUALQUIER COSA
• El dolor MEJORA: ☐ Descanso ☐ Medicamentos ☐ Calor ☐ Frío ☐ Nada Otro: _____
• Otros síntomas: ☐ Entumecimiento ☐ Hormigueo ☐ Debilidad • Pérdida de control: ☐ intestino ☐ vejiga
• DIFÍCIL para ti: ☐ actividades ☐ diarias ☐ limpieza de la casa ☐ conducir ☐ trabajo ☐ dormir ☐ divertirse ☐ sexo Otro: _____
• Sus puntuaciones de dolor: mínimo: _____, máximo: _____ (0 = Sin dolor; 10 = Peor)
• Pruebas realizadas para el dolor: ☐ MRI ☐ CT ☐ X-ray(radiografía) ☐ EMG • ¿Qué analgésicos ha probado anteriormente (ver más abajo)? Lista: ☐ Ninguno, o _____



Narcóticos: Hydrocodone/Norco/Vicodin oxycodone/Percocet/Endocet/Oxycontin Tramadol/Ultam Fentanyl Hydromorphone/ Dilaudid/ Avinza Morphine/MSContin Oxymorphone/ Opana Methadone Buprenorphine Butran Acetaminophen/Codeine Nucynta/tapentadol Levorphanol **Anticonvulsivos/bloqueadores nerviosos:** Gabapentin Neurontin Gralise Pregabalin Lyrica Duloxetine Cymbalta Milnacipran Savella Topiramate Topamax Lamotrigine Lamictal Carbamazepine Tegretol **Relajantes musculares:** 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 **Ansiolíticos/sueño:** Trazodone Alprazolam Xanax Clonazepam Klonopin Diazepam Valium Lorazepam Ativan Zolpidem Ambien **Pierna inquieta/TCAs:** Pramipexole Mirapex Ropinirole Requip Ronirol Amitriptyline Elavil Nortriptyline Pamelor Desipramine Imipramine **Analgésicos:** Tylenol/ acetaminophen Lidoderm ZTlido Lidocaine Topical Ketamine

Tratamientos anteriores: ☐ Fisioterapia, Fechas: _____ ☐ Acupuntura ☐ Quiropráctica ☐ Bloqueos nerviosos ☐ Bloqueos facetarios ☐ Inyección con cortisona ☐ Inyección epidural ☐ Estimulador de la médula espinal ☐ Cirugía, tipo: _____ Otro: _____

¿Quién le ha tratado el dolor? ☐ Médico de cabecera ☐ Médico especialista en dolor ☐ Ortopedista ☐ Neurocirujano de columna ☐ Neurólogo Otro: _____

• **ORT. Marque todas las opciones que correspondan.** 1. ☐ Antecedentes familiares de abuso de sustancias Alcohol [F1/M3] ☐ Drogas ilegales [F2/M3] ☐ Medicamentos recetados [F4/M4] 2. ☐ Antecedentes personales de abuso de sustancias Alcohol [F3/M3] ☐ Drogas ilegales [F4/M4] ☐ Medicamentos recetados [F5/M5] 3. ☐ Su edad está entre 16 y 46 años [F1/M1] 4. ☐ Antecedentes de abuso sexual preadolescente [F3/M0] 5. ¿Tiene alguna de las siguientes afecciones? ☐ Trastorno por déficit de atención, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno bipolar, o esquizofrenia [F2/M2] ☐ Depresión [F1/M1] Score _____ Low(0-3), Mod.(4-7), High(>= 8)

• **HISTORIAL MÉDICO Marque sus problemas médicos.** ☐ Obesidad ☐ Toma anticoagulantes ☐ Glaucoma ☐ Presión arterial alta ☐ Diabetes ☐ Colesterol alto ☐ Ataque cardíaco ☐ Fibrilación auricular ☐ enfermedad coronaria ☐ desfibrilador(AICD) ☐ marcapasos ☐ Hepatitis: B C ☐ Insuficiencia renal ☐ Cálculos renales ☐ Enfermedad renal ☐ Agrandamiento de próstata ☐ Cirrosis ☐ Acidez estomacal (GERD) ☐ Úlcera estomacal ☐ síndrome del intestino irritable ☐ apnea del sueño ☐ asma ☐ enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) ☐ Coágulo de sangre ☐ problema de sangrado ☐ fibromialgia ☐ endometriosis ☐ lupus ☐ síndrome de fatiga crónica ☐ artritis reumatoide ☐ osteoartritis ☐ osteoporosis ☐ trastorno bipolar ☐ depresión ☐ ansiedad ☐ trastorno por déficit de atención ☐ esquizofrenia ☐ alcoholismo ☐ hipotiroidismo ☐ migrañas ☐ esclerosis múltiple ☐ accidente cerebrovascular ☐ demencia ☐ enfermedad de Parkinson ☐ convulsiones ☐ HIV+ Cáncer: _____ Otro: _____

• **HISTORIAL QUIRÚRGICO.** Enumere todas sus cirugías previas y sus fechas. ☐ Ninguno. _____

• **ANTECEDENTES FAMILIARES. PROBLEMAS MÉDICOS de sus padres o hermano.** ☐ Ninguno ☐ Hipertensión arterial ☐ Diabetes ☐ Colesterol alto Otro: _____

• **ALERGIAS:** ☐ Ninguna ☐ Látex ☐ Tinte intravenoso/contraste ☐ Penicilina Otro: _____

• **MEDICAMENTOS ACTUALMENTE.** Indique el NOMBRE, la DOSIS (mg) y la FRECUENCIA (es decir, cuántas veces al día). ☐ Ninguno. _____

HISTORIAL SOCIAL • Ocupación: _____ ☐ Jubilado ☐ Desempleado • ¿Consumo de tabaco? ☐ No ☐ Sí. Si es así, paquetes/día: _____
• ¿Alcohol? ☐ No ☐ Sí. Si es así, # bebidas/día: _____ • ¿Drogas recreativas? ☐ No ☐ Sí ¿Actual? ☐ Pasado? Tipo: ☐ marihuana ☐ metanfetamina ☐ cocaína ☐ heroína Otro: _____ • ¿Reclamaciones pendientes? ☐ No ☐ Sí/Tipo: ☐ Demanda ☐ Discapacidad ☐ Compensación laboral • Caso: ☐ Abierto ☐ Cerrado

• **REVISIÓN DE SISTEMAS (14 sistemas).** Enumere cualquiera de los siguientes síntomas que tenga actualmente. ☐ NINGUNO, _____
Constitucional: Fiebre, Escalofríos, Sudores nocturnos, Pérdida de peso **Ojos:** Cambios visuales, Visión doble **Otorrinolaringología:** Problema auditivo, Sangrado nasal, Ronquera **CVS:** Dolor en el pecho, Palpitaciones, Claudicación **Respiratorio:** Tos, Dificultad para respirar **Gastrointestinal:** Estreñimiento, Heces con sangre, Heces negras **Genitourinario:** Problema menstrual, Problema urinario **Músculoesquelético:** Atrofia muscular, Espasmo muscular **Piel:** Erupción cutánea, Úlcera cutánea **Neurológico:** Confusión, Mareos, Equilibrio deficiente **Psiquiátrico:** Ansiedad, Depresión, ¿Está en tratamiento con un psiquiatra o médico de atención primaria? **Endocrino:** Disminución del deseo sexual, Intolerancia al frío **Hematológico:** Sangrado fácil, hematomas fáciles **Inmunológico:** Baja inmunidad, Infecciones (¿tipo?)

• **Certifico que la información anterior es veraz según mi leal saber y entender.** Firma: _____ Fecha: _____