



Fecha _____

Nombre _____ Seguro Social # _____ Teléfono casa _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

E-mail _____ Fax # _____ Celular _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Estado civil: C S V D

Ocupación _____ Empleador _____

Dirección de empleo _____ Teléfono de empleo _____

Como fue referido a nuestra oficina? _____

Propósito de esta cita _____

Fecha en que aparecieron los síntomas o sucedió el accidente? _____

Días perdidos en el trabajo _____

Que medicamentos o drogas esta usted tomando? _____

Favor de checar cualquier y todos los seguros que sean aplicables en su caso.

Major Medical Worker's Compensation Medicaid Auto Accidente Otro

Nombre de su compañía aseguradora primaria _____

Nombre de su compañía aseguradora secundaria (si la hay) _____

AUTORIZACION Y EXONERACION: Autorizo el pago directo de beneficios de seguro al Dr. Bond o su oficina. También autorizo al doctor para publicar toda la información necesaria para la comunicación con mis doctores personales y cualquier otro representante de cuidados médicos y pagadores, al igual que asegurar el pago de beneficios. Entiendo que soy responsable por todos los costos sin tomar en cuenta la existencia del seguro medico. También entiendo que si suspendo o termino mi tratamiento determinado por el doctor, cualquier costo de servicios profesionales tendrá que ser cubierto de inmediato.

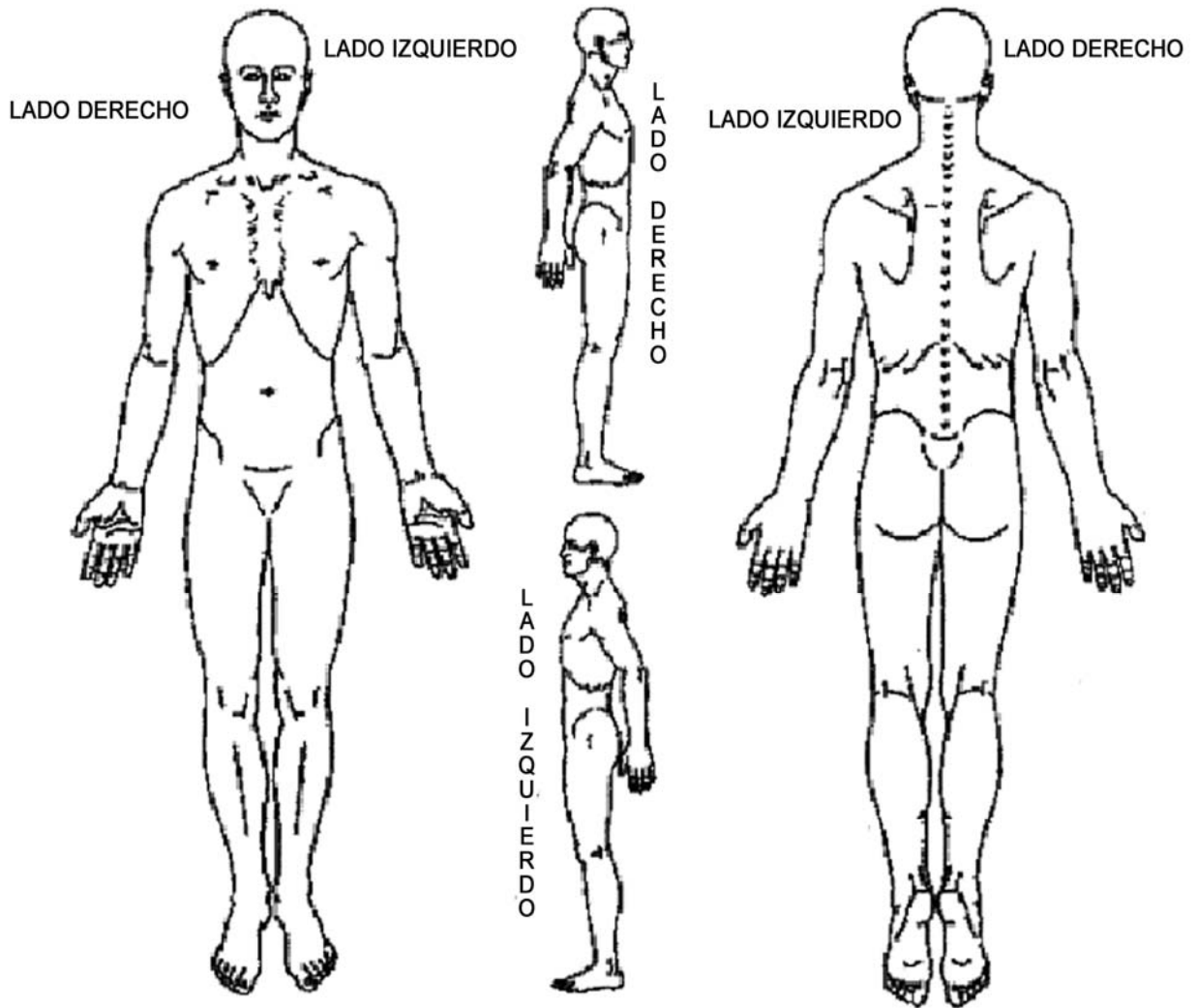
Entiendo que cargos extras serán adheridos a cualquier cuenta que este vencida o retrasada con un interés anual del 16 por ciento.

El paciente entiende y esta de acuerdo en permitir a la oficina del doctor el uso de su información de salud con el propósito de pago del tratamiento, operaciones de cuidados médicos y coordinación de dichos cuidados. Nosotros queremos que usted sepa de qué forma es usada su información en esta oficina y que conozca sus derechos sobre la misma. Si se interesa de tener informes mas detallados con respecto a nuestras pólizas y procedimientos concernientes a la privacidad de la información de salud de nuestros pacientes; lo invitamos a leer el HIPAA NOTICE disponible a usted en nuestra recepción antes de firmar. Si existe alguien a quien usted no quiere que se le den sus records, favor de informarnos.

Firma del Paciente _____ Fecha _____



Invasive Pain Management/Anesthesia



Por favor marque el area donde le duele.



Paciente ID: _____

CPT: _____

ICD-9: _____

Fecha: _____

BASE DE DATOS INICIAL

HISTORIA Y EXAMEN FISICO

Historial de enfermedades presentes:

Historia medica:

Procedimientos previos para el dolor:

Historial quirúrgico:

Alcohol: si ___ no ___ : Si la respuesta es si, cuanto _____

Tabaco: si ___ no ___ : Si la respuesta es si, cuanto _____ ppd por _____ años

Drogas ilícita: si ___ no ___ : si la respuesta es si, describa _____

Medicamentos actuales:

ALERGIAS:

1. Como y cuando comenzó su dolor?

2. Donde esta localizado su dolor?

3. Circule palabras que describan su dolor.

Malestar	palpitante	punzada	hiriente
Agudo	adolorido	quemante	exhaustivo
Penetrante	constante	adormecido	cansancio
Miserable	insoporable	carcomido	

Circule uno:

Ocasional continúo

A que hora del día empeora su dolor?

Mañana

Medio día

Tarde

Noche

4. Circule el número que mejor describe su peor dolor en el mes pasado:

No dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 el peor dolor imaginable

5. Circule el número que mejor describe su menor dolor en el mes pasado:

No dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 el peor dolor imaginable

6. Circule el número que mejor describe su dolor más común del mes pasado:

No dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 el peor dolor imaginable

7. Circule el número que mejor describe su dolor en este momento:

No dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 el peor dolor imaginable

8. Que ayuda a mejorar su dolor?

9. Que empeora su dolor?

10. Que tratamientos o medicamentos esta usted recibiendo para su dolor?

Terapia física quiropráctico medicinas inyecciones de epidural

Circule el número que describe la cantidad de alivio que el tratamiento o medicamento le provee

a) No alivio 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 alivio total

Tratamiento o medicina (incluida la dosis) _____

b) No alivio 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 alivio total

Tratamiento o medicina (incluida la dosis) _____

c) No alivio 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 alivio total

Tratamiento o medicina (incluida la dosis) _____

d) No alivio 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 alivio total

Tratamiento o medicina (incluida la dosis) _____

11. Que efectos secundarios o síntomas esta usted teniendo? Circule el que mejor describa su experiencia durante la semana pasada:

nausea	vomito	estreñimiento	falta de apetito	cansancio
Comezón	pesadillas	sudor	concentración	insomnio

12. Circule el número que describe como durante la semana pasada el dolor ha interferido con usted:

a. Actividad general

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente

b. Estado de ánimo

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente

c. Trabajo normal

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente

d. Sueño

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente

e. Disfrutando la vida

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente

f. Habilidad de concentración

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente

g. Relaciones con otras personas

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente