



## Paquete De Paciente Nuevo

1951 W 25th St STE B • Yuma, AZ 85346  
PH: 928.276.3049 • FX: 928.259.7006  
Web: www.tpiaz.com

Bienvenido a Tucson Pain Institute (TPI). Usted ha sido referido a nuestro centro para el tratamiento del manejo del dolor y estamos felices de que se una a nuestra clínica y esperamos controlar su dolor.

Hemos hecho una cita para (nombre) \_\_\_\_\_ en la fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A la hora \_\_\_\_:\_\_\_\_. Por favor, llegue 30 minutos antes de su hora programada.

Este nuevo paquete para pacientes debe llenarse para su primera cita. Asegúrese de que cada formulario se complete adecuadamente. Si no se completa, su cita puede ser cancelada y / o reprogramada.

Siga estos pasos para que su cita se desarrolle sin problemas:

- 1.) Complete el formulario de historial médico y tráigalo con usted a la cita.
- 2.) Por favor traiga lo siguiente a su cita:
  - Licencia de conducir o identificación válida con foto
  - Tarjeta(s) de Seguro Médico Vigente(s)
  - Lista de medicamentos actuales que incluyen la concentración de la píldora y la información de dosificación

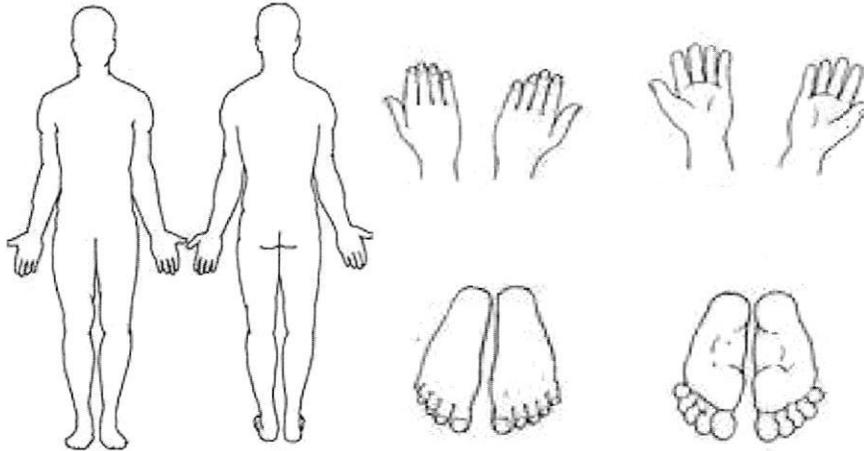
Tenga en cuenta que requerimos un aviso de 24 horas para cualquier reprogramación o cancelación, esto es para evitar incurrir en una tarifa de \$25. Esta tarifa también se aplica a "No Shows".

### Historia clínica (enumere los medicamentos que toma actualmente):

| Medicamento: | Dosis: | Frecuencia: |
|--------------|--------|-------------|
|              |        |             |
|              |        |             |
|              |        |             |
|              |        |             |
|              |        |             |

Fecha de hoy: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Cual es el motivo de su visita hoy? \_\_\_\_\_

**Explique dónde se encuentra su dolor (por favor, sombree en el área donde siente dolor):**



**¿Es su dolor (por favor marque todo lo que corresponda):**

- Insensibilizado
- Afilado
- Disparos

- Constante
- Intermitente
- Persistente

- Entumecimiento
- Hormigueo
- Quema

¿Su dolor se irradia a cualquier otra parte de su cuerpo? En caso afirmativo, ¿a dónde?

---

¿Qué ayuda a aliviar su dolor?

---

¿Qué causa que su dolor empeore?

---

SIN medicación, en una escala del 1 al 10, ¿cuál es su nivel de dolor? \_\_\_\_\_

¿CON medicación? \_\_\_\_\_

¿Qué tareas / funciones diarias puede hacer, con limitaciones mínimas, cuando toma su medicamento que no puede hacer sin ellos (es decir, caminar, correr, preparar el desayuno, ir de compras, agacharse para atarse los zapatos)?

---



---

En términos de alivio del dolor, en una escala de %-100%, ¿cuánto alivio del dolor obtiene al tomar su medicamento? \_\_\_\_%

**Historial médico anterior (verifique todo lo que corresponda):**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> Nefropatia Actualmente en ¿Diálisis? S/N |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide   | <input type="checkbox"/> VIH                       | <input type="checkbox"/> Otra cosa _____                          |
| <input type="checkbox"/> Migrañas              | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta     | _____   |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia          | <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular     | <input type="checkbox"/> Cáncer Tipo: _____                       |
| <input type="checkbox"/> Golpe                 | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre        | Año de diagnóstico: _____   |
| <input type="checkbox"/> Osteoartritis         | <input type="checkbox"/> Lupus                     | ¿Remisión? Y / N  |
| <input type="checkbox"/> Infarto               |  |   |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos            |  |   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes: Tipo 1 o 11 |  |   |

**Historia quirúrgica pasada:**

| Fecha de la cirugía: | Procedimiento: | Cirujano: |
|----------------------|----------------|-----------|
|                      |                |           |
|                      |                |           |
|                      |                |           |
|                      |                |           |

## Historial de tratamiento previo

¿Terapia física? S/N Nombre del centro: \_\_\_\_\_ Fecha del último tratamiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

¿Inyecciones epidurales de esteroides? S/N Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Fecha de la última inyección: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

¿Inyecciones en puntos gatillo? S/N Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Fecha de la última sesión: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

¿Quiropráctica/acupuntura? S / N Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Fecha de la última sesión: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### ¿Qué medicamentos ha tomado en el pasado para su dolor?

| Nombre del medicamento: | ¿Este medicamento es efectivo para aliviar el dolor? ¿Por qué o por qué no? |
|-------------------------|---|
|                         |   |
|                         |   |
|                         |   |
|                         |   |
|                         |   |

### Alergias:

| Alergia: | Reacción Síntomas: |
|----------|--------------------|
|          |                    |
|          |                    |
|          |                    |
|          |                    |
|          |                    |

### Historial médico familiar:

(¿Qué condiciones médicas existen en su familia? Por favor, sea lo más específico posible)

|        |  |
|--------|--|
| Padre: |  |
| Madre: |  |
| Madre: |  |
| Madre: |  |

## Historial social:

Ocupación: \_\_\_\_\_

### Estado civil:

Soltero       Casado       Divorciado       separado       pareja doméstica       Viudo

Uso de tabaco: S/N Tipo de tabaco: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Uso de alcohol: S/N Tipo de alcohol: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Uso de cafeína: S/N Tipo de cafeína: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Uso de drogas recreativas: S / N Tipo de medicamento(s): \_\_\_\_\_  
Frecuencia: \_\_\_\_\_

### Revisión de los síntomas:

Fatiga       Cambio en el apetito       Problemas para dormir       Escalofríos  
 Malestar       Dolores corporales       Sudores nocturnos       Pérdida de peso  
 Aumento       Pérdida del apetito       Fiebre

Dolor de espalda       Dolor en los hombros       Limitación del movimiento  
 Dolor de cuello       Dolor en las muñecas       Dolor en el codo  
 Dolor en las articulaciones       Dolor en las rodillas       Debilidad muscular  
 Inflamación de articulaciones       Dolor en los tobillos       Dolor de cadera  
 Calambres musculares       Enfermedad muscular       Dolor de pierna  
 Calambres en las piernas       congénita       Dolor Muscular

### Información adicional:

(Por favor, siéntase libre de usar el espacio a continuación si hay alguna información adicional sobre la que le gustaría informar al médico)

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

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estamos comprometidos a hacer todo lo posible para tratar su condición de dolor crónico. En algunos casos, los opioides y otras sustancias controladas se usan como una opción terapéutica en el tratamiento del dolor crónico y las afecciones relacionadas, las cuales están estrictamente reguladas por agencias estatales y federales. Este acuerdo es una herramienta para protegerlo tanto a usted como al proveedor al establecer lineamientos para el uso adecuado de sustancias controladas. Recibo Administración Crónica de Narcóticos (CNA, por sus siglas en inglés) para tratar la(s) siguiente(s) condición(es) médica(s):

Entiendo que existen algunos riesgos asociados con la CNA, como dependencia, adicción, cambio de personalidad, cambios en el sueño, cambios intestinales (como estreñimiento e incluso obstrucción intestinal), cambios en la vejiga, cambios en el apetito con posible aumento o pérdida de peso, coordinación (que puede interferir con la conducción y el movimiento motor fino), deseo y rendimiento sexual, y otros. La interrupción repentina de la CNA puede provocar dolor de rebote y síntomas de abstinencia. Se me ha informado que no deje de tomar CNA repentinamente a menos que mi médico y yo, lo decidamos conjuntamente.

1. Todas las sustancias controladas tienen un potencial de dependencia y abuso.
2. Todas las sustancias controladas deben provenir del proveedor cuya firma aparece abajo o durante su ausencia, por el proveedor que cubre, a menos que se obtenga una autorización específica para una excepción. Esto incluye las visitas a la sala de emergencias/atención de urgencia.
3. Todas las sustancias controladas deben obtenerse en la misma farmacia. Si surgiera la necesidad de cambiar de farmacia, nuestra oficina debe ser informada. La farmacia que seleccionó es: \_\_\_\_\_
4. El proveedor que receta tiene permiso para analizar todos los detalles de diagnóstico y tratamiento con los farmacéuticos dispensadores y otros profesionales que brindan su atención médica con el fin de mantener la responsabilidad.
5. No puede compartir, vender o permitir que otros, incluidos su cónyuge o familiares, tengan acceso a estos medicamentos.
6. Es posible que se soliciten análisis toxicológicos de orina o suero sin previo aviso y se requiere su cooperación. La presencia de sustancias no autorizadas puede resultar en su alta de nuestras instalaciones. El rechazo de la prueba resultará en descarga de nuestra atención. La ausencia de sustancias que deberían estar en su sistema también puede resultar en la descarga de nuestras instalaciones.
7. No consumir cantidades excesivas de alcohol junto con narcóticos, ni usar, comprar ni obtener ninguna sustancia ilegal.
8. Los medicamentos no se pueden reemplazar si se pierden, se los roban, se mojan, se destruyen o se deja intencionalmente en otro lugar (es decir, avión, autobús, ciudad/estado diferente). Si su medicamento ha sido robado, no será reemplazado a menos que se proporcione una prueba explícita con evidencia directa de las autoridades.
9. Si las autoridades legales responsables tienen preguntas sobre su tratamiento, por ejemplo, si estuviera obteniendo medicamentos en varias farmacias, se renuncia a toda confidencialidad y estas autoridades pueden tener pleno acceso a nuestros registros de administración de sustancias controladas.
10. No se darán recargas anticipadas. Requerimos un aviso de 3 días para las solicitudes de recarga. Las recargas se basan en mantener las citas programadas. No se otorgarán recargas fuera del horario de atención ni durante los fines de semana. Nuestro horario es de Lunes a Jueves de 8:00 am a 5:30 pm.
11. En caso de que sea arrestado o encarcelado relacionado con drogas legales o ilegales, no se le darán reabastecimientos de sustancias controladas.
12. Se entiende que el incumplimiento de estas políticas puede resultar en el cese de la terapia con la prescripción de sustancias controladas por parte del proveedor.
13. Fumar aumenta múltiples riesgos para la salud, incluido el dolor crónico. Hará todo lo posible por abstenerse de fumar.

Usted afirma que tiene pleno derecho y poder para firmar y obligarse por este acuerdo y que ha leído, comprendido y acepta todos sus términos.

-----  
Firma del paciente

-----  
Fecha

-----  
Firma del proveedor

-----  
Fecha

**Información del paciente:**

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

Apellido                      Nombre                      SN

O Masculino    O Femenino    Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**Cobertura de Seguro Principal:**

O Pago Privado O Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Persona responsable Empleado por: \_\_\_\_\_

**Compensación al trabajador solamente:**

Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del ajustador: \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Cobertura Secundaria:**

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

POR LA PRESENTE AUTORIZO A TUCSON PAIN INSTITUTE A DIVULGAR CUALQUIER INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI INFORMACIÓN DE SALUD A MÍ MISMO: \_\_\_\_\_

MI PADRE/TUTOR/OTRO: \_\_\_\_\_

ENTIENDO QUE MI INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD SERÁ UTILIZADA POR TUCSON PAIN INSTITUTE SEGÚN EL ESTADO DE ARIZONA Y LA HIPAA .

Al firmar este formulario, acepto y doy mi consentimiento para que Tucson Pain Institute use y divulgue mi información de salud protegida para realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa o indirectamente, y para realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones de proveedores de atención médica, como se indica en el aviso de prácticas de privacidad, y que se me ha proporcionado u ofrecido una copia de este aviso.

Acepto que toda la información demográfica y de seguros anterior es precisa y está actualizada. Si hay un error en la información anterior, entiendo que soy responsable de los cargos relacionados con el(los) error(es). Entiendo y acepto, independientemente del estado de mi seguro, que soy responsable en última instancia por el saldo de cualquier servicio profesional prestado. Entiendo que soy responsable de los cargos incurridos si mi cuenta se envía a una agencia de cobro y de los cheques devueltos. Entiendo que Medicare y/u otras Compañías de Seguros no cubren todos los servicios/procedimientos de oficina. Acepto asumir toda la responsabilidad por los saldos impagos y que dicho pago se realizará a dicho cesionario por los servicios. Por la presente asigno todos los beneficios médicos y/o de tratamiento, incluidos los beneficios médicos principales, a Tucson Pain Institute por los servicios prestados.

Consentimiento del paciente: \_\_\_\_\_ Consentimiento del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

## Declaración de derechos y responsabilidades

Como paciente, usted tiene derecho a:

- Atención considerada y respetuosa.
- Conocimiento del nombre del proveedor de atención médica que tiene la responsabilidad principal de coordinar la atención y los nombres y relaciones profesionales de otros proveedores de atención médica que puedan atenderlo.
- Recibir toda la información sobre cualquier tratamiento o procedimiento propuesto que pueda necesitar para dar su consentimiento informado o rechazar este curso de tratamiento. Excepto en emergencias, esta información deberá incluir una descripción del procedimiento o tratamiento, los riesgos médicamente significativos involucrados en este tratamiento, cursos alternativos de tratamiento o no tratamiento y los riesgos involucrados en cada uno y saber el nombre del proveedor que realizará el procedimiento o tratamiento.
- Participar activamente en cualquier decisión relacionada con su atención médica; en la medida permitida por la ley, esto incluye el derecho a rechazar el tratamiento.
- Plena consideración de la privacidad con respecto a su atención médica. La discusión del caso, la consulta, el examen y el tratamiento son confidenciales y deben llevarse a cabo con discreción. Tiene derecho a ser informado sobre el motivo de la presencia de cualquier individuo.
- Tratamiento confidencial de todas las comunicaciones y registros relacionados con su atención.
- Continuidad razonable de la atención y conocer, con anticipación, la hora y el lugar de la cita, así como la identidad de las personas que brindan la atención.
- Tenga en cuenta que si el proveedor de atención médica propone participar o realizar experimentos en humanos que afecten la atención o el tratamiento, usted tiene derecho a negarse a participar en dichos proyectos de investigación.
- Que todos sus derechos se apliquen a la persona que pueda tener la responsabilidad legal de tomar decisiones sobre la atención médica en nombre del paciente.
- Hacer que las quejas sean enviadas al personal administrativo para una respuesta adecuada.
- Saber que todo el personal de la Clínica/Oficina observará sus derechos.

La atención que recibe un paciente depende en parte del paciente. Por lo tanto, además de los derechos del paciente, usted como paciente también tiene ciertas responsabilidades.

- Usted es responsable de brindar información precisa y completa sobre sus quejas actuales, historial médico anterior y otros asuntos relacionados con su salud.
- Usted es responsable de hacer saber si comprende claramente el curso de su tratamiento médico y lo que se espera de usted. Usted es responsable de seguir el plan de tratamiento establecido por su proveedor de atención médica, incluidas las instrucciones de las enfermeras y otros profesionales de la salud a medida que llevan a cabo las órdenes del proveedor de atención médica.
- Usted es responsable de asistir a las citas y de notificar a la oficina dentro de las 24 horas para cancelar su cita. Entendemos que ocurren situaciones de emergencia, sin embargo, nos reservamos el derecho de iniciar una tarifa de cita pérdida de \$25.00 por ocurrencia, con la posibilidad de despedirlo después de tener ocurrencias. Usted es responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las órdenes/recomendaciones de los proveedores de su atención médica.
- Usted es responsable de asegurarse de que se cumplan las obligaciones financieras de su atención.
- Usted es responsable de ser considerado con los derechos de otros pacientes y del personal del consultorio.

Entiendo mis derechos y responsabilidades como paciente de Tucson Pain Institute:

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **Política financiera y renuncia**

### **Beneficios del seguro**

La ley del estado de Arizona requiere que las reclamaciones médicas sean pagadas por la compañía de seguros dentro de los 30 días. Como cortesía, facturamos a su compañía de seguros por todos los servicios cubiertos. Si su seguro no ha pagado correctamente la reclamación presentada dentro de los 45 días, todos los saldos pendientes pasarán a ser responsabilidad del paciente.

### **Copagos del seguro**

De acuerdo con mi contrato de seguro, entiendo que los copagos vencen en el momento del servicio. Esta obligación contractual requiere que el copago se realice en el momento del servicio, por lo que puede ser necesario reprogramar su cita si no se realiza su copago.

### **Deducible**

Si no se ha alcanzado el deducible de mi seguro, entiendo que se cobrará el pago total hasta el monto total del deducible en el momento del servicio.

### **Coseguro**

Entiendo que mi plan puede tener montos de coseguro y que seré responsable del monto del seguro secundario cuando mi seguro haya reconocido mi reclamo. Se me enviará un estado de cuenta por estos montos y comprendo que tendré que pagar la totalidad de los saldos de coseguro antes de que se programen otros procedimientos.

### **Pago privado**

Si no tiene cobertura de seguro, o un seguro con el que Tucson Pain Institute no participe, se espera el pago total al momento del servicio.

### **Verificación de beneficios y servicios no cubiertos**

Las pólizas de seguro pueden diferir según el plan del paciente. Tucson Pain Institute puede brindar servicios que mi plan de seguro excluye. Es mi responsabilidad verificar y comprender los beneficios y exclusiones de mi cobertura. Todos los servicios no cubiertos son mi responsabilidad y deben pagarse en el momento del servicio.

### **Cobros**

Entiendo que una vez que una cuenta se coloca en estado de cobro, todos los servicios futuros deben pagarse en su totalidad en el momento del servicio. Si mi cuenta se coloca en cobranza, seré responsable de todos los costos de cobranza equivalentes al 30 % de mi saldo pendiente pero no menos de \$25.00

### **No presentarse/Cancelaciones tardías/Cheques devueltos**

Cancelaciones hechas con menos de 24 horas de anticipación o "no presentarse" \$25.00 cargo por cancelación de estos cargos son mi responsabilidad y no se facturará a mi compañía de seguros. Devueltos estarán sujetos a un cargo por cheque devuelto de \$25.00.

*He leído y acepto cumplir con esta política financiera y renuncia.*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# Tucson Pain Institute

## AUTORIZACIÓN DE USO, INSPECCIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Tenga en cuenta: La autorización no es válida a menos que se haya llenado completamente.

Nombre del paciente en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**1. Información que debe divulgarse :** que cubre los períodos de atención médica: (puede haber una tarifa por copiar estos registros)

Desde (fecha) \_\_\_\_\_ Hasta (fecha) \_\_\_\_\_

Resumen de alta

Historial y examen físico

Informes de consulta

Resultados de pruebas de laboratorio

Otro (especifique) : \_\_\_\_\_

Informe operativo

Notas de progreso

Películas de rayos X solamente

Películas de rayos X/CD

Documento de continuidad de la atención

(alergias, medicamentos de problemas lista)

**2. Propósito de la solicitud:**

Consulta de tratamiento

Copia del seguro

Abogado

Copia personal

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

**3. Para ser liberado de**

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

**Para ser entregado a**

Attn : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Divulgación de registros de pruebas de abuso de drogas y/o alcohol, enfermedades transmisibles, psiquiátricas y/o VIH/SIDA/genéticas:** Acepto que cualquier información sobre abuso de drogas y/o alcohol, enfermedades transmisibles, pruebas psiquiátricas y/o genéticas puede ser divulgado. \_\_\_\_\_ No (iniciales)

Acepta que cualquier registro médico o de facturación que contenga información en referencia a pruebas y/o tratamiento del VIH/SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) pueda ser divulgado.

\_\_\_\_\_ No (iniciales)

**5. Límite de tiempo y derechos para revocar la autorización:**

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito al Custodio de registros en el lugar donde se encuentran mis registros. Sin embargo, entiendo que es posible que mis registros ya hayan sido publicados.

**6. Nueva divulgación/tratamiento/condición:**

Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. Tucson Pain Institute, sus empleados, Por la presente, los funcionarios y médicos quedan liberados de cualquier responsabilidad u obligación legal por la divulgación de la información anterior. Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización como condición para obtener tratamiento, pago de servicios o elegibilidad para beneficios.

**7: Firma del paciente o representante personal que puede solicitar la divulgación:**

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

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

Imprima: \_\_\_\_\_

Autoridad para firmar si no es paciente: \_\_\_\_\_

**8. Entidad del solicitante verificada:**

Identificación con foto

Firma coincidente

Otro

Es posible que se solicite al paciente pruebas de detección de orina y/o sangre, así como un conteo aleatorio de pastillas. . El incumplimiento de esto resulta en el despido inmediato de la práctica.

El paciente entiende que compartir los medicamentos mencionados anteriormente con cualquier persona está absolutamente prohibido y es ilegal. Los pacientes entienden que los resultados de los análisis de orina/sangre se pueden entregar a los otros proveedores de atención médica del paciente, a la compañía de seguros u otras agencias de reembolso. El paciente también autoriza a cualquier otro proveedor de atención médica, farmacia, policía u organismo judicial a divulgar cualquier información pertinente con respecto a la receta del paciente o los resultados del análisis de orina/sangre. El paciente acepta que cualquier uso de (marihuana, cocaína, etc.) durante el tratamiento está estrictamente prohibido y, si se identifica durante un análisis de orina, provocará una descarga. La única excepción es la marihuana que se usa con fines medicinales y solo cuando la receta un médico con licencia de los EE. UU. Yo, el abajo firmante, doy fe de que se discutió lo anterior conmigo, y entiendo completamente y estoy de acuerdo con todos los requisitos e instrucciones anteriores. También entiendo que el incumplimiento de lo anterior puede resultar en mi despido de Tucson Pain Institute.

### **MÉDICA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE QUE MANTENEMOS SOBRE USTED**

Mantenemos registros de:

1. Su nombre y (si es diferente) el nombre y la relación de la persona que recibe tratamiento.
2. Su dirección
3. Su número de teléfono
4. Su condición (o la del paciente, si es diferente)
5. La fecha en que el médico diagnosticó la condición
6. Hallazgos clínicos relacionados con la condición, como resultados de análisis de sangre, procedimientos, exámenes y modalidades diagnósticas.
7. Su seguro y otra información de cobertura, como registros de facturación.

### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Tiene derecho a:

- Solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones (no estamos obligados a aceptar la restricción)
- Recibir comunicaciones de información médica protegida por medios alternativos o en lugares alternativos, como números de teléfono residenciales, teléfonos, etc. Podemos dejar mensajes en cualquiera o todos los números de teléfono enumerados por el paciente en el formulario de información del paciente. Podemos comunicarnos con cualquier persona que quede como contacto de emergencia que figura en el formulario de información del paciente . Podemos comunicarnos con el cónyuge del paciente para transmitir cualquier mensaje relacionado con la atención, la cita o cualquier información necesaria que se considere necesaria para el tratamiento o la atención del paciente.
- Inspeccionar, copiar y modificar su información de salud protegida que se encuentra en Tucson Pain Institute.
- Recibir un informe de ciertas divulgaciones (de su información de salud protegida)
- Recibir una copia impresa de este aviso incluso si lo ha recibido electrónicamente.

### **CÓMO UTILIZAMOS Y DIVULGAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Solo usamos o divulgamos su información médica según lo requieran o permitan las leyes estatales y federales. En algunos casos, la ley requiere que usted autorice la divulgación. En otros casos, la ley nos permite divulgar su información médica sin su autorización.

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

Tratamiento: podemos usar su información de salud para nuestras actividades de tratamiento, como divulgarla a otros proveedores de atención médica como ayuda para su tratamiento.

Pago: Podemos usar y divulgar su información de salud para nuestras actividades de pago y cobro, como enviar reclamos a las compañías de seguros por el pago de productos de tratamiento metabólico.

Operaciones de atención médica: podemos usar y divulgar su información de salud para administrar las operaciones de nuestro programa, como revisar la calidad de los servicios que recibe. Socios comerciales: podemos divulgar su información de salud a organizaciones que nos ayudan con nuestro trabajo, como el

servicio de facturación que usamos para procesar reclamos sobre su salud de la compañía de seguros. Tenemos un acuerdo por escrito que requiere que estas organizaciones usen su información de salud solo por las razones necesarias para hacer el trabajo y protegerla de otros usos o divulgaciones, tal como lo hacemos nosotros. Para comunicarnos con usted: podemos usar la información en sus registros de salud para comunicarnos con usted si tenemos información sobre el tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

#### Otros usos y divulgaciones permitidos

HIPAA nos permite específicamente usar o divulgar su información de salud para otros fines sin su consentimiento o autorización. Según nuestra experiencia, tales divulgaciones son raras y la información limitada que mantenemos generalmente no es aplicable. Sin embargo, cuando lo autorice la ley, y en la medida en que podamos tener la información, HIPAA nos permite divulgarla para:

- Cumplir con los requisitos de las leyes federales, estatales o locales, órdenes judiciales u otros procesos legales y para procedimientos administrativos o judiciales.
- informar a una autoridad de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- informar a la FDA sobre la calidad, seguridad o eficacia de los productos o actividades regulados por la FDA
- notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o puede de otra manera estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición
- informar abuso, negligencia o violencia doméstica a una autoridad gubernamental
- proporcionar la información necesaria a una agencia de supervisión de la salud para actividades tales como auditorías, investigaciones, inspecciones, otorgamiento de licencias del sistema de atención médica, programas de beneficios gubernamentales y entidades reguladas
- un funcionario encargado de hacer cumplir la ley para propósitos específicos de aplicación de la ley médicos forenses o examinadores médicos para identificación o determinación de la causa de la muerte directores de funerarias para llevar a cabo sus deberes con respecto al difunto
- organizaciones de obtención de órganos para facilitar la donación y el trasplante investigadores que realizan estudios aprobados por una Junta de Revisión Institucional
- prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de un persona o el público
- funcionarios federales autorizados para funciones gubernamentales especializadas, como actividades militares y de veteranos; actividades de inteligencia y seguridad nacional; servicios de protección para el presidente; determinaciones de idoneidad médica; instituciones correccionales; entidades gubernamentales que brindan beneficios públicos y cumplen con las leyes de compensación para trabajadores

#### **Mensaje telefónico/Autorización de llamadas (medios de comunicación por teléfono, fax o correo electrónico):**

Yo, el abajo firmante, autorizo al personal de Advanced Pain Associates a dejar mensajes en mi contestador automático o teléfono celular con respecto a mi atención o para recordatorios de citas o transmisión de otra información por fax o correo electrónico.

#### **Usos y divulgaciones con su autorización**

Otros usos y divulgaciones de su información personal requieren su autorización por escrito. Puede revocar su autorización en cualquier momento haciéndolo por escrito.

Acuse de recibo del Aviso de privacidad

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado      Fecha

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o representante autorizado      Fecha

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o representante autorizado      Fecha

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Relación del representante autorizado (si corresponde)      Fecha

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma de Bienestar      Fecha

No se pudo obtener el acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad porque:

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma      Fecha

## **Política y procedimiento de "ausencia" y "cancelación" para procedimientos y visitas**

En Tucson Pain Institute, nuestro objetivo es brindar atención de calidad para el manejo del dolor de manera oportuna. Hemos implementado una POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN y CANCELACIÓN que nos permite utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan manejo del dolor. La siguiente política es con respecto a los pacientes que no asisten a su visita programada al consultorio o cita para su procedimiento.

Sea cortés y llame a Tucson Pain Institute de inmediato si no puede asistir a una cita. Este tiempo se le reasignará a alguien que necesite tratamiento urgente. Las citas disponibles tienen una gran demanda y su cancelación anticipada le dará a otra persona la posibilidad de tener acceso a atención oportuna para el manejo del dolor.

- Los pacientes que no se presenten a su cita programada o que no notifiquen a la oficina dentro de las 24 horas de la hora de su cita programada, estarán sujetos a una tarifa de "NO PRESENTACIÓN/CANCELACIÓN" de **\$25.00**. En el caso de una emergencia real y no se pueda dar un aviso previo, se dará consideración y se puede otorgar una excepción por única vez.
- Los pacientes que no se presenten a su cita programada para el procedimiento en el consultorio o que no notifiquen al consultorio dentro de las 48 horas de la hora programada para su cita, estarán sujetos a una tarifa de "NO PRESENTACIÓN/CANCELACIÓN" de **\$75.00**.
- Estas tarifas no están cubiertas por su aseguranza y, por lo tanto, es responsabilidad exclusiva del paciente.

### **Cómo cancelar su cita:**

Para cancelar o reprogramar citas, llame al consultorio, Tucson Pain Institute, al 928-276-3049. Si tiene algún problema para comunicarse, puede dejar un mensaje con su nombre y fecha de nacimiento, fecha de cita y motivo de cancelación o solicitud de reprogramación.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## SOAPP® Versión 1.0-14Q

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

*Las siguientes son algunas preguntas que se les dan a todos los pacientes en el Centro de Manejo del Dolor que están tomando o que están siendo considerados para recibir opioides para su dolor. Por favor, conteste cada pregunta con la mayor sinceridad posible. Esta información es para nuestros registros y permanecerá confidencial. Sus respuestas por sí solas no determinarán su tratamiento. Gracias.*

Responda las siguientes preguntas usando la siguiente escala:

0 = Nunca, 1 = Rara vez, 2 = A veces, 3 = A menudo, 4 = Muy a menudo

1. ¿Con qué frecuencia tiene cambios de humor? 0 1 2 3 4
2. ¿Con qué frecuencia fuma un cigarrillo dentro de una hora después de despertarse? 0 1 2 3 4
3. ¿Con qué frecuencia alguno de sus familiares, incluyendo padres y abuelos, han tenido problemas con el alcohol o las drogas? 0 1 2 3 4
4. ¿Con qué frecuencia alguno de sus amigos cercanos ha tenido problemas con el alcohol o las drogas? 0 1 2 3 4
5. ¿Con qué frecuencia otras personas han sugerido que usted tiene un problema con las drogas o el alcohol ? 0 1 2 3 4
6. ¿Con qué frecuencia ha asistido a una reunión de AA o NA? 0 1 2 3 4
7. ¿Con qué frecuencia ha tomado medicamentos diferentes a los que le fueron recetados? 0 1 2 3 4
8. ¿Con qué frecuencia ha sido tratado por un problema de alcohol o drogas? 0 1 2 3 4
9. ¿Con qué frecuencia se han perdido o robado sus medicamentos? 0 1 2 3 4
10. ¿Con qué frecuencia otras personas han expresado su preocupación por su uso de medicamentos? 0 1 2 3 4

**0 = Nunca, 1 = Rara vez, 2 = A veces, 3 = A menudo, 4 = Muy a menudo**

11. ¿Con qué frecuencia ha sentido antojo de medicamentos? 0 1 2 3 4

12. ¿Con qué frecuencia le han pedido que realice un examen de orina para detectar abuso de sustancias? 0 1 2 3 4

13. ¿Con qué frecuencia ha consumido drogas ilegales (por ejemplo, marihuana, cocaína, etc.) en los últimos cinco años? 0 1 2 3 4

14. ¿Con qué frecuencia, en su vida, ha tenido problemas legales o ha sido arrestado? 0 1 2 3 4

*Incluya cualquier información adicional que desee sobre las respuestas anteriores. Gracias.*

COMM™

Conteste cada pregunta con la mayor sinceridad posible. Tenga en cuenta que solo preguntamos sobre los **últimos 30 días**. No hay respuestas correctas o incorrectas. Si no está seguro de cómo responder a la pregunta, dé la mejor respuesta que pueda. Responda las preguntas usando la siguiente escala:

| Por favor conteste las preguntas usando la siguiente escala:  | Nunca | Rara vez | A veces | A menudo | Muy a menudo |
|---|-------|----------|---------|----------|--------------|
|   | 0     | 1        | 2       | 3        | 4            |
| 1. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para pensar con claridad o ha tenido problemas de memoria?   |       |          |         |          |              |
| 2. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia la gente se queja de que no está completando las tareas necesarias? (es decir, hacer las cosas que se deben hacer, como ir a clase, al trabajo o a las citas)  |       |          |         |          |              |
| 3. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que acudir a alguien que no sea el médico que lo recetó para obtener suficiente alivio del dolor con los medicamentos ? (es decir, otro médico, la sala de emergencias, amigos, fuentes de la calle) |       |          |         |          |              |
| 4. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tomado sus medicamentos de manera diferente a como se los recetaron?  |       |          |         |          |              |
| 5. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha pensado seriamente en hacerse daño?   |       |          |         |          |              |
| 6. En los últimos 30 días, ¿cuánto tiempo dedicó a pensar en los medicamentos opioides (tener suficiente, tomarlos, programa de dosificación, etc.)?  |       |          |         |          |              |

| Responda las preguntas utilizando el siguiente programa  | Nunca | Rara vez | A veces | A menudo | Muy a menudo |
|--|-------|----------|---------|----------|--------------|
|  | 0     | 1        | 2       | 3        | 4            |
| 7. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido una discusión?  |       |          |         |          |              |
| 8. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para controlar su ira (p. ej., ira al volante, gritos, etc.)?   |       |          |         |          |              |
| 9. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha necesitado tomar analgésicos pertenecientes a otra persona?  |       |          |         |          |              |
| 10. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se ha preocupado por cómo está manejando sus medicamentos?   |       |          |         |          |              |
| 11. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia otros se han preocupado por cómo está manejando sus medicamentos?  |       |          |         |          |              |
| 12. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que hacer una llamada de emergencia o presentarse en la clínica sin cita previa?   |       |          |         |          |              |
| 13. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia te has enfadado con la gente?  |       |          |         |          |              |
| 14. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que tomar más medicamento del recetado?  |       |          |         |          |              |
| 15. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha pedido prestados analgésicos a otra persona?  |       |          |         |          |              |
| 16. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usó su analgésico para otros síntomas que no sean el dolor (p. ej., para ayudarlo a dormir, mejorar su estado de ánimo o aliviar el estrés)? |       |          |         |          |              |

| Por favor conteste las preguntas usando la siguiente escala                                  | Nunca | Pocas Veces | A Veces | A Menudo | Muy A Menudo |
|--|-------|-------------|---------|----------|--------------|
|  | 0     | 1           | 2       | 3        | 4            |
| 17. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que visitar la Sala de Emergencia? |       |             |         |          |              |