

# UNIVERSITY PAIN CONSULTANTS Paquete de Bienvenida para Nuevos Pacientes

Por favor traiga su identificación con foto y tarjeta de seguro. No se aceptan cheques para copagos.

## Sección A · Información del Paciente (complete una vez)

### A1. Paciente

<b>Nombre</b>		Segundo nombre	<b>Apellido</b>		Fecha de nacimiento
Teléfono celular		Teléfono de casa		Correo electrónico	
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal
Sexo	Número de Seguro Social (opcional)		Idioma preferido		Raza / Etnia (opcional)
Contacto de emergencia · Nombre		Relación		Teléfono	
Médico que refiere	Teléfono		Médico de cabecera	Teléfono	

### A2. Seguro médico

· Sin seguro · Soy paciente de pago en efectivo (si marcó esta opción, pase a A3)

<b>Seguro primario</b>		<b>Seguro secundario</b>	
Aseguradora: _____		Aseguradora: _____	
· HMO · PPO ID#: _____ Grp#: _____		· HMO · PPO ID#: _____ Grp#: _____	
Si es HMO, médico de cabecera: _____		Si es HMO, médico de cabecera: _____	

Complete solo si el paciente NO es el titular de la póliza:

<b>Nombre del titular</b>	Fecha de nacimiento	<b>Relación con el paciente</b>	<b>Teléfono del titular</b>
Nombre del empleador	Teléfono del empleador	Dirección del empleador / Ciudad / Estado / Código postal	

### A3. Accidente / Lesión / Legal (complete solo si su dolor está relacionado con un accidente, lesión laboral o reclamación)

- ¿Se debe esto a un accidente de tráfico? No · Sí
- ¿Hay algún litigio relacionado con su dolor? · No · Sí
- ¿Hay una demanda por lesiones personales? No · Sí
- ¿Es esta una lesión de compensación laboral? No · Sí
- ¿Tiene un abogado para esta reclamación? No · Sí

### A4. Historia Social

Estado civil: · Soltero/a · Casado/a · Separado/a · Divorciado/a · Viudo/a · Otro

¿Con quién vive?	Ocupación	Empleador
Nivel máximo de educación		

Tabaco: · Nunca · Actual · Exfumador/a ¿Cuánto / cuánto tiempo: \_\_\_\_\_

Alcohol: · No · Sí Tipo y con qué frecuencia: \_\_\_\_\_

Drogas recreativas / ilegales: · No · Sí Tipo y con qué frecuencia: \_\_\_\_\_

## Sección B · Sobre Su Dolor

Motivo de la visita (p. ej., dolor de espalda, dolor de cuello)	¿Cuándo comenzó el dolor?
¿Hubo algún evento o lesión que lo causó? Si es así, descríbalo	

Describe el dolor (marque todo lo que corresponda):

- Agudo · Sordo · Dolor sordo · Ardor · Eléctrico · Punzada · Pulsante · Profundo  
· Calambres · Entumecido · Hormigueo · Hormigueo · Punzante · Lancinante · Hinchazón · Otro:

¿Con qué frecuencia tiene el dolor?

- Raramente · Ocasionalmente · Intermitentemente · Continuamente

Dolor promedio durante la semana pasada (circule): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0 = sin dolor, 10 = el peor posible)

¿Qué hace que el dolor EMPEORE? (marque)	¿Qué hace que el dolor MEJORE? (marque)
· Sentado/a · De pie · Caminar · Conducir · Levantar peso · Acostado/a · Doblarse/girar · Ejercicio · Cambios climáticos · Otro: _____	· Sentado/a · De pie · Caminar · Conducir · Levantar peso · Acostado/a · Doblarse/girar · Ejercicio · Cambios climáticos · Otro: _____

### B1. Historial de Tratamiento

Médico anterior de dolor (nombre, fechas de atención y por qué dejó de verlo):

Tratamientos anteriores · marque los que haya probado e indique si ayudaron:

· Acupuntura ¿Ayudó? · S · N	· Inyecciones epidurales ¿Ayudó? · S · N
· Quiropráctica ¿Ayudó? · S · N	· Inyecciones facetarias ¿Ayudó? · S · N
· Fisioterapia ¿Ayudó? · S · N	· Ablación por radiofrecuencia ¿Ayudó? · S · N
· Terapia psicológica / conductual ¿Ayudó? · S · N	· Estimulador de médula espinal / bomba ¿Ayudó? · S · N
· Cortisona (por vía oral) ¿Ayudó? · S · N	· Cirugía ¿Ayudó? · S · N
· Cortisona (inyección) ¿Ayudó? · S · N	· Unidad TENS ¿Ayudó? · S · N
· Bloqueos nerviosos ¿Ayudó? · S · N	· Otro ¿Ayudó? · S · N

### B2. Historial Médico

Otros problemas médicos (p. ej., diabetes, enfermedades cardíacas, depresión):

Cirugías que ha tenido (y año aproximado):

### B3. Medicamentos y Alergias

Alergias a medicamentos (medicamento · reacción):

---

Medicamentos actuales que toma específicamente para el dolor. Anote la dosis y con qué frecuencia:

Nombre del medicamento	Dosis y con qué frecuencia

Medicamentos actuales que NO son para el dolor. Anote la dosis y con qué frecuencia:

Nombre del medicamento	Dosis y con qué frecuencia

Medicamentos para el dolor que ha probado antes y dejado de tomar (nombre · razón por la que los dejó):

---

¿Toma algún anticoagulante? · No · Warfarin · Plavix · Eliquis/Xarelto · Heparin · Aspirin · Otro

### B4. Revisión de Sistemas

¿Tiene actualmente problemas en alguna de estas áreas? (marque todo lo que corresponda)

- Respiración / respiratorio · Dolor de pecho / dificultad para respirar · Sistema digestivo · Riñón / urinario
- Estado de ánimo / depresión / ansiedad · Sangrado / moretones fácilmente · Entumecimiento o debilidad · Ninguna de las anteriores

Por favor explique cualquier casilla que haya marcado:

---

## Sección C · Acuerdo Financiero y Asignación de Beneficios

Autorizo al personal de facturación de University Pain Consultants a presentar todas las reclamaciones por los servicios prestados y a dirigir a mi aseguradora/pagador a pagar los beneficios directamente a la práctica, hasta el monto de mi factura más cualquier interés y penalidades legalmente permitidos. Recibiré un estado de cuenta después de que mi aseguradora procese la reclamación y acepto pagar el saldo en su totalidad dentro de 30 días. Para cualquier saldo de \$150 o más que no pueda pagar en su totalidad, llamaré a la oficina de facturación al 951-784-7111 inmediatamente al recibir el estado de cuenta. El incumplimiento de pago, o de establecer y seguir un plan de pago, puede resultar en acción de cobro · incluidas llamadas de seguimiento, apelaciones, arbitraje o demanda civil según lo permitido por la ley. Si el pago se realiza conjuntamente o directamente a mí, me aseguraré de que el proveedor reciba todos los montos adeudados.

**Soy responsable de cualquier saldo pendiente debido a:** coseguro o copagos, deducibles, sin referencia del médico de cabecera, servicios no cubiertos o fuera de la red de servicios, cobertura terminada, beneficios de auto agotados, compensación laboral denegada, no responder a la correspondencia de la aseguradora o consultas de coordinación de beneficios, no proporcionar seguro actual, o cobertura inexistente/inexacta.

**Ausencias o cancelaciones tardías = \$50 por cada falta de presentación o cancelación.**

Mi información puede ser divulgada a otros proveedores que coordinen mi atención, a un ajustador o a mi empleador por lesiones laborales o de auto, a un abogado en litigios, y a mi aseguradora para auditoría y pago. El personal verificará mi identidad antes de divulgar cualquier información por teléfono. La oficina no es responsable de las divulgaciones que realice a mi solicitud, y eximo a la práctica de responsabilidad por divulgaciones fuera de su control.

**Con mi firma, declaro haber leído, entendido y aceptado esta Autorización y Liberación.**

Firma (paciente/tutor): \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Sección D · Preferencias de Comunicación y Autorización para Divulgar Información de Salud Información

¿Cómo podemos contactarle? (los recordatorios de citas son automáticos)

Teléfono de casa · correo de voz: Sí · No mensaje con otros: · Sí · No

Teléfono celular · correo de voz: Sí · No mensaje con otros: · Sí · No

**Compartir información:** Ninguno por ahora · Proteger mi cuenta con contraseña Contraseña: \_\_\_\_\_

Para permitirnos hablar con alguien que no sea usted (cónyuge, pareja, hijo/a) sobre citas, condiciones, tratamiento o información financiera:

Representante: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Poder notarial en archivo · Sí · No

**Divulgar TODA la información a esa persona EXCEPTO (marque lo que corresponda):** Citas · Lista de medicamentos · Condiciones/diagnósticos

Tratamiento/procedimientos · Información financiera Drogas/alcohol o salud conductual

**Esta autorización es válida:** · Solo para uso único Un año a partir de hoy · Hasta que se revoque por escrito

**Reconozco que he recibido y entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad de University Pain Consultants y he completado lo anterior por mi propia voluntad.**

Firma (paciente/tutor): \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Sección E · Liberación de Registros Médicos (complete solo si está transfiriendo registros)

Vuelva a ingresar su nombre y fecha de nacimiento para que esta página pueda enviarse a otro proveedor por separado.

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Fecha de solicitud
---------------------	---------------------	--------------------

**Tipo de solicitud:** Libro mayor de cuenta · Copias de reclamación Registros médicos **Formato:** · Electrónico · Papel

**Para ser utilizado para:** Personal · Evaluación / tratamiento médico

Solicitar información DE	Enviar información A
Proveedor / entidad: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____	Proveedor / entidad: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

**Alcance de los registros · envíe o recupere:**

- Todos los registros de la referencia/tratamiento: notas, informes quirúrgicos, radiología (CT/Rayos X/MRI), laboratorios, datos del seguro
  - Toda la información y atención recibida entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_
- Otro (especifique): · Notas · Rayos X · MRI · CT · Laboratorios · Informes quirúrgicos

He recibido una copia de mi solicitud en formato impreso, en persona.

Firma (paciente/tutor): \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Sección F · Política de Medicamentos Opioides

University Pain Consultants es una clínica integral de manejo del dolor que utiliza muchos enfoques de tratamiento. Si actualmente toma un medicamento opioide (p. ej., morphine, oxycodone, hydrocodone, methadone, hydromorphone, fentanyl), nuestros médicos evaluarán si continuarlo es apropiado.

**Tener una cita con uno de nuestros médicos NO los obliga a continuar recetando estos medicamentos.**

Si su médico determina que un opioide es apropiado, primero puede requerirse lo siguiente: (1) aceptar nuestro contrato de opioides; (2) un análisis de sangre o análisis de orina si es necesario; (3) permitirnos discutir su caso con sus proveedores anteriores; y (4) una evaluación psicológica o psiquiátrica evaluación si es necesario.

**Al firmar a continuación, acepto y entiendo estos términos.**

Firma (paciente/tutor): \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_