

Fecha de Hoy: _____

Marque claramente las casillas de verificación y rellene los espacios en blanco donde se indique. Sus respuestas precisas nos darán una mejor comprensión de usted y de sus síntomas para que podamos proporcionarle la mejor atención posible. ¡Gracias por ayudarnos a entenderle mejor!

Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
 Altura: _____ Peso: _____ Preferencia de mano: Derecha Izquierda Ambas
 Médico de Atención Primaria: _____ Médico que lo Refirió: _____

HISTORIAL

Molestia principal: Cuello Espalda baja Otro: _____

¿Cuánto tiempo ha tenido este dolor? _____

¿El dolor irradia a las extremidades? (por favor, haga un círculo para indicar de qué lado)

Brazos Nalgas Piernas Otro: _____
 (Izq./Der./Ambos) (Izq./Der./Ambos) (Izq./Der./Ambos)

¿Siente algo de lo siguiente? Si es así, por favor indique en qué parte de su cuerpo.

Debilidad: _____ Hormigueo: _____
 Entumecimiento: _____ Rigidez: _____

¿Algún otro síntoma con el dolor?

Pérdida de control de la vejiga. Pérdida de control intestinal Dolores de cabeza
 Otro: _____

¿Tiene dificultades para dormir debido a su dolor? Sí No

¿Qué hace que el dolor mejore?

Sentarse Calor/frío Estar de pie Masaje
 Caminar Nada Recostarse Ejercicio Other: _____

¿Qué hace que el dolor empeore?

Sentarse Calor/frío Estar de pie Masaje
 Caminar Nada Recostarse Ejercicio Other: _____

How severe is your pain (mark below)?

○ 0	○ 1-2	○ 3-4	○ 5-6	○ 7-8	○ 9-10
Ausente (Sin dolor)	Tolerable (tolerar sin medicamentos)	Soportable (algunas actividades restringidas o evitadas, requiere medicación)	Casi intolerable (sedentario, sólo capaz de ver la televisión, leer, etc.)	Intolerable (no puede leer, ver la televisión, usar el teléfono, necesidad de visitar Urgencias para obtener analgésicos)	Devastador (necesidad de hospitalización para el control del dolor)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Tenga en cuenta que Spine Team Texas no acepta casos de indemnización laboral.

¿La lesión o el dolor están relacionados con un vehículo de motor? SÍ NO ¿Fecha de la lesión? _____

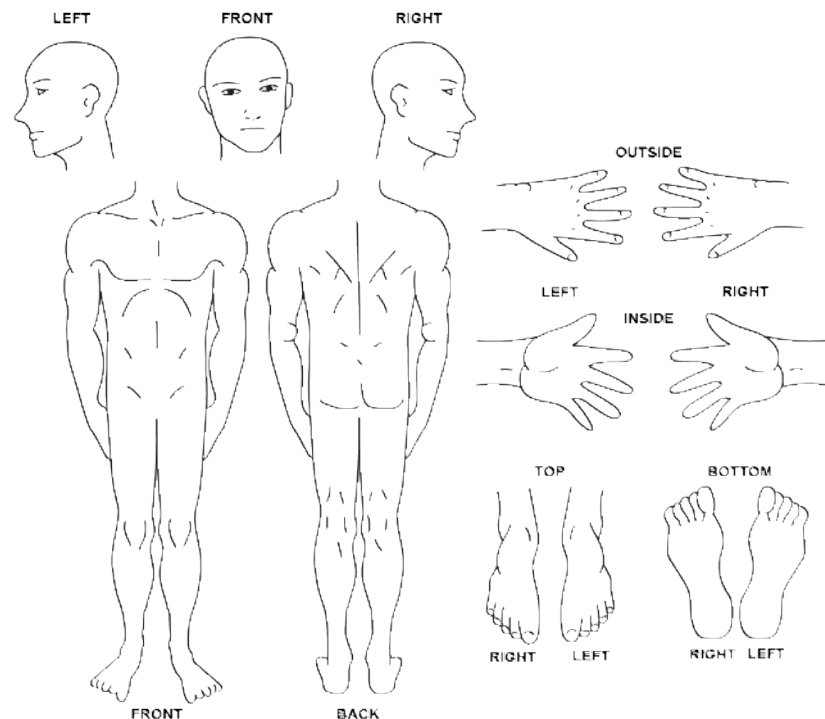
¿Existe una demanda (pendiente o considerada)? SÍ NO

¿Ha recibido alguno de los siguientes tratamientos para su condición actual?

- Otros médicos** SÍ NO Nombre, fecha y tratamiento: _____
- Fisioterapia** SÍ NO Número de sesiones: _____ Mejor Peor Sin cambio
- Inyecciones Epidurales o Facetarias** SÍ NO Número de inyecciones: _____ Mejor Peor Sin cambio
- Cirugía de Espalda o Cuello** SÍ NO Fecha y tipo: _____
- Pruebas de Diagnóstico** SÍ NO TAC Resonancia Magnética EMG Other: _____

Seleccione todas las opciones que describen su dolor:

- doloroso
- ardiente
- calambres
- profundo
- sordo
- eléctrico
- persistente
- pesado
- tipo
- de escozor
- de escozor
- afilado
- agudo
- espasmos
- punzante
- urticante
- pulsante
- que retuerce
- other: _____



Por favor, marque la ubicación de sus síntomas en la figura de la izquierda:

Símbolos

Dolor=xx

Entumecimiento/Hormigueo=OO Punzada

=//

Ardor =++

¿Qué espera que podamos lograr hoy?

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Enfermedad/Condición	¿Su PCP es el médico tratante?		De no ser así, escriba el nombre del médico tratante	¿El problema está estable/bien controlado?		De no ser así, por favor explique
	SÍ	NO		SÍ	NO	
Marque todo lo que corresponda:						
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Trombosis Venosa Profunda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ERGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Murmullo del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Historial de Adicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Historial de Abuso de Sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado/Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> SARM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Problema Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Apnea del Sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Trastorno de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Otros (Por favor, explique) _____

Historial de Cáncer	¿Su PCP es el médico tratante?		De no ser así, escriba el nombre del médico tratante	¿El problema está estable/bien controlado?		De no ser así, por favor explique
	SÍ	NO		SÍ	NO	
Por favor, marque todo lo que corresponda:						
<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cáncer de Mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cáncer de Cuello Uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cáncer de Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cáncer de Hueso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cáncer de Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cáncer: otros (por favor, explique)						

HISTORIA QUIRÚRGICA PASADA

Por favor, enumere cualquier cirugía anterior: Sin cirugías Véase adjunto

_____	Fecha Aproximada: _____
_____	Fecha Aproximada: _____
_____	Fecha Aproximada: _____
_____	Fecha Aproximada: _____

MEDICAMENTOS

Por favor, enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente. (Incluya cualquier medicamento de venta libre. Asegúrese de enumerar si está tomando alguna forma de aspirina.) Sin medicamentos Véase adjunto

_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____

Enumere los medicamentos que ha tomado en el pasado y si le ayudaron o no:

_____	¿Le ayudó la medicación?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
_____	¿Le ayudó la medicación?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
_____	¿Le ayudó la medicación?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Alergias a medicamentos? SÍ NO

Por favor, haga una lista: _____

Reacción alérgica: _____

¿Tiene alguna otra alergia conocida? SÍ NO

Por favor, haga una lista: _____

Reacción alérgica: _____

Nombre de Farmacia Preferida: _____

Dirección de Farmacia Preferida: _____

Teléfono de Farmacia Preferida: _____

HISTORIA FAMILIAR

Por favor, enumere cualquier enfermedad médica de la que los siguientes parientes consanguíneos tengan antecedentes:

Abuelos: _____ Vive Falleció

Padre: _____ Vive Falleció

Madre: _____ Vive Falleció

Hermano(s): _____ Vive Falleció

Hermana(s): _____ Vive Falleció

HISTORIA SOCIAL

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Número de hijos: _____ Edad: _____

¿Usted fuma? SÍ NO ¿Cuánto? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Solía fumar? SÍ NO ¿Cuándo dejó de fumar? _____

¿Consume tabaco sin humo? SÍ NO ¿Cuánto? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Usted vapea o usa cigarrillos electrónicos? SÍ NO ¿Cuánto? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Usa inhalantes sin tabaco? SÍ NO ¿Cuánto? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Bebe alcohol? SÍ NO ¿Cuántas bebidas al día? _____

¿Usa drogas recreativas? SÍ NO En caso afirmativo, de qué tipo: _____

¿Tiene antecedentes o abuso de alcohol o drogas? YES NO

Ocupación: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor marque una «X» para Sí o marque «No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente» si usted tiene estos síntomas HOY.

CONSTITUCIONAL

- Escalofríos
- Sudoración Nocturna
- Ganancia/pérdida de peso inexplicable
- No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente

OJOS/OÍDOS/NARIZ/GARGANTA

- Cambios en la visión
- Pérdida auditiva
- Ronquera
- Zumbido en el oído
- Mareos/Vértigo
- Dificultad para Tragar
- Descarga/Drenaje
- No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente

CARDIOVASCULAR

- Dolor en el Pecho
- Palpitaciones
- Hinchazón en las Piernas
- No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente

GASTROINTESTINAL

- Dolor abdominal
- Náusea
- Estreñimiento
- Sangre en las heces
- Diarrea
- Vómitos con/sin sangre
- No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente

GENITOURINARIO

- Dolor al orinar
- Sangre en la orina
- Enfermedad venérea
- Dificultad para orinar
- Problemas sexuales
- Problemas menstruales
- Embarazada
- Menopausia
- No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente

PIEL

- Erupciones
- Cambios en las uñas
- Moretones fáciles
- Cambios de color
- Ictericia
- Infecciones
- No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente

RESPIRATORIO

- Tos
- Silbidos
- Tose sangre
- Falta de aliento
- Producción de esputo
- Infección reciente
- No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente

MUSCULOESQUELÉTICO

- Hinchazón articular
- Rigidez
- Calambres
- Infección
- No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente

ENDOCRINO

- Cambios en la micción
- Cambios en la intolerancia al calor/frío
- Cambios en el apetito/sed/sudoración
- No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente

PSIQUIÁTRICO

- Depresión
- Ansiedad
- Pensamientos suicidas
- Cambios de humor
- No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente



Consentimiento para el Tratamiento

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

El abajo firmante acepta que todos los registros relativos a la visita de este paciente seguirán siendo propiedad de Spine Team Texas. El abajo firmante entiende que los registros médicos y la información de facturación generada o mantenida por Spine Team Texas son accesibles para el personal de las instalaciones y el personal médico. El personal de las instalaciones y el personal médico pueden utilizar y divulgar información médica para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica y a cualquier otro médico, personal sanitario o proveedor que esté o pueda estar involucrado en el continuo de la atención. El centro está autorizado a revelar todo o parte del historial médico del paciente a cualquier compañía de seguros, a terceros pagadores, a seguros de compensación del trabajador, a un grupo de empleadores auto asegurados u otra entidad (o a sus representantes autorizados) que sean necesarios para el pago de la cuenta del paciente. La ley exige que la institución indique al abajo firmante que **LA INFORMACIÓN DIVULGADA PODRÁ INDICAR LA PRESENCIA DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O VENÉREA QUE PUEDE INCLUIR, DE FORMA ENUNCIATIVA PERO NO TAXATIVA, ENFERMEDADES COMO LA HEPATITIS, LA SÍFILIS, LA GONORREA Y EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA, TAMBIÉN CONOCIDA COMO SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). LA INFORMACIÓN TAMBIÉN PUEDE CONTENER REGISTROS PSIQUIÁTRICOS.** El centro está autorizado a revelar la totalidad o parte del historial médico del paciente según lo establecido en su Aviso de Prácticas de Privacidad, a menos que el paciente se oponga por escrito. Al firmar este formulario, usted está autorizando tales revelaciones.

CONSENTIMIENTO ESPECIAL PARA LA PRUEBA DEL VIH:

El abajo firmante consiente específicamente que se realice un examen de sangre del paciente para detectar virus de inmunodeficiencia humana (también conocido como SIDA) y/o hepatitis si el médico tratante del paciente determina que es necesario para la protección del médico tratante y/o de cualquier empleado o agente del centro o del médico tratante expuesto a los fluidos corporales del paciente de una manera que pudiera transmitir esa enfermedad.

Sí No Autorizo a Spine Team Texas, PA a obtener mi fotografía para verificación de identificación.

(Iniciales) **ACUSE DE RECIBO DE LA POLÍTICA DE PAGO:** Acuso recibo de la política de pago escribiendo mis iniciales y firmando a continuación. Spine Team Texas, PA se compromete a servirle. Como parte de este compromiso, queremos que entienda sus obligaciones de pago. **El pago se espera en el momento en que se prestan los servicios. Si no puede pagar en su totalidad en la fecha del servicio, debe hacerse un acuerdo de pago.**

(Iniciales) **ACUSE DE RECIBO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE:** Acuso recibo de información explicativa de mis derechos como paciente y, a petición, recibí una copia de la notificación del Estado y esta declaración de política de instalación sobre los Derechos del Paciente.

(Iniciales) **OTORGO MI PERMISO A** Spine Team Texas para divulgar cualquier y toda mi información médica a mi Médico Primario /Referente por comunicación escrita u oral. Entiendo que estos registros pueden contener información psiquiátrica y/o sobre enfermedades infecciosas.

(Iniciales) **OTORGO MI PERMISO** para que mi información de salud protegida sea revelada con el fin de comunicar resultados, conclusiones y decisiones de atención a los miembros de la familia y otras personas.

Sí No

En caso afirmativo, escriba los nombres a continuación.

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____



Consentimiento para el Tratamiento

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Una descripción de cómo su información médica será utilizada y divulgada se resume en el Aviso de Privacidad del Paciente. Una copia completa del Aviso de Práctica de Privacidad de la Instalación se incluye en su paquete de admisiones y se publica en la Instalación. Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido una copia del Aviso de Práctica de Privacidad de la Instalación.

YO AUTORIZO a Representantes de Spine Team Texas PA a dejar mensajes para mí con respecto a citas, recetas, o cualquier otra información pertinente a mi atención médica, en cualquier número de teléfono que he proporcionado. También entiendo que puedo revocar este acuerdo enviando una carta certificada por escrito a Spine Team Texas PA, 1545 E. Southlake Blvd. #100, Southlake, Texas 76092, ATTN: Compliance Officer

RECONOZCO Y ENTIENDO que Spine Team Texas PA y/o Spine Team Texas ASC LP pueden no participar con mi plan de seguro y que cualquier pago debido como resultado será discutido conmigo en detalle antes de prestar los servicios. También entiendo que, como cortesía, Spine Team Texas revisará mis opciones de pago y las evaluará en detalle antes de que se preste ningún servicio.

Reconozco y entiendo que Spine Team Texas tiene una política de llegada tardía. Entiendo y reconozco que si llego 15 minutos o más después de mi cita programada, entonces puede que tenga que ser reprogramada.

POLÍTICA DE CITAS: Reconozco y entiendo que Spine Team Texas tiene una política por No Presentarse. Entiendo que si no me presento para 3 o más citas, o cancelo con menos de 24 horas de antelación, puedo ser eliminado de la práctica. Además, reconozco y entiendo que hay una tarifa por no presentarse de \$50.00 por faltas a EMG o que por cancelaciones con menos de 24 horas de aviso y Spine Team Texas también se reserva el derecho de cobrar una tarifa por no presentarse de \$35.00 para citas de oficina a las que los pacientes no se presentan o cancelan con menos de 24 horas de aviso. Entiendo que las tarifas cobradas por no presentarse no están cubiertas por mi seguro y seré responsable del pago en su totalidad.

HISTORIAL DE MEDICACIÓN: Al inicializar este párrafo y firmar este formulario, reconozco y acepto que en el caso de que me den una receta, estoy concediendo permiso para Spine Team Texas para obtener mi historial de medicamentos. Esto puede adquirirse a través del contacto directo con la farmacia.

YO (NOSOTROS) EL (LOS) ABAJO FIRMANTE(S) CERTIFICO (CERTIFICAMOS) QUE HE(HEMOS) LEÍDO Y ENTENDIDO PLENAMENTE ESTE FORMULARIO DE «CONDICIONES DE ADMISIÓN Y TRATAMIENTO».

FIRMA DEL PACIENTE: X _____ FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE MOLDE: _____

FIRMA DEL TESTIGO: X _____ FECHA: _____

EL PACIENTE NO PUEDE OTORGAR CONSENTIMIENTO PORQUE: _____

PACIENTE/AGENTE AUTORIZADO: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____ FECHA: _____



Consentimiento para el Tratamiento

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA DESTRUCCIÓN DE PELÍCULAS

(Iniciales) Entiendo que Spine Team Texas **no será** responsable del almacenamiento de mis rayos X o cualquier otra imagen radiológica. Al firmar este formulario, entiendo y acepto que soy responsable de mis negativos y otras imágenes radiológicas que han sido realizadas en una instalación que no sea Spine Team Texas. Además, entiendo y estoy de acuerdo en que Spine Team Texas escanea mis imágenes en su sistema de imágenes y conserva esas imágenes en su sistema de escaneo. Spine Team Texas tiene el derecho de destruir mis películas reales si las películas han sido dejadas en Spine Team Texas durante 12 meses o más a partir de la fecha de hoy.

DIRECTRICES FINANCIERAS PARA PACIENTES

(Iniciales) STT se compromete a brindarle la mejor atención posible y estamos encantados de discutir nuestras tarifas profesionales con usted en cualquier momento. Le ayudaremos cuando podamos, para que reciba todas las prestaciones del seguro a las que tenga derecho.

Para satisfacer las necesidades de nuestros pacientes, participamos en muchos programas de seguros. Cada compañía de seguros tiene su propia regla específica sobre el nivel de atención y el monto del reembolso. Los planes y beneficios de seguros varían considerablemente, y no podemos garantizar qué parte de nuestro servicio estará cubierta o no por su cobertura de seguro particular.

Con mucho gusto procesaremos su reclamación por usted y, cuando el tiempo lo permita, también calcularemos su deducible, copago, coaseguro y cargos por los servicios prestados. El copago, el coaseguro y los deducibles son una responsabilidad contractual entre el paciente y su empleador y/o compañía de seguros. Estas cantidades no son negociables. Esa cantidad se debe pagar en el momento del tratamiento y se puede pagar en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. **Nuestras estimaciones están sujetas a la aprobación final de su compañía de seguros y lo que realmente ocurre en la visita a la clínica y/o sesión operativa/procedimiento; por lo tanto, el importe adeudado a nuestra oficina podría cambiar.**

Si usted será sometido a procedimientos o cirugía, la información adicional estará disponible para usted en el momento de la programación. Por favor pregunte si tiene alguna pregunta sobre nuestros honorarios, política financiera o su responsabilidad.

Por favor, indique su recepción de este Aviso mediante su firma a continuación.

FIRMA DEL PACIENTE: X _____ FECHA: _____

FIRMA DEL TESTIGO: X _____ FECHA: _____



Aviso al Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

AVISO AL PACIENTE DE INTERÉS FINANCIERO

Como paciente de Spine Team Texas (la «Práctica»), algunos de sus tratamientos o procedimientos relacionados pueden ser programados en nuestros centros Texas Health Spine Surgery Centers (ASC). Se le informa mediante este aviso que los médicos enumerados a continuación tienen intereses financieros en ASC como se indica:

Texas Health Spine Surgery Center Allen, LLC	David Rothbart, MD; Anthony Berg, MD; David Cooper, MD; Amit Darnule, MD; Michael Garcia, MD; David Garrigues, MD; Cortland Miller, MD; Ryan Reeves, MD; Jennifer Donnelly, MD; Andrew Carver Wilkins, MD; Anton Zaryanov, DO; Daniel Sanders, MD
Texas Health Spine Surgery Center Alliance, LLC	David Rothbart, MD; Ryan Reeves, MD; Michael Garcia, MD; Amit Darnule, MD; Anthony Berg, MD; David Cooper, MD; Harish Badhey, MD; Jennifer Donnelly, MD; Cortland Miller, MD; Neil Patel, MD; Joseph Platon, MD; Carver Wilkins, MD; David Garrigues, MD, Christina Nguyen, DO
THR/STT Rockwall ASC, LLC (d/b/a Texas Health Spine Surgery Center Rockwall)	David Rothbart, MD; Ryan Reeves, MD; Michael Garcia, MD; Amit Darnule, MD; Anthony Berg, MD; David Cooper, MD; Anton Zaryanov, DO; Richard S. McPherson, DO
THR/STT Southlake ASC, LLC (d/b/a Texas Health Spine Surgery Center Southlake)	David Rothbart, MD; Ryan Reeves, MD; Michael Garcia, MD; Amit Darnule, MD; Jennifer Donnelly, MD; Neil Patel, MD

Además, usted puede recibir servicios en el Texas Health Harris Methodist Hospital Southlake o Texas Health Presbyterian Hospital Rockwall. Este Aviso le informa de que su médico puede tener un interés financiero en esta entidad. Usted tiene la opción, a su discreción, de utilizar un centro de atención médica alternativo.

Por favor, indique su recepción de este Aviso mediante su firma a continuación.

Fecha: _____

Firma del Paciente

Nombre en Letra de Molde del Paciente

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA PACIENTES

Cada instalación mencionada anteriormente ha firmado un acuerdo de uso de nombres con Texas Health Resources (THR).

THR no supervisa a ningún profesional de la salud en ningún Centro Texas Health Spine Surgery Center, ni proporciona ningún servicio de atención al paciente en ningún Centro Texas Health Spine Surgery Center.

Es importante que usted también comprenda que todos los médicos de ASC que prestan sus servicios utilizando las instalaciones de ASC son empleados de Texas Health Back Care y son miembros del personal médico de Texas Health Spine Surgery Center.

Fecha: _____

Firma del Paciente

Nombre en Letra de Molde del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Entender el Uso de las Prescripciones de Sustancias Controladas

Los medicamentos con sustancias controladas (que incluyen narcóticos, tranquilizantes y barbitúricos) son muy útiles en el tratamiento del dolor y pueden usarse en combinación con o ayudar en otros tratamientos como bloqueos nerviosos, ejercicio, fisioterapia, técnicas psicológicas quirúrgicas y otros medicamentos no controlados. Su médico puede decidir hacer un ensayo de estos medicamentos para evaluar su eficiencia en el tratamiento del dolor. Algunos pacientes tienen una excelente respuesta con estos medicamentos con una interferencia mínima de efectos secundarios. Sin embargo, no todos los pacientes tienen una respuesta favorable y pueden experimentar efectos secundarios significativos que impiden el uso posterior de este tipo de medicamentos. Estos medicamentos no disminuyen todos los síndromes de dolor. Su médico no tiene forma de predecir su respuesta a estos medicamentos y discutirá con usted la forma correcta de usarlos. Estos medicamentos pueden causar efectos psicológicos no deseados, como una falsa sensación de bienestar o de una mejor capacidad para hacer frente a los problemas. Aunque están destinados a aliviar el dolor y mejorar la función, tienen un mayor potencial de abuso y uso indebido si se usan incorrectamente. A veces, los pacientes que experimentan estos efectos psicológicos pueden usar estos medicamentos de maneras distintas a las prescritas.

Los medicamentos específicos que mi médico planea recetar serán descritos y documentados por separado de este acuerdo. Esto incluye el uso de medicamentos para posibles fines diferentes a los aprobados por la compañía farmacéutica y el gobierno (esto se conoce como prescripción fuera de la etiqueta, a menudo utilizada en el tratamiento del dolor). Mi médico me explicará sus planes de tratamiento y documentados en mi historial médico.

Existe un malentendido significativo con respecto al uso de Soma, Tramadol y analgésicos opioides. Las siguientes definiciones son importantes para que usted las entienda.

1. **Dependencia Física:** Propiedad farmacológica de ciertos medicamentos como la cafeína y los opioides que causan cambios bioquímicos en el cuerpo, de manera que la interrupción brusca de estos fármacos resultará en una respuesta de "abstinencia".
2. **Adicción:** Síndrome psicológico y conductual en el que hay un antojo de drogas y un comportamiento de búsqueda de drogas para fines distintos a los previstos por su médico. El comportamiento adictivo incluiría aumentar su dosis habitual de opioide (sin hablarlo previamente con su médico) para beneficio psicológico para automedicarse durante una situación estresante.
3. **Tolerancia:** Propiedad farmacológica de ciertas drogas definida por la necesidad de aumentar la dosis para mantener el efecto.

El riesgo de adicción en pacientes que no tienen antecedentes de adicción previa (a cualquier sustancia) es bajo. El riesgo de comportamiento adictivo es mucho mayor en pacientes que tienen antecedentes de adicción. Por lo tanto, debe informar a su médico si usted tiene un historial como la adicción a los cigarrillos, el tabaco sin humo, el alcohol, los juegos de azar, etc. Si desarrolla un problema de adicción, su médico lo ayudará con esto. Su médico puede decidir que usted no debe continuar con el medicamento en particular o puede decidir que usted puede continuar tomando el medicamento, pero solo con pautas de tratamiento muy cuidadosas.

Entiendo que los efectos secundarios más comunes que se producen en el uso de analgésicos en mi tratamiento incluyen, pero no se limitan a los siguientes: estreñimiento, náuseas, vómitos, somnolencia excesiva, picazón, retención urinaria, presión arterial baja, latidos cardíacos irregulares, insomnio, depresión, deterioro de razonamiento o juicio, depresión respiratoria, impotencia, disminución de la libido, disminución de los niveles de testosterona e incluso la muerte.

Iniciales: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Acuerdo de Responsabilidad del Paciente para Prescripciones de Sustancias Controladas

Entiendo que el uso de sustancias controladas puede ser parte de un tratamiento seguro y efectivo para mi condición de dolor. También entiendo que existe el riesgo de desarrollar un trastorno de adicción. Soy consciente de que el gobierno ha advertido que el uso inadecuado de estos medicamentos puede causar adicción y ser letal con un uso inapropiado. También entiendo que el gobierno rastrea la expedición de prescripciones de algunos de estos medicamentos. Por lo tanto, estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Sólo yo soy responsable de los medicamentos con sustancias controladas que se me recetan y soy responsable de su seguridad. Si mis recetas son **PERDIDAS, EXTRAVIADAS, O ROBADAS**, o si uso más de lo prescrito y “se me agota temprano”, el medicamento **NO** será reemplazado o recargado temprano. Si pierdo o me roban los medicamentos, informaré de esto a la policía y obtendré un reporte de artículos robados o perdidos para enviarlo a mi médico.
2. **NO** voy a aumentar mi dosis o usar más píldoras de las prescritas sin el consentimiento previo de mi médico, por lo que esto se documentará como “uso aceptable adecuado” del medicamento.
3. Las recargas de mi medicación controlada solo se realizarán durante el horario regular de oficina (de lunes a viernes), excluyendo los días festivos. Las recargas **NO** se harán por la noche, los fines de semana, durante las vacaciones o por un uso inadecuado que no sea el prescrito. Las recargas pueden tardar hasta 72 horas en procesarse y requerirán una visita a la oficina.
4. Tengo entendido que mi receta tardará unas horas en procesarse en la farmacia y no estará inmediatamente disponible para la recogida una vez enviada.
5. Sólo para pacientes femeninos: Hasta donde yo sé, no estoy embarazada. Si no estoy embarazada, utilizaré métodos anticonceptivos adecuados, incluyendo pero no limitado a profilácticos, DIU y abstinencia durante el curso de mi tratamiento. Acepto que es mi responsabilidad informar a mi médico inmediatamente, si quedo embarazada. Si estoy embarazada, o podría estarlo, notificaré a mi médico inmediatamente.

Iniciales: _____

6. Soy responsable de hacer un seguimiento de cuántas píldoras me quedan y notificar a mi médico o hacer una cita para ser visto en la clínica y evitar quedarme sin medicamentos antes de un fin de semana o vacaciones.
7. Entiendo que es ILEGAL dar, prestar, compartir, vender o transferir mis medicamentos. Del mismo modo, NO recibiré, tomaré prestadas o compraré sustancias controladas adicionales de nadie que no sea un proveedor de atención médica.
8. NO voy a aplastar, cortar, romper o masticar el medicamento a menos que lo haya discutido con mi médico.
9. Durante mi tratamiento, se me puede pedir que me reúna con el Especialista en Uso de Medicamentos en cualquier momento para ayudar a evaluar y tratar los factores de riesgo de adicción, y/o aprender otros mecanismos de adaptación para lidiar con el dolor que no son abordados por el analgésico. Esta evaluación es fundamental para tratar mi condición de forma segura y adecuada, y las recargas de medicamentos pueden ser retenidas si me niego a ser evaluado.
10. Estoy de acuerdo en cumplir con las pruebas aleatorias de orina, sangre o evaluación psicológica computarizada para documentar el uso adecuado de mi medicamento y confirmar el cumplimiento de este acuerdo y las políticas de Spine Team Texas. También entiendo que me facturarán por estas pruebas de drogas primero por Spine Team Texas, luego también por Quest Laboratory. Las pruebas de drogas se ejecutan en 2 partes, primero la prueba inicial, y luego se envía para pruebas cuantitativas. Habrá un costo adicional para las pruebas psicológicas.
11. Entiendo que conducir un vehículo de motor puede estar restringido mientras se toman medicamentos con sustancias controladas y que es mi responsabilidad cumplir con las leyes del estado mientras tomo los medicamentos prescritos. En el caso de que me sienta discapacitado o sedado no debo conducir y debería hablar con mi médico.
12. Entiendo que la combinación de estos medicamentos y alcohol u otros medicamentos recetados puede perjudicar mi pensamiento, tiempo de reacción y funciones vitales y puede ser potencialmente mortal.

Iniciales: _____



Sustancias Controladas

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

13. No combinaré el alcohol con ninguna sustancia opioide, y entiendo que hacerlo es motivo para interrumpir el tratamiento y puede limitar las opciones de tratamiento disponibles para mí.
14. Estoy de acuerdo en llenar mi receta en una sola farmacia. Si, por alguna razón, necesito cambiar mi farmacia o usar más de una, notificaré a mi médico y a ambas farmacias sobre el cambio. Entiendo que la manipulación de una prescripción escrita es ilegal y es motivo para ser dado de baja de la práctica.
15. No obtendré medicamentos controlados adicionales de otros médicos para tratar la misma afección. Si otro médico administra medicamentos de "emergencia" (es decir, hospital, servicio de urgencias), lo notificaré a mi médico tan pronto como el siguiente día laborable.
16. Si a mi médico y equipo de tratamiento le parece que no hay beneficios demostrables para mi función diaria o calidad de vida, mi médico puede probar medicamentos alternativos o puede disminuirme todos los medicamentos opioides.

Iniciales: _____

Entiendo que el no acatamiento de las reglas de este acuerdo puede constituir motivo para retirar las sustancias controladas de mi plan de tratamiento. El desacato evidente, el uso indebido o los actos ilegales son también motivos para ser dado de baja de la práctica.

17. No usaré sustancias ilegales (es decir, marihuana, cocaína y heroína). El uso de estas sustancias es motivo para ser dado de baja de la práctica.
18. Entiendo que el comportamiento abusivo hacia el personal o de los proveedores no será tolerado. Si el personal considera que una conversación telefónica se está volviendo abusiva, puede optar por grabarla para su posterior revisión por parte de un proveedor o gerente. El comportamiento abusivo es motivo para ser dado de baja de la práctica.
19. Entiendo que, de violar este acuerdo; Spine Team Texas se reserva el derecho de dar de baja a cualquier miembro de la familia que pueda estar siendo tratado en sus instalaciones.
20. Entiendo que el uso de medicamentos narcóticos para el dolor en los ancianos o gravemente debilitados puede predisponer a un deterioro del equilibrio que puede resultar en caídas. Esto aumentará el riesgo de traumatismo craneal, huesos rotos y lesiones de órganos internos. Estoy de acuerdo en que este aumento del riesgo es aceptable en comparación con los riesgos del dolor no tratado.
21. Entiendo que no se ha determinado la seguridad absoluta o el riesgo relativo de operar vehículos motorizados (automóviles, barcos, etc.) mientras se toman medicamentos narcóticos para el dolor. Si opero un vehículo motorizado mientras tomo medicamentos narcóticos para el dolor y me involucro en algún accidente que resulte en lesiones personales o daños a la propiedad a mí mismo o a otros, acepto no responsabilizar a Spine Team Texas o a cualquiera de sus miembros.
22. El uso combinado de medicamentos con Benzodiazepina (es decir, Valium, Xanax) con medicamentos Opioides puede causar efectos secundarios graves. Los médicos de STT pueden sugerir discontinuar el tratamiento con Benzodiazepina si se está considerando la terapia con Opioides. El incumplimiento puede conducir a la interrupción de la terapia con opioides, afectar su candidatura para otras opciones de tratamiento o ser motivo para ser dado de baja de la práctica.

Autorizo al médico y a mi farmacia a cooperar plenamente con cualquier agencia policial municipal, estatal o federal, incluyendo la Junta de Farmacia de Texas, en la investigación de cualquier posible uso indebido, venta u otra desviación de mi analgésico. Autorizo a mi médico a proporcionar una copia de este acuerdo a mi farmacia. Acepto renunciar a cualquier privilegio o derecho de privacidad o confidencialidad aplicable con respecto a estas autorizaciones. He leído el acuerdo anterior y he tenido mis preguntas respondidas de una manera que yo comprendo. Acepto el acuerdo de permitir a mi médico recetar tales medicamentos de la manera que considere que será en el mejor interés de mi cuidado. He recibido una copia de este documento para mis registros personales.

Firma del Paciente _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente (En letra de molde) _____



PROGRAMA DE REFERIDOS PARA FAMILIA Y AMIGOS

Spine Team Texas quiere agradecer a nuestros pacientes por referir a sus familiares y amigos a nosotros. Por favor, háganos saber quién le refirió para que podamos enviarle un regalo de agradecimiento.

Fecha de Hoy: _____

Compañero/Ex Paciente

Nombre completo: _____

Dirección postal (si se conoce): _____

Familia/Amigo/Vecino

Nombre completo: _____

Dirección postal (si se conoce): _____

Por favor, seleccione la ubicación que está visitando hoy:

Southlake Bedford Alliance Rockwall Richardson Allen

¡NO LO OLVIDE!

Además del nuevo papeleo de paciente, asegúrese de llevar consigo lo siguiente a su cita:

- ID con foto
- Tarjetas de seguro
- Su copago (si lo requiere su seguro)
- Su referencia (si lo requiere su seguro)
- Cualquier informe, película o disco de radiología relacionado con su dolor y tratamiento
- Cualquier historial médico relacionado con su dolor y tratamiento
- Una lista de los medicamentos que está tomando actualmente o sus botellas de medicamentos

¡GRACIAS POR ELEGIR SPINE TEAM TEXAS!