



FORMAS PARA NUEVOS PACIENTES

¿Cómo se enteró de los servicios ofrecidos en esta oficina? _____

¿Dónde esta ubicado el dolor mas severo? _____

¿Ha tenido algún examen de radiología en el pasado?: Si No

En caso de si: donde, cuando y que tipo de examen: _____

Contacto de Emergencia: _____

Farmacia de preferencia: _____

Correo Electrónico: _____

Raza: Indio Americano Asiático Hawaiano Islas del Pacífico Afroamericano
 Blanco Hispano Otra Rehuso Revelar

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino Rehuso Revelar

Idioma: Inglés Español Ruso Hindú Otro Rehuso Revelar

Lugar de Trabajo y Teléfono: _____

¿Anteriormente ha visto un Dr. del dolor?: Si No Si es si, donde: _____

¿Tiene implantada una bomba de dolor? Si No

¿Vive en un asilo? Si No Si es si, donde: _____

Por favor anote **TODOS** los medicamentos que toma actualmente incluyendo dosis y frecuencia (si usted tiene los contenedores de los medicamentos o una lista por favor muéstrelos a los asistentes médicos para que sean capturados en su expediente.)

En un esfuerzo por hacer que la comunicación sea fluida y permitir el acceso a su archivo medico en El Paso Pain Centery sus afiliados utilizarán, pero no compartirán, su correo electrónico para que la correspondencia incluya pero no limite su uso a los siguientes: recordatorios de citas, recetas, acceso a registros médicos y boletín de noticias. Al firmar nuestro acuerdo de tratamiento, usted autoriza el uso de su correo electrónico para tales fines.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Cobramos lo que es habitual y adecuado para nuestra área de práctica.

1. De acuerdo a la política de nuestra oficina debe pagarse por completo el Pago Privado o Co-Pago/Co-Seguro y/o Deducible así como el saldo de la cuenta que se debe al tiempo de servicio a El Paso Pain Center, PA haciendo negocio como Las Cruces Pain Center o al menos que se hayan hecho arreglos de pago anteriormente.
Inicial _____

2. Si sé que no podré asistir a mi cita yo le notificaré a El Paso Pain Center, PA haciendo negocio como Las Cruces Pain Center en cuanto me sea posible. **Tengo entendido que cancelaciones deben ser al menos 24 horas antes de la cita programada o se cobrara \$25. Esta tarifa no se cobra a su aseguranza.**
Inicial _____

3. Por favor comprenda que solo se mandara cobrar a las compañías de seguro medico con las cuales temenos un contrato. Además es su responsabilidad dar seguimiento al reclamo con su compañía de seguro medico, debe asegurarse que se pague dentro de 60 dias a partir de la fecha de servicio. Hemos de destacar que como proveedores del cuidado de la salud nuestra relación es con usted nuestro paciente y NO con su compañía de seguro medico. Usted es responsable de saber cuales son sus beneficios, incluyendo los servicios que cubre la aseguranza y cuales no; cómo accesar a sus beneficios, incluyendo la adquisicion de referencias, etc. Si tiene alguna duda por favor contacte a su proveedor de seguro medico. Esta oficina no asume responsabilidad por su falta de conocimiento de los beneficios de su seguro medico. **Usted es responsable de cualquier cargo restante no pagado según sea determinado por la compañía de seguro independientemente de la causa.**
Inicial _____

Este acuerdo es necesario con el fin de aceptar su seguro medico sin tener que cobrarle por adelantado. Una cuenta vencida de 90 dias ó más y/o planes de pago que no se mantienen al corriente pueden estar sujetos a cobros y cargos asociados. Al firmar el acuerdo en la parte de abajo, usted afirma que los beneficios de su aseguradora sean pagados directamente a El Paso Pain Center, PA haciendo negocio como Las Cruces Pain Center. También autoriza a El Paso Pain Center, PA haciendo negocio como Las Cruces Pain Center emitir cualquier información que puede ser necesaria para el proceso de todas las reclamaciones; certificación/manejo de casos/mejora de la calidad; y otros propósitos relacionados con los beneficios de su plan de salud. Por otra parte es su responsabilidad asegurarse de que las referencias ó autorización necesaria sean obtenidas en cada visita. **Finalmente se requiere notificacion de cambio de seguro medico por lo menos una semana antes de su próxima cita programada para evitar retrasos en su cita y/o gastos de auto pago.**

Al firmar a continuación, indica que comprende y acepta todo lo anterior.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____



Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR REGISTROS MEDICOS

Autorizo al custodio de registros medicos a liberar lo siguiente:

Mis registros médicos, incluyendo pero no limitado a; notas de visita al consultorio, todos los informes de radiología y todo los informes de laboratorio.

Proporcione registros adicionales o restricciones en los registros que se mandaran:

Por favor envíe por fax o correo los registros indicados:

Fax:
(575)-652-4607

Las Cruces Pain Center
880 S. Telshor Blvd. Ste. 100
Las Cruces, NM 88011

Esta informacion puede ser usada/ revelada con el proposito de mi atencion de la salud.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____



Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

RECONOCIMIENTO DE HIPAA Y RESTRICCIONES SOLICITADAS

Firmando abajo, notifico que eh leído y entendido el aviso de practicas privadas de El Paso Pain Center, PA haciendo negocio como Las Cruces Pain Center. A petición mia, me pueden proporcionar una copia de mis registros médicos.

Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información medica como se establece en este documento, excepto como se indica expresamente a continuación. Por la presente solicito las siguientes restricciones sobre el uso y/o el dictado de mi informacion:

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

FORMULARIO DE HIPAA PARA AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD

Autorizo a El Paso Pain Center, PA haciendo negocio como Las Cruces Pain Center a usar y/o divulgar la información de salud protegida (PHI) seleccionada a continuación:

Nombre	Fecha de nacimiento	Solo recoger recetas	Información Protegida de Salud
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Toda la información es definida como lo siguiente: registros médicos, información de salud, datos de facturación, citas, recoger recetas y todos los demás fines k pueda dirigir.

Esta autorización es valida para lo siguiente:

Todas las citas pasadas, presentes y futuras.

O

Solo de _____ a _____
 Fecha Fecha

No autorizo el uso y/o divulgación de mi información de salud protegida.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito en cualquier momento.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____



CONSENTIMIENTO PARA EXÁMENES DE LABORATORIO Y USO DE LOS RESULTADOS

En consideración de los servicios prestados transferiré y asignaré los beneficios del seguro médico a El Paso Pain Center, PA y sus afiliados (conocidos colectivamente en lo sucesivo como EPPC, PA) y autorizaré a EPPC, PA a presentar reclamos en mi nombre directamente a mi proveedor/plan de seguro médico. Estoy consciente que EPPC, PA puede enviar muestras de laboratorio a un laboratorio de referencia con licencia para realizar las pruebas. Autorizo a EPPC, PA a que entregue a mi compañía de seguros o/a cualquier plan de salud del que soy miembro cualquier información médica necesaria para el procesamiento de reclamos. Entiendo que EPPC, PA puede ser un proveedor fuera de la red y mi practicante puede tener un interés de propiedad en este laboratorio, y como tal, puede recibir un retorno de la inversión de este interés. Entiendo que tengo la opción de obtener servicios de laboratorio en otra instalación y que a mi solicitud se me proporcionará una lista de instalaciones de laboratorio alternativas. Entiendo que, si la compañía de seguros me paga directamente por servicios prestados por EPPC, PA soy responsable de enviar el pago a EPPC, PA. Estoy de acuerdo en que este Consentimiento para los Exámenes de Laboratorio y Uso de Resultados cubrirá todos los servicios médicos prestados por EPPC, PA hasta que dicha autorización sea revocada por escrito por mí.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

DIFUSIÓN DEL MÉDICO

El propósito de esta difusión es para notificarle a usted, el paciente, que el o los medico(s) que le atienden pueda recibir remuneración por referirlo a usted a ciertos laboratorios de diagnóstico, farmacias, y/u otros proveedores de salud auxiliares, para ciertos servicios de pruebas de toxicología y farmacogenética, productos farmacéuticos compuestos, servicios de imagen diagnóstica y otros servicios de salud auxiliares, incluyendo pero no limitado a Gateway Surgical Center, El Paso Pain Center Pharmacy y El Paso Pain Center Laboratories.

En consecuencia, reconozco que el o los medico(s) que me atienden han difundido al inicio del contacto inicial y al momento de la referencia (i) su afiliación si es que existe con el laboratorio de diagnóstico, farmacia u otro proveedor de salud auxiliar para el cual yo, el paciente estoy siendo referido y (ii) que él/ella recibirá directa o indirectamente, remuneración por la referencia de dicho laboratorio de diagnóstico, farmacia u otro proveedor de salud auxiliar. Entiendo que yo, el paciente tengo el derecho de escoger los proveedores de servicio del cuidado de mi salud y/o productos, por lo tanto tengo la opción de recibir servicios de salud auxiliares de cualquier proveedor de salud auxiliar y/o instalaciones que yo escoja.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____



SOAPP® VERSION 1.0-14Q

La siguiente serie de preguntas se les da a todos los pacientes de El Paso Pain Center, PA haciendo negocio como Las Cruces Pain Center. Porfavor responda cada pregunta lo más honestamente posible. Esta información es para nuestros registros y se mantendrá confidencial. Sus respuestas por si solas no determinaran su plan de tratamiento.

Por favor conteste las siguientes preguntas usando la siguiente escala:

0 = Nunca 1 = Casi nunca 2 = A veces 3 = Casi siempre 4 = Siempre

- 1. ¿Con que frecuencia usted tiene cambios de humor? 0 1 2 3 4
- 2. ¿Con que frecuencia fuma un cigarro dentro de la primera hora después de levantarse? 0 1 2 3 4
- 3. ¿Con que frecuencia alguno de sus familiares, incluyendo padres y abuelos, ha tenido algún problema de alcohol o drogas? 0 1 2 3 4
- 4. ¿Con que frecuencia alguno de sus amigos cercanos ha tenido algún problema de alcohol o drogas? 0 1 2 3 4
- 5. ¿Con que frecuencia le han comentado otras personas que usted tiene un problema de drogas o alcohol? 0 1 2 3 4
- 6. ¿Con que frecuencia ha acudido a alguna junta a AA o NA? 0 1 2 3 4
- 7. ¿Con que frecuencia ha tomado un medicamento de manera diferente a la que se le ha recetado? 0 1 2 3 4
- 8. ¿Ha recibido tratamiento para problemas de alcohol o drogas? 0 1 2 3 4
- 9. ¿Con que frecuencia ha perdido su medicamento o ha sido robado? 0 1 2 3 4
- 10. ¿Con que frecuencia otras personas le han expresado preocupación sobre el uso de su medicamento? 0 1 2 3 4
- 11. ¿Con que frecuencia ha sentido ansiedad por ingerir medicamentos? 0 1 2 3 4
- 12. ¿Con que frecuencia se le ha solicitado un análisis de orina por abuso de sustancias? 0 1 2 3 4
- 13. ¿Con que frecuencia ha usado drogas ilegales (por ejemplo, marihuana, cocaína, etc.) en los últimos cinco años? 0 1 2 3 4
- 14. ¿Con que frecuencia, en su vida, ha tenido problemas legales ó ha sido arrestado? 0 1 2 3 4

©2008 Inflexxion, Inc. Permission granted solely for use in published format by individual practitioners in clinical practice. No other uses or alterations are authorized or permitted by copyright holder. Permissions questions: PainEDU@inflexxion.com. The SOAPP® was developed with a grant from the National Institutes of Health and an educational grant from Endo Pharmaceuticals.



Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

EDUCACIÓN DEL PACIENTE: PREVENCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

MENSAJE IMPORTANTE PARA EL PACIENTE Y/O SERES QUERIDOS DEL PACIENTE

Si usted o un ser querido nota las señales de advertencia que figuran a continuación, busque ayuda de **inmediato** y/o llame a una de las líneas telefónicas directas de suicidio mencionadas abajo. Por favor, sepa que si usted tiene acceso a armas de fuego o conoce que un ser querido tiene acceso a armas de fuego, es importante asegurar poniéndolas lejos del alcance **AHORA**.

Dos (2) números de teléfono están disponibles hoy para usted. Un número es una línea gratis para Suicide Prevention Hotline que está disponible las 24 horas los 7 días de la semana.

- **Línea de Vida para la Prevención del Suicidio: 1-800-273-TALK (8255).** Esta línea nacional para casos de crisis es gratuita la cual está disponible en inglés y español para las personas que llamen.
- **Línea de crisis de Las Cruces: (575) 646-2255**

Por favor, escriba sus iniciales en las siguientes afirmaciones:

- _____ Entiendo que conducir puede ser peligroso si no estoy totalmente alerta y orientado y no voy a conducir si me siento alterado.
- _____ Entiendo que la administración de mis medicamentos puede ser difícil si estoy distraído, enojado o confundido y voy a pedir ayuda con el manejo de mis medicamentos si es necesario.
- _____ Entiendo que es importante que no estoy solo y voy a llamar a uno de los números previamente listados si me siento solo, inseguro, o si necesito alguien con quien hablar.
- _____ Entiendo que no debo consumir drogas, alcohol o medicamentos que no están actualmente prescritos para mí o tomarlos de manera diferente a la que el médico me los ha prescrito.

Riesgos de suicidio y las señales de advertencia – Por favor, llame para pedir ayuda INMEDIATAMENTE si usted experimenta cualquiera de los siguientes síntomas de advertencia:

- * Si busca el acceso a armas de fuego, pastillas u otros elementos o sustancias potencialmente nocivas.
- * Si habla o escribe sobre la muerte o el suicidio.
- * Si tiene sentimientos de desesperanza.
- * Si actúa con imprudencia temeraria.
- * Si se siente atrapado como si no hubiera manera de salir.
- * Si ha aumentado el uso de alcohol o drogas.
- * Si siente el alejamiento de la familia y amigos.
- * Si se siente ansioso, agitado, sin poder dormir o dormir todo el tiempo.
- * Si siente cambios dramáticos de humor.
- * Si no encuentra razón para vivir o no le encuentra sentido a la vida.
- * Si se encuentra regalando pertenencias a los demás que son de valor personal.
- * Si se corta usted mismo o muestra otras acciones auto destructivas o se está haciendo daño personalmente.

Yo he recibido información sobre la prevención del riesgo de suicidio y entiendo su contenido mis deberes en relación a la información proporcionada. Mis preguntas han sido contestadas a mi entera satisfacción.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____



ACUERDO EN LA SELECCION DE FORO

El paciente o el representante del paciente y el proveedor de atención médica, incluidos los empleados y los agentes del proveedor de atención médica, prestando o proporcionando atención médica, cuidado de salud, o seguridad o profesionales o servicios administrativos directamente relacionados con la atención médica a pacientes acuerdan que en caso de una disputa, cualquier demanda, acción, o cause relacionada de alguna manera con la atención medica proporcionada al paciente solo se llevara a un tribunal de Distrito en el Condado de Doña Ana, Nuevo México, el tribunal/distrito donde se brindó o presto la totalidad o sustancialmente toda la atención médica. Las disposiciones de selección de foros de este párrafo son obligatorias y no son permisivas.

Firm del Paciente: _____ Fecha: _____