



GENERAL

Nombre: _____

Número telefónico: _____

Correo electrónico: _____

Número de trabajo: _____

Dirección : _____

Seguro

Profesión: _____ Fecha de vigencia: _____

Número de Poliza: _____

Número de Grupo: _____

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre y Dirección del lugar de trabajo del Asegurado

CONTACTO DE EMERGENCIA

Información Del Paciente

Nombre _____ **Apellido** _____

Contacto de Emergencia

Principal Contacto _____

Relación con el Paciente _____

Número de contacto por alguna emergencia

_____ **ó** _____

Comentarios:

Nombre

Firma

Fecha

Elección De Beneficios Medicos “Fuera de la red”

Me dirijo a usted:

Este documento tiene el propósito de notificar que estoy de acuerdo a comprometer mis beneficios medicos “Fuera de la red” el cual requiere una divulgación informada por parte de mi proveedor médico.

Dado que he pagado la suma de dinero más alta por la posibilidad de buscar un proveedor "Fuera de la red", deseo que mi proveedor sea compensado por todos y cada uno de los tratamientos / procedimientos que él / ella crea que son médicamente necesarios para tratar mi condición / dolencia actual / lesión.

Tenga en cuenta que los beneficios se han verificado antes de recibir los servicios, y si no recibo una determinación adversa de beneficios dentro de las 48 horas posteriores a la presentación del reclamo, asumiré que todos los costos relacionados con el tratamiento / procedimiento estarán cubiertos en su totalidad, ya que afirma en mi documentación de Resumen de Cobertura de Beneficios.

Si se recibe una determinación adversa de beneficios dentro de las 48 horas, proporcione el archivo de reclamo completo, incluida su copia del Resumen de Cobertura de Beneficios, que se utilizó para tomar la determinación, de modo que pueda cumplir con el proceso de procedimiento de reclamos de acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud Asequible de Protección al Paciente y el plan de beneficios en el que estoy inscrito.

Nombre y Apellido

Firma

Su documentación de admisión completada ayuda a nuestro médico y a otros proveedores a conocerle mejor a usted y a su historial médico. Confiamos en su exactitud e integridad para ofrecerle la mejor atención posible. Por favor, pregunte en recepción o llame al 602-775-5670 si tiene alguna pregunta sobre cómo completar cualquier sección de este formulario.

Información del Paciente:

Fecha de hoy: _____

Su nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Médico de referencia: _____

Médico de cabecera: _____

Historial del Dolor:

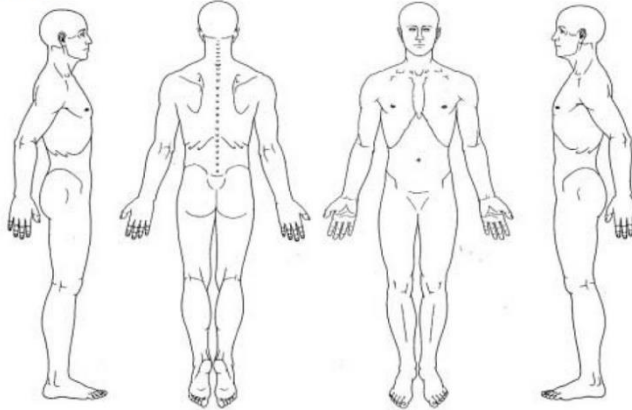
¿Queja principal (motivo de su visita de hoy)? _____

¿Este dolor se irradia? Si es así, ¿dónde? _____

Indique cualquier otra zona de dolor: _____

Utilice este diagrama para indicar la zona de su dolor. Marque la zona con una "X"

Marque con una X las zonas en las que siente dolor, hinchazón, adormecimiento o molestias. Describa lo que siente u observa con sus propias palabras. Escriba en cualquier lugar de este espacio.



Inicio de los síntomas:

¿Aproximadamente cuándo comenzó este dolor? _____

¿Qué causó su episodio de dolor actual? _____

¿Cómo comenzó su episodio de dolor actual? Gradualmente Repentinamente

Desde que comenzó su dolor ¿cómo ha cambiado? Mejoró Empeoró Ha permanecido igual

Descripción del dolor:

Marque todo lo siguiente que describa su dolor:

- Tenue/Constante Caliente/Ardiente Punzante Punzante/Agudo
 Calambres Adormecimiento Espasmos Pulsante
 Apretones Hormigueo/aguja Tensión

¿Cuándo es el peor momento de su dolor?

- En la mañana Durante el día A la tarde La mitad de la noche
 Siempre lo mismo

¿Con qué frecuencia se produce el dolor?

- Constante Cambia de intensidad pero siempre está presente
 Intermitente (aparece y desaparece)

Si el dolor "0" es ningún dolor y "10" es el peor dolor que pueda imaginar, ¿cómo calificaría su dolor?

Ahora mismo _____ En el mejor momento _____ En el peor momento _____

Marque el efecto que tiene cada uno de los siguientes elementos en su nivel de dolor:

	Aumenta	Disminuye	Ningún cambio
Al doblar hacia atrás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al doblar hacia delante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios por el clima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toser/estornudar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conducir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantar objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mirar hacia arriba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mirar hacia abajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al levantarse de una posición sentada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Qué otros factores empeoran o afectan a su dolor que no se hayan mencionado anteriormente?

Síntomas asociados

	NO	SÍ	Comentarios (¿Dónde?)
Entumecimiento/hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Debilidad en el brazo/pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Incontinencia de vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Incontinencia intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hinchazón/rigidez articular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fiebre/escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Por favor, marque todos los tratamientos siguientes que haya utilizado para aliviar el dolor

	Ningún cambio	Empeoró el dolor	Ayudó al dolor
Cirugía de columna vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quiropráctico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoyo con corsé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acupuntura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compresas calientes/frías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masaje terapéutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unidad TENS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otro: _____

Historial de tratamiento del dolor con intervención

- Inyección epidural de esteroides - (marque todos los niveles que correspondan)
Cervical/Torácica/Lumbar
- Inyección articular - Articulación(es) _____
- Bloqueos de rama medial/inyecciones de faceta - (marque los niveles) Cervical/Torácica/Lumbar
- Descompresión lumbar mínimamente invasiva (MILD) - _____
- Bloqueos nerviosos - Área/Nervio(s) - _____
- Ablación nerviosa por radiofrecuencia - (marque los niveles) - Cervical/ Torácica/Lumbar
- Estimulador de médula espinal - Solo prueba/implante permanente _____
- Inyecciones de puntos de activación - ¿Dónde? _____
- Vertebroplastia/Kifoplastia - Nivel(es) _____
- Otro - _____

¿Cuáles de estos procedimientos indicados anteriormente han ayudado a su dolor?

Pruebas diagnósticas y de imagen

Marque todas las pruebas siguientes que tenga relacionadas con sus dolencias actuales:

- Resonancia magnética de: _____ Fecha: _____
- Radiografía de: _____ Fecha: _____
- TAC de: _____ Fecha: _____
- Estudio EMG/NCV de: _____ Fecha: _____
- Otras pruebas diagnósticas: _____ Fecha: _____
- No me he sometido a NINGUNA prueba diagnóstica para mi dolencia actual

Marque los siguientes médicos o especialistas a los que ha consultado por su(s) actual(es) problema(s) de dolor:

- Acupunturista
- Neurocirujano
- Psiquiatra/Psicólogo
- Quiropráctico
- Cirujano ortopédico
- Reumatólogo
- Internista
- Fisioterapeuta
- Neurólogo
- Otro: _____

Por favor, indique los nombres de otros Médicos del Dolor que haya visto en el pasado: _____

Marque las siguientes condiciones/enfermedades por las que ha sido tratado en el pasado:

Médicas Generales

- Cáncer – Tipo _____
- Diabetes – Tipo _____

Cardiovascular/Hematológico

- Anemia
- Ataque cardíaco
- Enfermedad arterial coronaria
- Hipertensión arterial
- Enfermedad vascular periférica
- ACV/TIA
- Trastornos de las válvulas cardíacas

Gastrointestinal

- ERGE (reflujo ácido)
- Sangrado gastrointestinal
- Úlceras de estómago
- Constipación

Urología

- Enfermedad renal crónica
- Cálculos renales
- Incontinencia urinaria
- Diálisis

Neuropsicológico

- Esclerosis múltiple
- Neuropatía periférica
- Convulsiones
- Depresión
- Ansiedad
- Esquizofrenia
- Trastorno bipolar

Cabeza/Oídos/Ojos/Nariz/Garganta

- Dolores de cabeza
- Migrañas
- Lesión en la cabeza
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Glaucoma

Respiratorio

- Asma
- Bronquitis/neumonía
- Enfisema/EPOC

Musculoesquelético/Reumatológico

- Bursitis
- Síndrome del túnel carpiano
- Fibromialgia
- Osteoartritis
- Osteoporosis
- Artritis reumatoide
- Dolores crónicos de articulaciones

Otras afecciones diagnosticadas

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Historial quirúrgico previo

Por favor, indique cualquier procedimiento quirúrgico que se haya realizado en el pasado, incluyendo la fecha:

1. _____ Fecha: _____
2. _____ Fecha: _____
3. _____ Fecha: _____
4. _____ Fecha: _____
5. _____ Fecha: _____

No me he sometido NUNCA a ningún procedimiento quirúrgico.

Medicación actual

¿Está tomando actualmente algún anticoagulante o diluyente de la sangre? SÍ NO

Si es así, ¿cuáles? Aspirina Coumadin Lovenox Otro: _____

Por favor, indique todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluidas las vitaminas.
Adjunte una hoja adicional si es necesario:

	<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____
9.	_____	_____	_____
10.	_____	_____	_____

Por favor, indique todos los medicamentos anteriores que haya tomado en algún momento para sus dolencias actuales.

	<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

Alergias

¿Tiene usted alguna alergia a algún fármaco/medicamento? SÍ NO

Si es así, indique todos los medicamentos a los que es alérgico:

<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Reacción alérgica</u>
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

Alergias tóxicas: Látex Yodo Cinta adhesiva Contraste IV

Historia familiar

Marque todos los diagnósticos apropiados en lo que respecta a sus familiares de primer grado:

- Artritis Cáncer Diabetes
 Dolores de cabeza/migrañas Hipertensión arterial Problemas renales
 Problemas de hígado Osteoporosis Artritis reumatoide
 Convulsiones Derrame cerebral
 Otros problemas médicos: _____
 No tengo antecedentes médicos familiares significativos

Historia social

Ocupación: _____ ¿Cuándo fue la última vez que trabajó? _____

¿Quién está en su hogar actual? _____

¿Hay escaleras en su hogar actual? _____ Si es así, ¿cuántas? _____

Incapacidad temporal Incapacidad permanente Jubilado Desempleado

Actualmente, ¿está bajo una indemnización por accidente laboral? NO SÍ

¿Hay alguna demanda en curso relacionado con su visita de hoy? NO SÍ

Consumo de alcohol:

Uso social Historia de alcoholismo Alcoholismo actual Nunca

Consumo diario de alcohol

Consumo de tabaco:

- Consumidor actual Antiguo consumidor Nunca ha consumido
- ¿Paquetes al día? _____ ¿Cuántos años? _____ Fecha que dejó: _____

Consumo de drogas ilegales:

- Niega haber consumido drogas ilegales Actualmente consume drogas ilegales
- Ha consumido drogas ilegales anteriormente (no consume actualmente)
- ¿Ha abusado alguna vez de medicamentos narcóticos o de prescripción? Sí NO

Revisión de sistemas:

Marque los siguientes síntomas que padece actualmente:

<u>Constitucional:</u>	<input type="checkbox"/> Escalofríos	<input type="checkbox"/> Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/> Moretones fáciles
	<input type="checkbox"/> Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Fiebres
	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Bajo deseo sexual	<input type="checkbox"/> Temblores
	<input type="checkbox"/> Aumento de peso inexplicable	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso inesperada	
	<input type="checkbox"/> Debilidad		
<u>Ojos:</u>	<input type="checkbox"/> Cambios visuales recientes		
<u>Oídos/nariz/garganta/cuello:</u>	<input type="checkbox"/> Problemas dentales	<input type="checkbox"/> Dolores de oído	<input type="checkbox"/> Problemas de audición
	<input type="checkbox"/> Hemorragias nasales	<input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis	
<u>Cardiovascular:</u>	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre
	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Hinchazón en los pies
	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar durante el sueño		
<u>Respiratorio:</u>	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Sibilancia	<input type="checkbox"/> Falta de aire
<u>Gastrointestinal:</u>	<input type="checkbox"/> Constipación	<input type="checkbox"/> Reflujo ácido	<input type="checkbox"/> Calambres abdominales
	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Náusea/Vómitos	<input type="checkbox"/> Hernia
<u>Musculoesquelético:</u>	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Dolores articulares	<input type="checkbox"/> Rigidez articular
	<input type="checkbox"/> Hinchazón articular	<input type="checkbox"/> Espasmos musculares	<input type="checkbox"/> Dolor de cuello
<u>Genitourinario/Nefrología:</u>	<input type="checkbox"/> Dolor de costado	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Micción dolorosa
	<input type="checkbox"/> Disminución del flujo/frecuencia/volumen de orina		
<u>Neurológico:</u>	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Temblores
	<input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo	<input type="checkbox"/> Convulsiones	
<u>Psiquiátrico:</u>	<input type="checkbox"/> Estado depresivo	<input type="checkbox"/> Sentirse ansioso	<input type="checkbox"/> Problemas de estrés
	<input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas	<input type="checkbox"/> Planificación suicida	
	<input type="checkbox"/> Pensamientos de hacer daño a otros		

Toda otra revisión de sistemas negativa

Fecha/Hora: _____

Firma del Paciente: _____

Historia clínica y consentimiento para el tratamiento

Certifico que la información anterior es exacta, completa y verdadera.

Autorizo a Fortitude Healthcare y a los asociados, asistentes y otros proveedores de atención médica que considere necesarios para tratar mi condición. Entiendo que no se ha hecho ninguna garantía de un resultado específico o cura. Estoy de acuerdo en participar activamente en mi cuidado para maximizar la eficacia.

Escriba sus iniciales aquí _____

Consentimiento para el historial de medicación

Un historial de medicación es una lista de medicamentos que Fortitude Healthcare ha prescrito recientemente a un paciente. Se recoge de una variedad de fuentes, incluyendo la farmacia de un paciente, los planes médicos, otros proveedores de atención médica, y la Junta de Farmacia del Estado de Arizona.

Doy mi consentimiento para que Fortitude Healthcare recupere y revise mi historial de medicación. Entiendo que esto formará parte de mi expediente médico.

Escriba sus iniciales aquí _____

Prácticas de Privacidad y Consentimiento para divulgar Información Médica Protegida

El Aviso de Prácticas de Privacidad de Fortitude Healthcare está expuesto para su inspección pública en sus instalaciones y en su sitio web. Este Aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar mi información médica protegida, y cómo puedo acceder a mis registros médicos. Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Autorizo a Fortitude Healthcare a divulgar mi Información Médica Protegida (registros médicos) de acuerdo con su Aviso de prácticas de privacidad. Esto incluye, entre otros, la liberación a mi médico de referencia, médico de atención primaria, y cualquier médico(s) al que pueda ser referido. También autorizo a Fortitude Healthcare a divulgar cualquier información que se requiera para obtener una autorización de procedimiento o para procesar cualquier reclamo de seguro. Entiendo que Fortitude Healthcare no divulgará mi información médica protegida a ninguna otra parte (incluyendo la familia) sin que yo complete un formulario escrito de "Autorización del paciente para el uso y divulgación de información médica protegida", disponible en recepción.

Escriba sus iniciales aquí _____

Autorización

Autorizo a Fortitude Healthcare a proceder como se indica en las secciones de consentimiento anteriores.

Firmado: _____

Fecha: _____

Liberación de Medicare

TODOS LOS PACIENTES DE MEDICARE DEBEN FIRMAR LA SIGUIENTE DECLARACIÓN:

Solicito que el pago bajo el programa de seguro médico se haga en mi nombre a Fortitude Healthcare por cualquier servicio que me preste su(s) médico(s) y/o practicantes. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiación de la Atención Médica y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original.

Firmado: _____

Fecha: _____

ACUERDO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR INTRATABLE CON NARCÓTICOS

Por favor, ponga sus iniciales en todas las casillas:

_____ Entiendo que tengo una condición de dolor que puede requerir la prescripción de una sustancia controlada.

_____ Se me ha explicado cualquier efecto secundario como constipación, sedación, picor, náuseas y vómitos y el uso de sustancias para contrarrestar estos efectos secundarios. También se me han explicado a mi satisfacción los problemas de tolerancia, drogodependencia y adicción.

_____ Entiendo que existen alternativas a la terapia con medicamentos narcóticos que incluyen terapias multidisciplinarias como fisioterapia, y/o ejercicio, TENS, terapia cognitiva/conductual, acupuntura y tratamiento intervencionista (es decir, inyecciones de esteroides).

El objetivo de mi terapia es reducir mi dolor a un nivel que sea tolerable y me permita mejorar mi funcionamiento diario.

_____ Entiendo que el uso diario de narcóticos puede aumentar ciertos riesgos, que incluyen, pero no se limitan a:

- **Adicción**
- **Náuseas, vómitos y constipación**
- **Deterioro del juicio, somnolencia y confusión**
- **Reacciones alérgicas, sobredosis y complicaciones mortales**
- **Problemas respiratorios**
- **Mareos**
- **Aumento de tolerancia**

- **Daño renal/hepático**
- **Daño cardíaco**
- **Posibles disfunciones sexuales**
- **Complicaciones en el embarazo o la lactancia**
- **Deterioro de la capacidad para manejar máquinas o conducir vehículos de motor**

_____ También entiendo la siguiente pauta: como paciente entiendo que no recibiré más de 5 recetas de sustancias controladas por mes. La prescripción no excederá un suministro de 30 días y puede tener reposición a discreción del MD y la regulación de la DEA. Las autorizaciones previas no serán hechas y es la responsabilidad de cada paciente para saber o traer su formulario de seguro.

_____ También entiendo que si no sigo las pautas de abuso de sustancias y cualquier requisito de prueba adicional según sea necesario (contrato separado), mi tratamiento puede ser terminado.

_____ He discutido con mi proveedor los beneficios, riesgos y alternativas al tratamiento con narcóticos. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas a esas preguntas a mi satisfacción.

POLÍTICA DE DESVIACIÓN

¿QUÉ ES LA DESVIACIÓN? – “El acto o una instancia de desviación de un curso, actividad o uso”

La desviación va en contra de la ley y Fortitude Healthcare se lo toma muy en serio. Si se produce una desviación, se le dará de alta inmediatamente de nuestra consulta sin reembolso alguno.

Aquí encontrará algunos ejemplos de lo que es la desviación cuando se habla de medicamentos controlados y no controlados.

1. Que un amigo, un familiar, un vecino o un compañero de trabajo le dé o le venda la medicación porque no ha acudido a la cita con su médico que está programada cada 30 días.
2. Acudir a varios médicos para recibir la misma medicación sin avisar a todos ellos.
3. Regalar o vender sus medicamentos.
4. Tener un resultado positivo en un análisis de orina para medicamentos cuando no se ha acudido al médico durante más de 30 días.
5. Tener un resultado negativo en el análisis de orina para la medicación prescrita en los últimos 30 días de visita.
6. Un resultado positivo en un análisis de orina para una droga ilícita es una alta obligatoria.

HE LEÍDO LO ANTERIOR Y LO ENTIENDO A MI LEAL SABER Y ENTENDER

Firma del Paciente _____

Fecha: _____

Firma del Proveedor _____

Fecha: _____

Fortitude Healthcare
5133 N. Central Ave Suite 202
Phoenix, Arizona 85012

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR

El propósito de este acuerdo es asegurar que el paciente ha dado información precisa en la que el médico puede confiar para implementar un programa de manejo del dolor. También es para evitar malentendidos sobre ciertos medicamentos que usted tomará para el manejo del dolor. Esto es para ayudarle a usted y a su médico a cumplir con la ley en cuanto a los productos farmacéuticos controlados.

POR FAVOR LEA Y PONGA SUS INICIALES EN LO SIGUIENTE:

_____ Entiendo que este acuerdo es esencial para la confianza necesaria en una relación médico-paciente y que mi médico se compromete a tratarme en base a este acuerdo.

_____ Entiendo que si no cumpla con este acuerdo, mi médico dejará de recetar estos medicamentos para el control del dolor, me dará de alta de la atención de mi médico y podría ser procesado penalmente. En este caso, mi médico puede reducir la medicación durante un período de varios días, según sea necesario, para evitar los síntomas de abstinencia. Además, se puede recomendar un programa de tratamiento de la drogodependencia.

_____ Me comunicaré plenamente con mi médico y el personal sobre el carácter y la intensidad de mi dolor, los efectos del dolor en mi vida diaria y la eficacia de mi medicamento para aliviar mi dolor.

_____ NO consumiré ninguna sustancia ilegal controlada, incluyendo marihuana, cocaína, etc., ni ninguna otra mediación recetada a otra persona que no sea yo.

_____ No compartiré, venderé ni intercambiaré mi medicación con nadie.

_____ No intentaré obtener ningún medicamento controlado, incluyendo medicamentos opioides para el dolor, estimulantes controlados o medicamentos contra la ansiedad de ningún otro médico, a menos que se coordine con esta oficina.

_____ Protegeré mis medicamentos de la pérdida o el robo. Entiendo que la medicación perdida o robada no será reemplazada.

_____ Estoy de acuerdo en que las reposiciones de mis medicamentos solo estarán disponibles durante mis visitas regulares al consultorio. Entiendo que es mi responsabilidad hacer y mantener las citas a tiempo. Las prescripciones no se harán por teléfono o serán recogidas fuera de estas visitas. Las recetas no estarán disponibles durante la noche, el fin de semana o los días festivos.

_____ Autorizo al médico, al centro y a la farmacia a cooperar plenamente con cualquier agencia policial de la ciudad, el condado, el estado o el gobierno federal. En la investigación de cualquier posible mal uso, venta u otra desviación de mis medicamentos. Autorizo a mi médico a proporcionar una copia de este acuerdo a mi farmacia, a mi proveedor de atención primaria y a mi médico remitente. Estoy de acuerdo en renunciar a cualquier privilegio o derecho de privacidad o confidencialidad aplicable con respecto a estas autorizaciones.

_____ Estoy de acuerdo en que usaré mi medicamento en una medida no mayor que la prescrita y que el uso de mi medicamento en una medida mayor resultará en que me quede sin medicamento por un período de tiempo.

_____ Entiendo que mis medicamentos para el dolor tienen el potencial de afectar mi juicio y que se debe tener precaución al conducir u operar maquinaria pesada.

_____ Entiendo que el alcohol puede potenciar los efectos y la duración de mi medicación. Reconozco que se me ha aconsejado evitar el consumo de alcohol.

_____ He sido plenamente informado de la dependencia psicológica (adicción) de una sustancia controlada. Comprendo plenamente los efectos conductuales de los medicamentos y acepto mantener un comportamiento adecuado en todo momento con mis médicos y personal de apoyo. Notificaré a los médicos para que me ayuden cuando sea necesario en relación con los efectos secundarios. Sé que algunas personas pueden desarrollar una tolerancia, que es la necesidad de aumentar la dosis de medicación para lograr el mismo efecto de control del dolor, y sé que me volveré físicamente dependiente de los medicamentos.

_____ Entiendo que es un delito penal en el Estado de Arizona adquirir u obtener o intentar adquirir u obtener la posesión de una sustancia controlada por medio de declaraciones falsas, fraude, falsificación, engaño o subterfugio. Entiendo que si hago cualquier declaración falsa en este acuerdo, estaré sujeto a un proceso penal.

_____ Entiendo que me pueden llamar al consultorio para un análisis de orina al azar de drogas y/o recuento de medicamentos. Se me pedirá que me presente en el consultorio al cierre de ese día o podré ser dado de baja de la práctica.

Nombre en letra imprenta: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha de hoy: _____

1. En el último año, ¿ha acudido a algún otro médico en relación con alguna afección que requiera tratamiento del dolor?

SÍ NO

Si ha visto a otros médicos, debe indicar aquí el nombre de todos y cada uno de ellos.

Firma del Paciente: _____

2. ¿Ha obtenido una receta para una sustancia controlada de otro médico en el último año?

SÍ NO

Si ha recibido dicha medicación de otro médico debe indicar aquí todos y cada uno de los medicamentos, así como el médico que los recetó:

Firma del Paciente: _____

3. Actualmente no estoy siendo tratado o intentando ser tratado por otro médico por ninguna condición que requiera el manejo del dolor.

Firma del Paciente: _____

4. No estoy exagerando ninguno de los síntomas de ninguna condición que requiera el manejo del dolor.

Firma del Paciente: _____

5. He sido completamente honesto con mi médico con respecto a cualquier condición que requiera el manejo del dolor.

Firma del Paciente: _____

6. No veré a ningún otro médico con respecto a cualquier condición que requiera el manejo del dolor a menos que notifique a mi médico antes de visitar a los otros médicos.

Firma del Paciente: _____

7. Si mi médico me receta medicamentos para el dolor, solo utilizaré la siguiente farmacia para surtir todas las recetas. Si tengo la intención de utilizar cualquier otra farmacia, notificaré a mi médico inmediatamente.

Farmacia: _____

Firma del Paciente: _____

El abuso de medicamentos por parte del paciente es un problema grave. Por favor, lea atentamente este formulario. Su médico y cualquier investigación de las fuerzas del orden por cualquier posible abuso de la relación médico/paciente en relación con el tratamiento de su dolor le obligarán a respetar este acuerdo.

Nombre en letra imprenta: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Firma: _____

Fecha de hoy: _____

Declaro que he leído completamente este formulario y que toda la información es verdadera y exacta. Entiendo que cualquier declaración falsa dada en relación con este acuerdo me someterá a un proceso penal. Estoy de acuerdo en seguir estas pautas que me han sido explicadas en su totalidad. Se ha respondido adecuadamente a todas mis preguntas e inquietudes sobre el tratamiento. Se me ha entregado una copia de esta documentación.

Este acuerdo se celebra en este día _____ del mes de _____ del año _____

Firma del Paciente: _____

Firma del Proveedor con Licencia: _____

Firma del Médico: _____



Política de cancelación/no presentación para sus citas

Política de cancelación/no presentación para sus citas con el médico

Entendemos que hay ocasiones en las que usted debe faltar a una cita debido a emergencias u obligaciones por trabajo o familia. Sin embargo, cuando no llama para cancelar una cita, puede estar impidiendo que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesita. A la inversa, puede darse la situación de que otro paciente no cancele y no podamos programar su visita, debido a un libro de citas aparentemente "lleno".

Por favor, llame y cancele su cita 24 horas antes de la misma.

Citas programadas

Entendemos que los retrasos pueden ocurrir, sin embargo debemos tratar de mantener a los otros pacientes y al médico a tiempo. **Si un paciente llega más de 15 minutos tarde a una cita, es posible que la cita tenga que ser reprogramada.** Esto es para asegurar que los pacientes que llegan a tiempo no esperen más de lo necesario para ver al proveedor. Se le puede dar la opción de esperar a otra cita en el mismo día, si hay una disponible. Intentaremos acomodar a los que lleguen tarde lo mejor posible, pero no podemos comprometer la calidad y la atención oportuna proporcionada a nuestros otros pacientes.

Saldos de cuentas

Requeriremos que los pacientes con saldos de auto-pago tengan un saldo de cuenta de (\$0.00) antes de recibir más servicios por nuestra práctica. Los pacientes que tengan preguntas sobre sus cuentas o que quieran discutir una opción de plan de pago pueden llamar y pedir hablar con un representante de la oficina de negocios con quien puedan revisar su cuenta y sus preocupaciones.

Los pacientes con saldos de más de \$100 deben hacer arreglos de pago antes de hacer futuras citas.

Agencia de cobro

Entiendo que si tengo un saldo sin pagar a Fortitude Healthcare y no hago arreglos de pago satisfactorios, mi cuenta puede ser colocada con una agencia de cobros externa. Yo seré responsable por el reembolso de los honorarios de la agencia de cobros, incluyendo todos los costos y gastos incurridos en el cobro de mi cuenta, y posiblemente incluyendo los honorarios razonables de los abogados si se incurre durante los esfuerzos de cobro.

Para que Fortitude Healthcare o su agencia de cobros externa designada pueda atender mi cuenta, y siempre que no lo prohíba la legislación aplicable, acepto que Fortitude Healthcare y la agencia de cobros externa designada estén autorizadas a (i) ponerse en contacto conmigo por teléfono en el(los) número(s) telefónico(s) que proporciono, incluidos los números de teléfono inalámbricos, lo que podría dar lugar a cargos para mí, (ii) ponerse en contacto conmigo enviando mensajes de prueba (pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos) o correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que proporcione y (iii) los métodos de contacto pueden incluir mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda.

Nombre en letra impresa

Firma del Paciente

____/____/____
Fecha

Cuenta del Paciente #: _____