



Dolor en el centro de Texas
Ubicaciones del centro

Austin - Central

630 West 34th Street
Suite 303
Austin, TX 78705
Oficina: 512-953-8134
Fax: 512-614-2735

Austin - Sur

4316 James Casey Street
Edificio B, Suite 200
Austin, TX 78745
Oficina: 512-498-1029
Fax: 512-369-3366

Fort Worth

7235 Boat Club Road
Fort Worth, TX 76179
Oficina: 817-677-9535
Fax: 844-809-2247

Nuevos Braunfels

213 Hunters Village
Nuevo Braunfels, TX 78132
Oficina: 830-627-3800
Fax: 888-972-1327
Farmacia: 830-515-1278

Round Rock

7201 Wyoming Springs Drive
Suite 400
Round Rock, TX 78681
Oficina: 512-953-8133
Fax: 737-212-0544

San Antonio

250 East Basse Road
Suite 207
San Antonio, TX 78209
Oficina: 210-614-9955
Fax: 210-614-9966

San Marcos

1304 Wonder World Drive
San Marcos, TX 78666
Oficina: 512-953-8121
Fax: 512-667-9149

Seguin

411 South King Street
Seguin, TX 78155
Oficina: 830-609-9478
Fax: 803-433-9089

Waco

205 Woodhew Drive
Suite 203
Waco, TX 76712
Oficina: 254-732-6632
Fax: 254-732-0947

Especialistas en Dolor de Austin
Ubicaciones

Austin - Norte

4100 Duval Road
Edificio 3, Suite 200
Austin, TX 78759
Oficina: 512-485-7200
Fax: 512-485-7224

Austin - Sur

2500 W William Cannon Dr
Suite 206
Austin, TX 78745
Oficina: 512-953-8127
Fax: 512-609-8020

Bastrop

3101 Carretera 71
Suite 211
Bastrop, TX 78602
Oficina: 512-953-8130
Fax: 512-265-8742

Bee Cave

15801 W. Hwy 71
Edificio 1, Suite 200
Bee Cave, TX 78738
Oficina: 512-375-4775
Fax: 512-582-8384

Cedar Park

1401 Medical Parkway
Edificio C, Suite 345
Cedar Park, TX 78613
Oficina: 512-953-8137
Fax: 512-485-7224

Gatesville

1507 West Main Street
Gatesville, TX 76528
Oficina: 512-485-7200
Fax: 254-432-5833

Georgetown

3201 South Austin Avenue
Suite 265
Georgetown, TX 78628
Oficina: 512-953-8120
Fax: 512-582-8264

Killeen

3202 South WS Young Dr
Suite 102
Killeen, TX 76542
Oficina: 254-247-3322
Fax: 254-432-5833

Templo

10252 West Adams Ave
Suite 104
Templo, TX 76502
Oficina: 254-732-6631
Fax: 512-582-8617

A pesar de que estamos comprometidos con una atención compasiva, debemos ejercer la debida diligencia adecuada al prescribir analgésicos opioides para el dolor crónico. El abuso de medicamentos recetados ha alcanzado proporciones epidémicas en nuestra sociedad. Por lo tanto, nuestra política de la clínica es que se debe completar un tratamiento adecuado antes de dispensar una receta de opioides. Este trabajo incluirá la revisión de registros de farmacia / clínica anteriores, evaluación mediante pruebas de diagnóstico y de laboratorio, y finalización aceptable de una prueba de detección de drogas en la orina con los resultados esperados. Ejemplos comunes de analgésicos opioides incluyen hidrocodona, morfina, oxicodona, fentanilo, opana y metadona. Las recetas de estos medicamentos no se darán a una visita inicial.

- Lleve su licencia de conducir y sus tarjetas de seguro junto con su nuevo trabajo de paciente **completado** a su cita programada. El pago por los servicios se espera en el momento del servicio (copagos, coseguro, pago privado).
Aceptamos efectivo, cheques, giros postales y tarjetas de crédito (Visa, American Express, MasterCard, y Discover).
- **Si ha recibido instrucciones de nuestro personal para obtener informes de imágenes y / o películas, llévelos a su cita. Nuestra oficina requiere esto como parte de su consulta. Si no tenemos tus películas en la hora de su cita, puede ser reprogramado.**
- Su visita inicial en la Práctica es una consulta. Si un médico lo recomendó para una inyección, debe ser visto para una visita a la oficina primero. Los procedimientos se programan después de la consulta inicial.
- Si el inglés es su segundo idioma, haga arreglos para que alguien lo acompañe a su visita que pueda

Traduce para brindarte el mejor servicio de salud. Queremos que entiendas completamente tu diagnóstico y pronóstico y tiene alguna pregunta que pueda haber contestado. Deseamos que su visita sea lo más cómoda posible, así que no dude en ponerse en contacto con nosotros si tiene alguna pregunta en el números enumerados anteriormente.

Aviso de interés financiero

Esto sirve como aviso legal de que los médicos en este lugar que brindan mi atención tienen un interés financiero en The Pain Relief SurgiCenter, Ambulatory Surgery Centro de Killeen, especialistas en dolor de Austin Pharmacy y Hunter's Creek Pharmacy. Entiendo que soy libre de elegir cualquier instalación para obtener servicios o recetas que se me ordenan.

Los médicos incluyen los siguientes: Hans Bengtson, Nikki Fox, Daniel Frederick, Genaro Gutierrez, Jamal Hasoon, Jason Lo, Vivek Mahendru, Umar Mahmood, Pankaj Mehta, Eric Miller, Rahul Sarna, Steven Sloan, Samuel Stevens, Derrick Wansom, John Wages, Gregory Yanez.



Declaración de reconocimiento del paciente

Nombre del paciente: _____

Entiendo que los servicios o artículos que he solicitado me los proporciona Central Texas Pain Center o Pain Specialists of Austin (según corresponda la "Práctica") y es posible que mi seguro no me cubra como razonable o medicamento necesario para mi atención. Entiendo que mi plan de salud determina la necesidad médica de los servicios o artículos que solicito y recibo. También entiendo que soy responsable de pago de los servicios o artículos que solicito y recibo si se determina que estos servicios o artículos no son razonables o medicamentenecesario para mi cuidado.

Consentimiento de practicante avanzado para el tratamiento

Este centro cuenta con personal médico auxiliar, enfermeros practicantes o enfermeros de práctica avanzada para ayudar a brindar atención médica para el dolor administración. Un asistente médico no es un médico. Un asistente médico es un graduado de un programa de capacitación certificado y tiene licencia de la junta estatal. Una La enfermera practicante o la enfermera de práctica avanzada no es un médico. Una enfermera practicante o una enfermera de práctica avanzada es una enfermera registrada que tiene Recibió educación avanzada y capacitación en la prestación de asistencia médica. Bajo la supervisión de un médico, un asistente médico, una enfermera. El profesional o una enfermera de práctica avanzada pueden diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades agudas y crónicas, así como brindar mantenimiento de la salud cuidado.

La "supervisión" no requiere la presencia física constante del médico supervisor, sino que supervisa las actividades de y acepta responsabilidad por los servicios médicos prestados.

Un asistente médico, una enfermera practicante o una enfermera de práctica avanzada pueden proporcionar los servicios médicos que se encuentran dentro de su educación, formación y experiencia.

He leído lo anterior, y por este medio doy mi consentimiento a los servicios de un profesional avanzado para mis necesidades de atención médica. Entiendo que en cualquier momento yo puede negarse a ver al profesional avanzado y solicitar ver a un médico.

Reconocimiento de la Política de Pruebas de Orina

Entiendo que la práctica se reserva el derecho de realizar pruebas de orina al azar en cualquier paciente. Tengo derecho a rechazar la prueba de orina, pero es posible que no me receten ningún medicamento o que no me receten medicamentos.

Reconocimiento de la Historia Externa de Rx

Entiendo que la Práctica se reserva el derecho de obtener un historial externo de Rx y verificar aleatoriamente los medicamentos anteriores a través del Prescription Drug Monitoring Database para poder recetar cualquier medicamento.

Acuse de recibo de la política de llegada tardía

Si no puede hacer una cita, llame dentro de las 24 horas antes de la hora de su cita para reprogramarla. Si no lo notificanuestra oficina antes de perder su cita programada, se le cobrará una tarifa NO SHOW (ausente) de \$25 por una visita al consultorio y \$50 por un procedimiento. Los NO SHOWS (ausentes) frecuentes pueden resultar en una liberación de la Práctica.

Acceso a información de salud protegida - Regla de privacidad de HIPAA

Doy permiso para que la Práctica deje información de citas, resultados de exámenes y / o instrucciones preoperatorias en mensajes de voz a los siguientes números de teléfono o con las siguientes personas::

FIRMA DEL PACIENTE Y FECHA: _____



Ingesta de Nuevo Paciente

El día de hoy: _____
Lugar de atención: _____

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE

Nombre: _____ Nombre Preferido: _____
Apellido Nombre de pila Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento: _____ Género: Hombre Mujer Otro
Estado civil inglé: Solo Mariado Divorciado Seguro
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____
SSN: _____ Licencia de conducir # y estado: _____
Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____
Correo electrónico: _____

¿Método preferido de comunicación? Teléfono residencial Teléfono celular Teléfono laboral Portal del paciente
Origen étnico: hispano o latino no hispano o latino se negó a especificar Idioma preferido: _____

Proveedor de referencia: _____ Proveedor de atención primaria: _____
Otros proveedores: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____
Teléfono de emergencia: _____ Tipo de telefono: _____

INFORMACIÓN DEL PARTIDO RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ SSN: _____ Relación: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del seguro primario: _____
Nombre del asegurado: _____ DOB: _____
SSN: _____ Relación con el paciente: _____
CARNÉ DE IDENTIDAD #: _____ Grupo #: _____
Nombre del seguro secundario: _____
Nombre del asegurado: _____ DOB: _____
SSN: _____ Relación con el paciente: _____
CARNÉ DE IDENTIDAD #: _____ Grupo #: _____

* Por favor proporcione la tarjeta a la recepción

¿Hay una demanda en curso relacionada con su visita hoy? SI NO

¿Está actualmente bajo la compensación del trabajador? SI NO

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

HISTORIA MÉDICA PASADA

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

HISTORIA QUIRÚRGICA PASADA

Por favor liste e indique las fechas.

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

HISTORIA FAMILIAR

Enumere cualquier enfermedad, enfermedad o dolencia en su FAMILIA INMEDIATA (es decir, cáncer de mama y madre, diabético, abuelo paterno-enfermedad del corazón, abuela materna-hipertensión).

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____



NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

HISTORIA SOCIAL

¿Algún uso del tabaco? Sí No Si es así, ¿cuántos por día? _____ ¿Años? _____

¿Algún uso de alcohol? Sí No Si es así, ¿cuánto? _____

¿Uso recreativo de drogas? Sí No En caso afirmativo, ¿qué droga? _____

¿Vives solo? Sí No Si no, ¿con quién vives? _____

HISTORIA REPRODUCTIVA

¿Está embarazada: Sí No En caso afirmativo, ¿cuántas semanas? _____

¿Fecha del último período menstrual? _____

¿Fecha de la última prueba de Papanicolaou? _____

¿Fecha de la última mamografía? _____

NOMBRE DE LA FARMACIA Y UBICACIÓN

ALERGIAS

MEDICAMENTOS ACTUALES

* Enumere primero los analgésicos y los anticoagulantes.

Medicamentos (ejemplo, ibuprofeno)	Dosis (ejemplo, 400 mg)	Frecuencia (ejemplo, tres veces al día)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

En los últimos meses, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas o dificultades? Si tienes alguna dificultad esto conlleva una explicación más detallada, indíquelos y explíquelos en la sección de notas adicionales.

✓ VERIFICAR TODOS LOS APLICABLES

General:

Escalofríos Fatiga Fiebre Cambio de apetito Pérdida de peso

Alergia / Inmunología:

Fiebre del heno Urticaria Infecciones frecuentes

Oftalmológico

Visión borrosa Agudeza visual disminuida Doble visión Dolor en los ojos Sensibilidad a la luz

HENT:

Disminución de la audición Dificultad para tragar Dolor de oídos Ronquera Zumbidos en los oídos

Endocrino:

Intolerancia al frío Intolerancia al calor Problemas de la tiroides

Respiratorio:

Tos Insuficiencia respiratoria Sibilancias

Cardiovascular:

Hinchazón de la pierna Palpitaciones Hinchazón en las manos/pies

Genitourinario:

Incontinencia de vejiga Sangre en la orina Orina con frecuencia Orina dolorosa

Gastrointestinal:

Sangre en las heces Cambio en los hábitos intestinales Estreñimiento Acidez estomacal Náuseas Vómitos

Musculoesquelético

Problemas de espalda Rigidez articular Dolores musculares Articulaciones dolorosas

Hematología:

Problemas de sangrado Moretones fáciles Glándulas inflamadas

Piel:

Comezón Erupción Lesiones en la piel

Neurológico:

Mareos Entumecimiento Convulsiones Hormigueo Temblor Debilidad

Psiquiátrico:

Ansiedad Depresión Insomnio Abuso de sustancias

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

EVALUACIÓN DEL DOLOR

Ubicación del dolor _____

Inicio del dolor _____ (días, semanas, meses o años)

Causa del dolor _____ (accidente, desconocido)

Tu ocupación _____ ¿Está relacionado este trabajo? Sí No

Otros médicos / especialidades que ha visto para este dolor, incluidas otras clínicas de tratamiento del dolor:

Características de su dolor: Constante Intermitente Duración _____

La intensidad del dolor en su peor momento? _____ La intensidad del dolor en su menor? _____

Su dolor es: agudo tiro quema apuñalamiento descargas eléctricas entumecimiento dolor

Otro _____

¿Qué hace que tu dolor empeore? _____

¿Qué hace que tu dolor mejore? _____

Tiene: entumecimiento debilidad localizada incontinencia intestinal incontinencia de vejiga

¿Cuántas horas por noche duermes? _____

TRATAMIENTOS PREVIOS

¿Cuál de los tratamientos o pruebas anteriores ha tenido? Incluya la **fecha de servicio, resultados y facilidad**:

resonancia magnética _____

CT/radiografía _____

Acupuntura _____

Tirantes _____

Tratamiento quiropráctico _____

EMG/Pruebas nerviosas _____

Terapia de masaje _____

Fisioterapia _____

ENET _____

Inyecciones _____

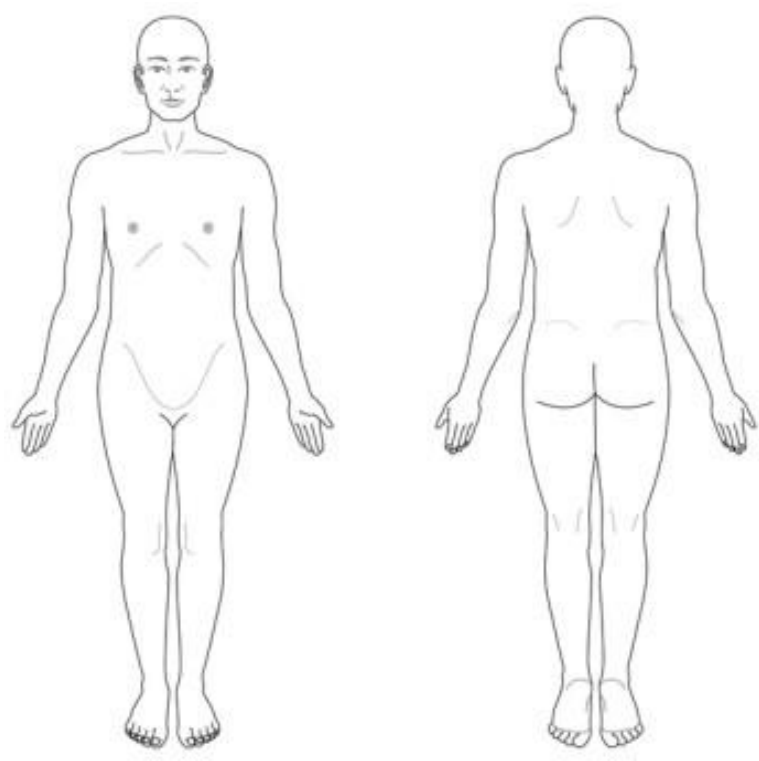
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

- Medicamentos recetados (circule todo lo que corresponda)
 Medicamentos para el dolor Relajantes musculares Anti-Inflamatorios Esteroides
- ¿Has probado cremas de dolor tópicas compuestas? Sí No En caso afirmativo, ¿qué crema? _____
- Por favor **CIRCULE** todos los medicamentos probados abajo. También marque **X** en la caja si es probado durante al menos de 6 semanas.

<input type="checkbox"/>	Amitriptyline	<input type="checkbox"/>	Baclofen	<input type="checkbox"/>	Celebrex	<input type="checkbox"/>	Cymbalta	<input type="checkbox"/>	Depakote
<input type="checkbox"/>	Effexor/Venlafaxine	<input type="checkbox"/>	Fentanyl Patch	<input type="checkbox"/>	Gabapentin	<input type="checkbox"/>	Ibuprofen	<input type="checkbox"/>	Meloxicam
<input type="checkbox"/>	Morphine Sulfate ER	<input type="checkbox"/>	Nabumetone	<input type="checkbox"/>	Naproxen	<input type="checkbox"/>	Nucynta	<input type="checkbox"/>	Tizanidine
<input type="checkbox"/>	Topamax	<input type="checkbox"/>	Tramadol/Ultram	<input type="checkbox"/>	Tramadol ER	<input type="checkbox"/>	Tylenol #3	<input type="checkbox"/>	Tylenol #4

Otro _____

Marque el (los) área (s) en su cuerpo donde sienta dolor.



Notas Adicionales:
