

PSA Locations
Austin – North

4100 Duval Road
 Building 3, Suite 200
 Austin, TX 78759
 Office: 512-485-7204
 Fax: 512-485-7224

Bastrop

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

Killeen

3202 South W S Young Dr
 Suite 102
 Killeen, TX 76542
 Office: 254-247-3322
 Fax: 254-432-5388

Temple

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

CTPC Locations
Austin – South

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

Bee Cave

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

Cedar Park

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

Georgetown

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

New Braunfels

213 Hunters Village
 New Braunfels, TX 78132
 Office: 830-627-3800
 Fax: 830-625-2235
 Pharmacy: 830-515-1278

Round Rock

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

San Antonio

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

San Marcos

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

Seguin

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

Waco

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

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, Daniel Frederick, Genaro Gutierrez, Jamal Hasoon, Jason Lo, Vivek Mahendru, Umar Mahmood, Pankaj Mehta, Eric Miller, Trey Mouch, Rahul Sarna, Zack Smith, Samuel Stevens, Derrick Wansom

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 médicamente necesario 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 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 notifican nuestra 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: _____

El día de hoy: _____
 Lugar de atención: _____

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE

Nombre: _____ Nombre Preferido: _____
Apellido Primer nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino Otro

Estado civil inglé: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

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: _____

Raza: Indio americano Asiático Negro/afroamericano Nativo de Hawái/otro isleño del Pacífico Blanco Otro _____

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



Consentimiento de comunicación

Queremos estar conectados con nuestros pacientes. Pacientes en nuestra práctica y todas nuestras clínicas afiliadas puede ser contactado por correo electrónico y / o por mensaje de texto para confirmar una cita, para obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica, y que se le brinde información de salud general recordatorios / información. Si proporciona un correo electrónico o un número de teléfono a la práctica, comprende que puede recibir estas comunicaciones de la práctica.

Puede optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento. La práctica no cobra por este servicio, pero se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes de texto o minutos de teléfono celular según lo dispuesto en su plan de telefonía celular. El correo electrónico y la mensajería de texto estándar no son métodos confidenciales de comunicación y pueden ser inseguros.

Seleccione a continuación para optar por no recibir comunicaciones por mensaje de texto y / o correo electrónico con respecto a varios aspectos de su atención médica, que puede incluir, entre otros, recordatorios, comentarios y recordatorios / información de salud, resultados de pruebas, recetas, citas y facturación.

Optar por no:

_____ Me niego / revoco recibir comunicaciones por mensaje de **texto**.

_____ Rechazo / revoco recibir comunicaciones por **correo electrónico**.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente / representante del paciente

Fecha

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, indíquelo y explíquelo 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

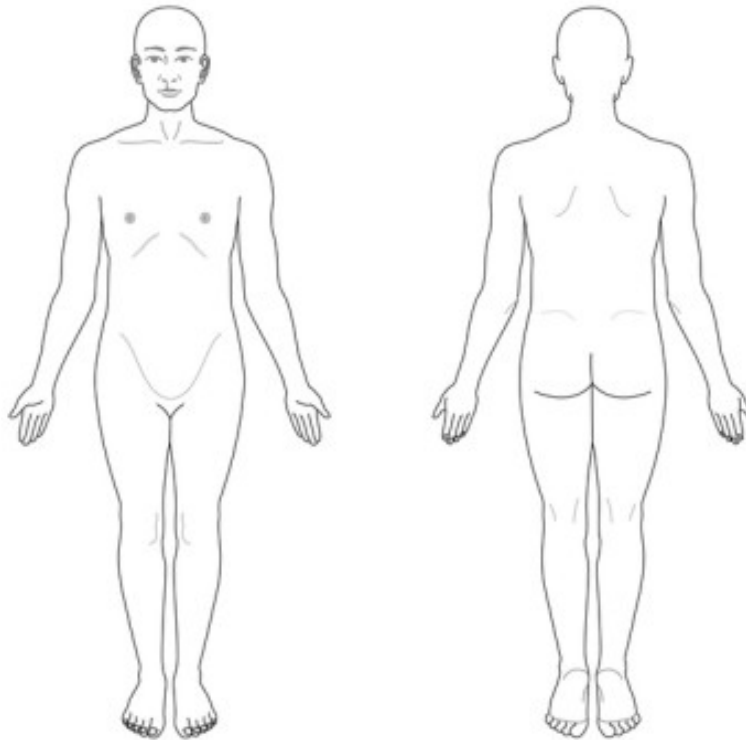
¿Has probado cremas de dolor tópicas compuestas? Sí No En caso afirmativo, ¿qué crema? _____

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:
