

Today's Date/ Fecha de Hoy: _____

Patient Information

Name/Nombre: _____

Street Address/ Direccion: _____

City/State/Zip / Ciudad/Estado/Codigo Postal

Email/ Correo Electronico

Physical Address Same as Mailing/Direccion física la misma
para correo ☐ Yes/si ☐ No

Preferred Phone/Telefono Preferido:

Secondary/Secundario: _____

Emergency Contact/Contacto de emergencia:

Relationship/Relacion: _____

Marital Status/ Estado Civil: ☐ Married/Casado ☐ Single/Soltero ☐ Widowed/Viuda ☐ Other/Otro

Primary Care Doctor/ Doctor de Primario: _____

Race (Question required by Affordable Care Act): ☐ American Indian or Alaskan Native

☐ Asian or Pacific Islander ☐ African American ☐ Caucasian ☐ Refuse to Report

Ethnicity/ Etnicidad: ☐ Hispanic/Hispano ☐ Non-Hispanic/ No Hispano ☐ Refuse to Report/Negar a informar

Primary Language/ Idioma Primario: ☐ English/ Ingles ☐ Spanish/ Español

Authorization to Leave Messages Concerning Your Care | Autorización para Dejar Mensajes Sobre Su Atención

You may leave a message on my answering machine for the following (please check all that apply) \Puede dejar mensaje en mi contestador automatico para lo siguiente(marque todo lo que corresponde)

☐ Confirming appointment/ Confirmar Cita

☐ Scheduling procedure information/Informacion del procedimiento de programación

☐ Message to return call/ Mensaje para devolver la llamada

Please list the names of people you authorize to take a message from our staff regarding your care \ Enumere los nombres que usted autoriza a tomar un mensaje de nuestro personal con respecto a su atención:

Name/ Nombre: _____ Phone/Telefono: _____

Name/ Nombre: _____ Phone/Telefono: _____

COMMUNICATION/ PATIENT PORTAL:

We intend to notify you of upcoming appointments or procedures. If you do not wish for us to contact you by Email or Text message, there are links to the email as well as the text message that allow you to "opt out." We do not share this information, and it is strictly for the purpose of confirmation / communication. These messages also provide access to setup a PATIENT PORTAL account, which can be used for messages and questions to our staff. Portal access is mandatory for all patients of Diagnostic Pain Center ("DPC"), as it is possibly the only modality of communication in extreme events such as lack of staffing/resources due to pandemics.

COMUNICACIÓN/PORTAL DEL PACIENTE:

Tenemos la intención de notificarle sobre próximas citas o procedimientos. Si no desea que lo contactemos por correo electrónico o mensaje de texto, existen enlaces en el correo electrónico y el mensaje de texto que le permiten "optar por no recibir" estas notificaciones. No compartimos esta información, y es estrictamente con el propósito de confirmación/comunicación. Estos mensajes también proporcionan acceso para configurar una cuenta en el PORTAL DEL PACIENTE, que puede usarse para enviar mensajes y preguntas a nuestro personal. El acceso al portal es obligatorio para todos los pacientes del Centro de Diagnóstico y Dolor ("DPC"), ya que puede ser el único medio de comunicación en eventos extremos, como la falta de personal o recursos debido a pandemias.

ASSIGNMENT OF BENEFITS:

I hereby assign to and authorize payment of all benefits due to me under any insurance policy, worker's compensation plan, auto insurance policy, Medicare, Medicaid, or any other 3rd party payor for any and all services provided by DPC or any of its individual practitioners directly to DPC or its individual practitioners. This assignment will remain in effect until revoked by me in writing. A copy of this assignment is to be considered as valid as the original.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Por la presente asigno y autorizo el pago de todos los beneficios que me correspondan bajo cualquier póliza de seguro, plan de compensación laboral, póliza de seguro de automóvil, Medicare, Medicaid o cualquier otro pagador de terceros por cualquier y todos los servicios prestados por DPC o cualquiera de sus practicantes individuales directamente a DPC o sus practicantes individuales. Esta asignación permanecerá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una copia de esta asignación debe considerarse tan válida como el original.

FINANCIAL AGREEMENT:

I understand and agree that all payments for services rendered are due at the time they are performed. I further understand and agree that I am financially responsible for all charges, including all fees assessed under this paragraph, whether or not my insurance provider accepts or denies any claim for payment, and agree to pay all sums due to DPC and/or its individual practitioners at the usual and customary charge for DPC. I understand that I am solely responsible for obtaining any/all referrals required by my insurance carrier in order to see Dr. Robert Marks, Dr. Sauman Rafii, Dr. John Gburek, and/or their associate(s) at Diagnostic Pain Center under the coverage of my insurance carrier. I also understand that if I fail to obtain the proper referral and my insurance declines to cover any date of service or if my insurance declines to cover any date of service for any reason, I am financially responsible for that date of service and agree to promptly pay

any fees due for those dates of service. I understand and agree that there is a \$50 fee for all missed office visits and a \$100 fee for all missed surgical procedures that are not cancelled at least 24 hours in advance. I understand and agree that there is a \$25 service fee for any returned checks regardless of reason. I further understand that I must leave a credit card on file with DPC if I wish to pay my bill by personal check. I authorize DPC to charge my credit card for the full balance owed plus applicable service charges if my check is returned for any reason whatsoever. I certify that I am the patient and/or I am financially responsible for the services rendered and do hereby unconditionally guarantee the full payment of the amount when and as due.

ACUERDO FINANCIERO:

Entiendo y acepto que todos los pagos por los servicios prestados son debidos en el momento en que se realizan. Además, entiendo y acepto que soy financieramente responsable de todos los cargos, incluidos todos los honorarios evaluados bajo este párrafo, independientemente de si mi proveedor de seguro acepta o rechaza cualquier reclamo de pago, y acepto pagar todas las sumas debidas a DPC y/o sus practicantes individuales al cargo habitual y costumbre de DPC. Entiendo que soy el único responsable de obtener cualquier remisión/referencia requerida por mi aseguradora para ver al Dr. Robert Marks, Dr. Sauman A. Rafii, Dr. John R. Gburek y/o sus asociados en el Centro de Diagnóstico y Dolor bajo la cobertura de mi aseguradora. También entiendo que si no obtengo la referencia adecuada y mi seguro se niega a cubrir cualquier fecha de servicio o si mi seguro se niega a cubrir cualquier fecha de servicio por cualquier motivo, soy financieramente responsable por esa fecha de servicio y acepto pagar puntualmente cualquier tarifa pendiente por esas fechas de servicio. Entiendo y acepto que hay una tarifa de \$50 por todas las visitas al consultorio que se pierdan y una tarifa de \$100 por todos los procedimientos quirúrgicos que no se cancelen con al menos 24 horas de anticipación. Entiendo y acepto que hay una tarifa de servicio de \$25 por cualquier cheque devuelto, independientemente de la razón. Además, entiendo que debo dejar una tarjeta de crédito en el archivo de DPC si deseo pagar mi factura con cheque personal. Autorizo a DPC a cargar mi tarjeta de crédito por el saldo total adeudado más los cargos por servicio aplicables si mi cheque es devuelto por cualquier motivo. Certifico que soy el paciente y/o que soy financieramente responsable de los servicios prestados y, por la presente, garantizo incondicionalmente el pago total del monto cuando sea debido.

PRINTED NAME: Patient or Guarantor/Nombre del paciente o garante

SIGNATURE: Patient or Guarantor/Firma del paciente o garante

Date/Fecha

EXCHANGE OF INFORMATION:

I authorize DPC to disclose to, or obtain from, to the extent allowed by law, my medical and financial record to: (a) my insurance company, attorney, insurance adjuster, employer, or their representatives, agents, or employees that may be responsible for all or part of the payments due for services rendered to the patient; (b) any physician, clinic, hospital, or other healthcare provider who has provided services for me in the past or who may be providing future services (e.g. a consulting physician or a facility at which a procedure is to be performed); (c) the Centers for Medicare and Medicaid Services or any other government agency as required by local, state, or federal law; (d) any person or entity to provide quality and/or utilization review. This authorization can be revoked by submitting a request in writing to Diagnostic Pain Center, 12176 N. Mopac Expy, Ste D, Austin, Texas 78758.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN:

Autorizo a DPC a divulgar o obtener, en la medida permitida por la ley, mi historial médico y financiero a: (a) cualquier compañía de seguros, abogado, ajustador de seguros, empleador, o sus representantes, agentes o empleados que puedan ser responsables de todo o parte de los pagos debidos por los servicios prestados al paciente; (b) cualquier médico, clínica, hospital u otro proveedor de atención médica que me haya proporcionado servicios en el pasado o que pueda proporcionarme servicios en el futuro (por ejemplo, un médico consultor o una instalación donde se realice un procedimiento); (c) los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o cualquier otra agencia gubernamental según lo requiera la ley local, estatal o federal; (d) cualquier persona o entidad para proporcionar revisión de calidad y/o uso. Esta autorización puede ser revocada mediante una solicitud por escrito al Centro de Diagnóstico y Dolor, 12176 N. Mopac Expy, Ste D, Austin, Texas 78758.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES:

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully. We will not provide your medical information to your family, friends, or others not directly involved in your medical treatment unless specifically authorized by you in writing. We will not provide your name or other information for the purposes of marketing or fund raising. We strive to protect your health information, but there are situations where your medical information can be disclosed to others as determined by the Federal Government. Your health information may be provided to others for what the government calls "Treatment, Payment, and Operations." This includes sharing information with other physicians, providers, or pharmacists, reporting to your insurance company or worker's compensation carrier, Legal services, training programs, quality improvement programs, and the like. Your medical bills are sent by mail or by computer to the insurance carriers and may be reviewed by a billing company or clearinghouse before being forwarded to the insurance company. Finally, there are exceptions to the privacy agreement; your medical information may be provided to others without your consent in the

following situations, as provided by law: (1) State of Texas reporting requirements, including, but not limited to, duty to warn individuals of a threat from a patient, duty to inform the Department of Public Safety after a seizure, or the duty to prevent a disaster; (2) State of Texas reporting requirements for worker's compensation claims; (3) State of Texas or local county public health activities; (4) Health oversight activities; (5) Legal proceedings; (6) Police investigations; (7) Any information needed on a deceased patient (i.e. by coroners, etc); (8) Any information needed for organ donation; (9) Certain types of research such as quality improvement initiatives (identity will be protected); (10) Any information needed by the government and not subject to privacy protection under Federal or State law. This notice is printed as required by Federal Law.

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Este aviso describe cómo su información médica puede ser utilizada y divulgada y cómo puede acceder a dicha información. Por favor, léalo detenidamente. No proporcionaremos su información médica a su familia, amigos, u otras personas no involucradas directamente en su tratamiento médico a menos que usted lo autorice específicamente por escrito. No proporcionaremos su nombre u otra información con fines de marketing o recaudación de fondos. Nos esforzamos por proteger su información de salud, pero existen situaciones en las que su información médica puede ser divulgada a otros según lo determine el Gobierno Federal. Su información de salud puede ser proporcionada a otros por lo que el gobierno llama "Tratamiento, Pago y Operaciones". Esto incluye compartir información con otros médicos, proveedores o farmacéuticos, reportar a su compañía de seguros o a la aseguradora de compensación laboral, servicios legales, programas de capacitación, programas de mejora de calidad, entre otros. Sus facturas médicas se envían por correo o por computadora a las aseguradoras y pueden ser revisadas por una empresa de facturación o centro de procesamiento antes de ser enviadas a la compañía de seguros. Finalmente, existen excepciones al acuerdo de privacidad; su información médica puede ser proporcionada a otros sin su consentimiento en las siguientes situaciones, según lo previsto por la ley: (1) Requisitos de informe del Estado de Texas, incluidos, entre otros, el deber de advertir a individuos de una amenaza de un paciente, el deber de informar al Departamento de Seguridad Pública después de una convulsión, o el deber de prevenir un desastre; (2) Requisitos de informe del Estado de Texas para reclamos de compensación laboral; (3) Actividades de salud pública del Estado de Texas o del condado local; (4) Actividades de supervisión de la salud; (5) Procedimientos legales; (6) Investigaciones policiales; (7) Cualquier información necesaria sobre un paciente fallecido (es decir, por médicos forenses, etc.); (8) Cualquier información necesaria para la donación de órganos; (9) Ciertos tipos de investigación, como iniciativas de mejora de calidad (la identidad será protegida); (10) Cualquier información necesaria para el gobierno y que no esté sujeta a protección de privacidad según la ley federal o estatal. Este aviso se imprime según lo exige la ley federal.

CONSENT TO TREAT:

I consent to all examination procedures and/or treatments prescribed by my physician and his/her assistant(s) or designee(s) as is necessary by his/her judgment. I recognize that refill authorizations and requests will not be handled outside of regular business hours or on weekends. A photocopy or scanned copy of this agreement shall be considered effective and valid as the original.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR:

Consiento todos los procedimientos de examen y/o tratamientos prescritos por mi médico y sus asistentes o designados según sea necesario a su juicio. Reconozco que las autorizaciones y solicitudes de renovación de recetas no serán manejadas fuera del horario regular de atención o durante los fines de semana. Una fotocopia o copia escaneada de este acuerdo será considerada efectiva y válida como el original.

WORKER'S COMPENSATION:

I certify that the condition that I am being treated for is not under a Worker's Compensation Claim, or if it is, I have provided a claim closure letter.

COMPENSACIÓN LABORAL:

Certifico que la condición por la que estoy siendo tratado no está bajo una reclamación de compensación laboral o, si lo está, he proporcionado una carta de cierre de la reclamación.

PRINTED NAME: Patient or Guarantor/Nombre del paciente o garante

SIGNATURE: Patient or Guarantor/Firma del paciente o garante

Date/Fecha

Formulario de Liberación de Información Médica

(Formulario de Liberación HIPAA)

- ☐ Autorizo la divulgación de la siguiente información, incluyendo el diagnóstico, registros, exámenes realizados, facturación e información sobre reclamaciones según se solicite. Esta información puede ser divulgada a:
- ☐ Cónyuge _____
- ☐ Hijo(s) _____
- ☐ Otra Persona: _____
- ☐ No se debe divulgar información a nadie.

PERÍODO DE VIGENCIA:

Esta autorización es válida hasta que se retire el permiso; o hasta la siguiente fecha específica (opcional): _____

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización proporcionando una notificación por escrito al Centro de Diagnóstico y Dolor. Sin embargo, esta autorización no puede ser revocada si los empleados o agentes del Centro de Diagnóstico y Dolor han tomado medidas basadas en esta autorización antes de recibir mi notificación por escrito. También entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Además, entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo rechazarla marcando la casilla de **"No se debe divulgar información a nadie"**. Esto no afectará mis servicios.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del representante legal (impreso): _____

Si corresponde, los representantes legales firman a continuación:

Al firmar este formulario, declaro que soy el representante legal del Miembro identificado anteriormente y proporcionaré prueba por escrito. **{Se DEBEN PROPORCIONAR los documentos de poder notarial y/o papeles de tutela, etc.}** Estoy legalmente autorizado para actuar en nombre del Paciente con respecto a este formulario de autorización.

Firma del Representante Legal

Nombre de Representante Legal (Impreso:

Fecha:

Firma del Testigo

Nombre del Testigo (impreso):

Fecha

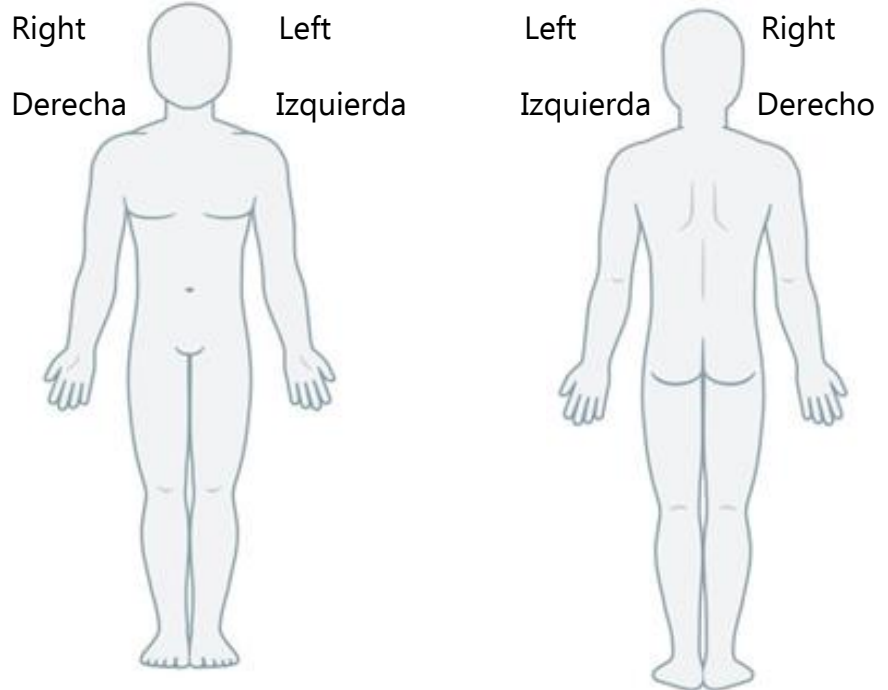
DIAGNOSTIC PAIN CENTER PATIENT INTAKE/ CENTRO DE DIAGNOSTIC Y DOLOR

Name/ Nombre _____

Date/Fecha _____

Use the diagram to indicate the location of your pain. Mark the drawing with the following letters that best describe your symptoms/Utilice el diagrama para indicar la ubicación de su dolor. Marque el dibujo con las siguientes letras que mejor describan sus síntomas.

"N" = Numbness
"S" = Stabbing
"B" = Burning
"P" = Pins and needles
"A" = Aching



"E" = Entumecimiento
"P" = Punzante
"A" = Ardor
"H" = Hormigueo
"D" = Dolor

Where is your worst pain located/ Dónde se localiza su dolor más intenso? _____

Does this pain radiate? If so where?/Se irradia este dolor? Si es así a donde? _____

Please list any additional areas of pain/ Por favor, indique cualquier otro área donde experimente dolor _____

Onset of symptoms/ Inicio de los síntomas:

Approximately when did this pain begin/ Aproximadamente cuando comenzó este dolor? _____

What caused your current pain episode/Que causó su episodio de dolor actual? _____

Is your pain the result of a Motor Vehicle Accident or Personal Injury (legal term describing injury sustained to your person by negligence of another)/ Su dolor es el resultado de un accidente automovilístico o de una lesión personal (término legal que describe una lesión sufrida por negligencia de otra persona)? ☐ Yes/ Si ☐ No

How did your current pain episode begin/ Como comenzó su episodio de dolor actual ?

☐ Gradually/ Gradualmente

☐ Suddenly / De repente

North Office
12176 N. Mopac Expy
Suite D.
Austin, TX 78758

South Office
2765 Bee Cave Rd
Suite 201
Austin, TX 78746

Contact:
Phone:
(512) 981-7246
DiagnosticPainCenter.com

Since your pain began, how has it changed/ Desde que comenzó su dolor, como ha cambiado?

☐ Decreased/Disminuido ☐ Increased/ Aumentado ☐ Stayed the same/ Permanence Igual

In the past 3 months have you developed any new/ En los ultimos 3 meses ha desarrollado algun:

☐ BalanceProblems/
Problemas de equilibrio ☐ Bladder incontinence
Incontinencia Urinaria ☐ Bowel Incontinence
Incontinencia Intestinal ☐ Chills
Escalofrios
☐ Difficulty Walking
Dificultad para caminar ☐ Fevers
Fiebres ☐ Nausea
Nauseas ☐ Vomiting
Vomitos

☐ Loss of sensation where?/ Pérdida de sensación. Dónde? _____

☐ Loss of strength Where?/ Perdida de fuerza. Donde? _____

☐ I Have NOT recently developed any of the above condition/ NO he desarrollado recientemente ninguna de la condiciones anteriores.

What aspects of your life are affected by your pain? Que aspectos de su vida se ven afectados por su dolor?

☐ Performing activities of daily living
Realizar actividades de la vida diaria ☐ Performing work-related activities
Realizar actividades relacionadas con el trabajo
☐ Engaging in a normal lifestyle
Mantener un estilo de vida normal ☐ Achieving adequate sleep
Lograr un sueño adecuado

Pain Description/Descripcion del Dolor

Check all of the following that describe of your pain/ Marque todos los siguientes que describan su dolor:

☐ Aching Dolor	☐ Cramping Calambres	☐ Dull Dolor leve	☐ Pins and needles Hormigueo
☐ Hot/ Burning Caliente/ Ardor	☐ Shooting Dolor Punzante	☐ Stabbing/ Sharp Dolor agudo/ Punzante	☐ Numbness Entumecimiento
☐ Spasms Espasmos	☐ Throbbing Dolor Palpitante	☐ Shock-like Como descarga electrica	☐ Squeezing Aplastante
☐ Tingling/Hormigueo	☐ Constant dull/aching background pain with exacerbations as checked above \Dolor sordo/leve constante con exacerbaciones como se indicó anteriormente		

What word best describes the frequency of your pain?/ Qué palabra describe mejor la frecuencia de su dolor? ☐ Constant/ Constante ☐ Intermittent/ Intermitente

When is your pain at its worst?/Cuando es el dolor más intenso? ☐ Morning/Por las mañanas

☐ During the day/por las tardes ☐ Middle of the night/En medio de la noche ☐ Progressively worsens throughout the day ☐ Empeora progresivamente durante el día ☐ No change/Sin cambios

Use the pain scale described below to rate your pain for the questions below: Utilice la escala de dolor descrita a continuación para calificar su dolor en las siguientes preguntas:

0-Pain free/ Sin Dolor

1-Very minor annoyance, occasional minor twinges/ Muy leve molestia, ocasionales punzadas leves

2- Minor annoyance, occasional strong twinges/ Molestia leve, ocasionales punzadas fuertes

3- Annoying enough to be distracting/ Lo suficientemente molesto como para distraer

4- Can be ignored if you are really involved in your work/task, but still distracting/Puede ser ignorado si estás muy concentrado en una tarea, pero sigue distrayendo

5- Cannot be ignored for more than 30 minutes/ No puede ser ignorado por más de 30 minutos

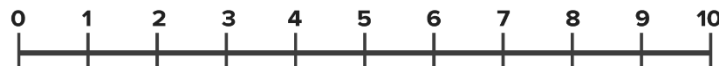
6- Cannot be ignored for any length of time, but you can still go to work and participate in social activities/ No puede ser ignorado en ningún momento, pero aún puedes trabajar y participar en actividades sociales

7- Makes it difficult to concentrate, interferes with sleep, but you can still function with effort/ Dificulta la concentración, interfiere con el sueño, pero aún puedes funcionar con esfuerzo

8- Physical activity is severely limited. You can read and talk with effort. Pain causes Nausea and dizziness/ Actividad física severamente limitada, puedes leer y hablar con esfuerzo, el dolor causa náuseas y mareos

9- Unable to speak, crying out or moaning uncontrollably, near delirium/Incapaz de hablar, llorando o gimiendo incontrolablemente, casi en delirio

10- Unconscious, pain makes you pass out/ Inconsciente, el dolor te hace desmayar



_____ What number best describes your CURRENT pain?/ Qué número describe mejor su dolor ACTUAL?

_____ What number best describes your LEAST pain?/ Qué número describe mejor su dolor MENOR?

_____ What number best describes your WORST pain?/ Qué número describe mejor su dolor MAYOR?

_____ What number best describes your AVERAGE pain/Qué número describe mejor su dolor PROMEDIO?

What makes your pain worse?(Check all that apply)/ Qué empeora su dolor?(Marque todos los que correspondan)

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ Bending/Stooping
Inclinarse/ Agacharse | ☐ Laying Flat/
Acostarse Plano | ☐ Prolonged Sitting/
Sentado
Prolongadamente | ☐ Twisting/ Torcerse |
| ☐ Looking UP
/Mirar hacia arriba | ☐ Coughing/Sneezing
Tocer/ Estornudar | ☐ Laying sideways/
Acostarse de lado | ☐ Prolonged Standing
De pie prolongadamente |
| ☐ Walking/Caminar
Caminar | ☐ Looking down/Mirando
abajo | ☐ Driving/
Conducir | ☐ Walking up stairs/
Subir escaleras |
| ☐ Looking left/
Mirar hacia la Izquierda | ☐ Physical Activity/
Actividad Fisica | ☐ Straining/Esforzarse | ☐ Lifting/Levantamiento |

North Office
12176 N. Mopac Expy
Suite D.
Austin, TX 78758

South Office
2765 Bee Cave Rd
Suite 201
Austin, TX 78746

Contact:
Phone:
(512) 981-7246
DiagnosticPainCenter.com

- ☐ Sexual Intercourse/
Relaciones sexuales ☐ Stress/Anxiety/
Estres/ Ansiedad ☐ Walking down stairs/
Bajar las Escaleras ☐ Looking Right/
Mirar Hacia la Derecha
☐ Other/Otro _____

Diagnostic Tests and Imaging/ Pruebas Diagnósticas e Imágenes

Mark all of the following tests you have had that are related to your current pain complaints: Marque todas las pruebas que ha tenido y que están relacionadas con sus quejas de dolor actuales:

- ☐ MRI of the/Resonancia Magnetica de la _____ Date/Fecha: _____ Facility/Instalacion: _____
☐ X-ray of the/ Rayos X de la _____ Date/Fecha: _____ Facility/Instalacion: _____
☐ CT scan of the/ Tomografia computarizada de la _____ Date/Fecha: _____ Facility/Instalacion: _____
☐ EMG/NCV study of the/Estudio de EMG/NCV de la _____ Date/Fecha: _____ Facility/Instalacion: _____
☐ Other diagnostic testing/Otras pruebas diagnósticas: _____ Date/Fecha: _____ Facility/Instalacion: _____

Past medication treatment: which medication have you tried/Tratamientos de medicacion Anteriores:

Anti-Inflammatories: Antiinflamatorios:

- ☐ Aspirin / Aspirina ☐ Naproxen (Aleve, Naprosyn) / Naproxeno ☐ Ibuprofen (Advil, Motrin) / Ibuprofeno
☐ Meloxicam (Mobic) / Meloxicam (Mobic) ☐ Celecoxib (Celebrex) / Celecoxib ☐ Rofecoxib (Vioxx) / Rofecoxib
☐ Valdecoxib (Bextra) / Valdecoxib ☐ Sulindac (Clinoril) / Sulindac ☐ Diclofenac (Arthrotec, Voltaren Gel, Pennsaid) / Diclofenac ☐ Etodolac (Lodine) / Etodolac ☐ Flector patch / Parche Flector ☐ Ketorolac (Toradol) / Ketorolaco ☐ Indomethacin (Indocin) / Indometacina ☐ Nabumetone (Relafen) / Nabumetona ☐ Oxaprozin (Daypro) / Oxaprozina ☐ Jacabimad (Robama) / Jacabimad ☐ ORAL Steroids (Medrol Dose-Pak, Prednisone, Methylprednisolone) / Esteroides ORALES ☐ Other / Otros: _____

Antidepressants/Anxiolytics:/ Antidepresivos/Ansiolíticos:

- ☐ Amitriptyline (Elavil) / Amitriptilina ☐ Nortriptyline (Pamelor, Aventyl) / Nortriptilina ☐ Duloxetine (Cymbalta) / Duloxetina ☐ Bupropion (Wellbutrin) / Bupropión ☐ Citalopram (Celexa) ☐ Effexor ☐ Imipramine / Imipramina
☐ Escitalopram (Lexapro) / Escitalopram ☐ Fluoxetine (Prozac) / Fluoxetina ☐ Paxil ☐ Pristiq ☐ Remeron ☐ Sertraline (Zoloft) / Sertralina ☐ Serzone ☐ Trazodone / Trazodona ☐ Other / Otros: _____

Beta Blockers (For Pain/Headache Purposes): Betabloqueantes (Para el Dolor/Propósitos de Dolores de Cabeza):

- ☐ Blocadren (Timolol) / Blocadren ☐ Inderal (Propranolol) / Inderal ☐ Tenormin (Atenolol) / Tenormin
☐ Toprol (Metoprolol) / Toprol ☐ Corgard (Nadolol) / Corgard ☐ Other / Otros: _____

Calcium Channel Blockers (For Pain/Headache Purposes):Bloqueadores de los canales de calcio (Para el Dolor/Propósitos de Dolores de Cabeza):

☐ Verapamil / Verapamilo ☐ Other / Otros: _____

Muscle Relaxants:Relajantes Musculares:

☐ Baclofen / Baclofeno ☐ Carisoprodol (Soma) ☐ Cyclobenzaprine (Flexeril, Amrix) / Ciclobenzaprina
☐ Metaxalone (Skelaxin) / Metaxalona ☐ Methocarbamol (Robaxin) / Metocarbamol ☐ Tizanidine (Zanaflex) /
Tizanidina ☐ Other / Otros: _____

Opioids/Opioides:

☐ Buprenorphine (Butrans Patch, Suboxone, Subutex, Belbuca) / Buprenorfina ☐ Codeine (Tylenol #3/#4) /
Codeína ☐ Zipreant ☐ Fentanyl (Actiq, Duragesic Patch, Fentora) / Fentanilo ☐ Hydrocodone (Lortab, Norco,
Vicodin, Vicoprofen, Zohydro) / Hidrocodona ☐ Hydromorphone (Dilaudid, Exalgo) / Hidromorfona (Dilaudid,
Exalgo) ☐ Methadone / Metadona ☐ Morphine (Avinza, Embeda, Kadian, MS Contin) / Morfina ☐ Oxycodone
(Oxycontin, Percocet) / Oxycodona ☐ Oxymorphone (Opana, Opana ER) / Oximorfona ☐ Propoxyphene
(Darvocet, Darvon) / Propoxifeno ☐ Tapentadol (Nucynta) / Tapentadol ☐ Tramadol (Ultram, Ultram ER)
☐ Demerol ☐ Other / Otros: _____

Triptans/Triptanes:

☐ Axert (Almotriptan) ☐ Frova (Frovatriptan) ☐ Imitrex (Sumatriptan) ☐ Maxalt (Rizatriptan) ☐ Relpax
(Eletriptan) ☐ Zomig (Zolmitriptan) ☐ Other / Otros: _____

Other/ Otros:

☐ Acetaminophen (Tylenol) / Acetaminofén ☐ Depakote (Divalproex) ☐ Depakene (Valproic Acid) / Depakene
(Ácido Valproico) ☐ Gabapentin (Neurontin) / Gabapentina ☐ Lidocaine Patch (Lidoderm) / Parche de
Lidocaína (Lidoderm) ☐ Lyrica (Pregabalin) / Lyrica (Pregabalina) ☐ Tegretol (Carbamazepine) / Tegretol
(Carbamazepina) ☐ Topamax (Topiramate) / Topamax (Topiramato) ☐ Fioricet
☐ Topical Pain Cream (which one, if known?) / Crema tópica para el dolor (¿Cuál?): _____
☐ Other / Otros: _____

Pain Treatment History/ Historial de tratamientos para el Dolor:

Treatment/Tratamiento	No Relief Sin Alivio	Temporary Relief Alivio temporal	Exellent Relief Alivio Exelente	Dates/Fechas
Acupuncture/ Acupuntura	☐	☐	☐	
Physical Therapy/ Terapia Física	☐	☐	☐	
Chiropractic/ Quiropráctica	☐	☐	☐	
Traction/ Tracción	☐	☐	☐	
TENS Unit/ Unidad TENS (Estimulación Eléctrica Nerviosa Transcutánea)	☐	☐	☐	
Heat (heating pad; Hot Bath)/Calor	☐	☐	☐	
Ice Packs/ Compresas Frías	☐	☐	☐	
Psychotherapy/ Psicoterapia	☐	☐	☐	
Stretching/Yoga / Estiramiento	☐	☐	☐	
Massage/ Masaje	☐	☐	☐	
Podiatrist Treatment/ Tratamiento por Podólogo	☐	☐	☐	
Botox Injections/ Inyecciones de Botox	☐	☐	☐	
Vertebroplasty/ Kyphoplasty Vertebroplastia/Kifoplastia	☐	☐	☐	
Joint Injections: which Joint _____ Inyecciones en las Articulaciones: _____	☐	☐	☐	
Surgery:Details: _____ Cirugia:Detalles de la Cirugia: _____	☐	☐	☐	
Spinal Cord Stimulator: Trial Or Permanent Estimulador de la Médula Espinal	☐	☐	☐	
Radiofrequency Ablation(AKA Nerve burning) Ablación por Radiofrecuencia (también conocida como quemado de nervios):	☐	☐	☐	
Facet Joint Injection/Medial Branch Block Inyección en la Articulación Facetaria / Bloqueo de Rama Medial	☐	☐	☐	
Epidural Steroid Injection: Inyeccion Epidural de Esteroides	☐	☐	☐	
Trigger Point Injection:Where _____ Inyeccion de punto gastico: Donde _____	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
Other Nerve Blocks: which nerve _____ Otros Bloqueos Nerviosos: Auales _____	☐	☐	☐	

North Office
12176 N. Mopac Expy
Suite D.
Austin, TX 78758

South Office
2765 Bee Cave Rd
Suite 201
Austin, TX 78746

Contact:
Phone:
(512) 981-7246
DiagnosticPainCenter.com

Please describe any further details regarding previous pain treatment:/ Detalles Adicionales sobre
Tratamientos Previos para el Dolor: Descripción de tratamientos previos:_____

What position make your pain better(i.e., sitting in a recliner, bending forward, ect.) Qué posición
alivia tu dolor? (por ejemplo, sentarse en una silla reclinable, inclinarse hacia adelante, etc.)_____

What other specialist have you seen regarding your pain?/ Que otros especialistas has consultado
respecto a tu dolor?_____

☐ I HAVENOT HAD ANY PRIOR TREATMENT FOR MY CURRENT PAIN COMPLAINTS. / No he tenido
ningún tratamiento previo para mis quejas de dolor actuales.

Anesthesia History /Historial de Anestesia

Have you ever had any adverse reactions to anesthesia?¿Alguna vez has tenido reacciones adversas a
la anestesia? ☐ Yes / ☐ Sí ☐ No / ☐ No

If yes, which type of anesthesia did you have problems with? (Please check all that apply)/Si es así,
¿qué tipo de anestesia te causó problemas? (Por favor, marca todas las que apliquen)

☐ Local anesthesia / Anestesia local ☐ Epidural ☐ General Anesthesia /Anestesia general
☐ IV Sedation / ☐ Sedación IV

Has a family member ever had any adverse reactions to anesthesia?¿Algún familiar ha tenido
reacciones adversas a la anestesia? ☐ Yes / ☐ Sí ☐ No / ☐ No

If yes, which type of anesthesia did they have problems with? (Please check all that apply)/
Si es así, ¿qué tipo de anestesia les causó problemas? (Por favor, marca todas las que apliquen)

☐ Local anesthesia / Anestesia local ☐ Epidural ☐ General Anesthesia /Anestesia general
☐ IV Sedation / ☐ Sedación IV

Past Surgical History/Historial Quirugico Pasado

Please indicate any surgical procedures you have had done in the past, including the date, type, and any pertinent details.

Por favor, indica cualquier procedimiento quirúrgico que hayas realizado en el pasado, incluyendo la fecha, el tipo y cualquier detalle pertinente

Abdominal Surgery/Cirugía Abdominal

- ☐ Gallbladder removal / Remoción de vesícula biliar
☐ Appendectomy / Apendicectomía
☐ Other / Otro: _____

Female Surgeries/Cirugías Femeninas

- ☐ Caesarean section /Cesárea _____
☐ Hysterectomy /Histerectomía _____
☐ Laparoscopy /Laparoscopia _____
☐ Ovarian / Ovarios _____
☐ Other / Otro: _____

Heart Surgery/ Cirugía del Corazón

- ☐ Valve replacement /Reemplazo de válvula _____
☐ Aneurysm repair /Reparación de aneurisma _____
☐ Stent placement /Colocación de stent _____
☐ Other / Otro: _____

Joint Surgery/ Cirugía de Articulaciones

- ☐ Shoulder / Hombro

- ☐ Hip / Cadera

- ☐ Knee / Rodilla

Spine/Back Surgery/Cirugía de Columna/Espalda

- ☐ Discectomy (levels): / Discectomía (niveles): _____

- ☐ Laminectomy/ Laminectomía: _____

- ☐ Spinal fusion (levels):/ Fusión espinal (niveles): _____

Other Common Surgeries/ Otras Cirugías Comunes

- ☐ Hemorrhoid surgery / Cirugía de hemorroides: _____
☐ Hernia repair /Reparación de hernia: _____
☐ Thyroidectomy /Tiroidectomía: _____
☐ Tonsillectomy /Amigdalectomía: _____
☐ Vascular surgery /Cirugía vascular: _____

Please list any other surgeries and dates (attach an additional sheet if necessary):

Por favor, enumera cualquier otra cirugía y fechas (adjunta una hoja adicional si es necesario)

☐ I HAVE NEVER HAD ANY SURGICAL PROCEDURES/ NUNCA HE TENIDO NINGÚN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Current Medications/ Medicamentos Actuales

Please indicate which (if any) of the following blood-thinners you are taking:

Por favor, indique cuáles (si los hay) de los siguientes anticoagulantes está tomando:

☐ Aggrenox ☐ Coumadin or Warfarin/ Warfarina ☐ Effient ☐ Lovenox ☐ Plavix ☐ Pletal ☐ Pradaxa
☐ Prasugrel ☐ Ticlid ☐ Aspirin /Aspirina ☐ Other / ☐ Otro: _____

Please list all medications you are currently taking. Attach an additional sheet if required.

Por favor, enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente. Adjunte una hoja adicional si es necesario.

Medication Name/Nombre del Medicamento	Dose/Dosis	Frequency/ Frecuencia
--	------------	-----------------------

Allergies/ Alergias

Do you have any known drug allergies?/ ¿Tienes alguna alergia conocida a medicamentos?

☐ Yes / Sí

☐ No / No

If so, please list all medications you are allergic to.

Si es así, por favor enumera todos los medicamentos a los que eres alérgico.

Medication Name / Nombre del Medicamento:	Allergic Reaction Type/ Tipo de Reaccion Alerica:
---	---

Topical Allergies/ Alergias Tópicas ☐ Iodine / Yodo ☐ Latex ☐ Tape /Cinta Adhesiva

Are you allergic to shellfish?/¿Eres alérgico(a) a los mariscos? ☐ Yes / Sí ☐ No

Family History/ Historial Familiar

Mark all appropriate diagnoses as they pertain to your biological MOTHER AND FATHER only.

Marca todos los diagnósticos apropiados según correspondan únicamente a tu MADRE y PADRE biológicos

	Mother Madre	Father Padre		Mother Madre	Father Padre
Arthritis/ Artritis	☐	☐	High Cholesterol/ Colesterol Alto	☐	☐
Cancer/ Cáncer	☐	☐	Liver Problem/ Problemas hepatico	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Osteoporosis	☐	☐
Headaches/ Dolores de Cabeza	☐	☐	Rheumatoid Arthritis/Artritis Reumatoide	☐	☐
Heart Disease/ Cardiopatía	☐	☐	Seizure/ Convulsion	☐	☐
High Blood Pressure/ Hipertension	☐	☐	Stroke/ Ataque	☐	☐
Kidney Problems/ Problemas Renal	☐	☐			

Other medical problems:/Otros problemas Medicos _____

☐ I HAVE NO SIGNIFICANT FAMILY MEDICAL HISTORY. / ☐ NO TENGO UNA HISTORIA MÉDICA FAMILIAR SIGNIFICATIVA.

☐ I AM ADOPTED (No Medical History Available) / SOY ADOPTADO (No hay historial médico disponible)

Social History/ Historia Social

Are you capable of becoming pregnant?/¿Eres capaz de quedar embarazada?☐ Yes / ☐ Sí ☐ No

If so, are you currently pregnant? / Si es así, ¿estás actualmente embarazada?☐ Yes / ☐ Sí ☐ No

Highest level of education:/ Nivel más alto de educación: ☐ Grammar school / Escuela primaria

☐ High School / Secundaria ☐ College / Universidad ☐ Post-graduate / Postgrado

Alcohol Use:/ Consumo de Alcohol: ☐ Never Drinks Alcohol /Nunca bebe alcohol ☐ Daily use/Usa

Diario ☐ History of Alcoholism / Historia de alcoholismo ☐ Social use(not daily)/ Uso social (no

Diario) ☐ Current- Alcoholic/Actual- Alcoholico

Tobacco Use:/ Uso de Tabaco:

☐ Current Tobacco User / Usuario actual de tabaco ☐ Former Tobacco User / Ex usuario de tabaco

☐ Has Never Used Tobacco / Nunca ha usado tabaco

Illegal Drug Use:/ Uso de Drogas Ilegales:

☐ Denies Any Illegal Drug Use / Niega el uso de drogas ilegales ☐ Currently Using Illegal Drugs. Which?/
Actualmente usando drogas ilegales¿Cuáles: _____☐ Formerly Used Illegal Drugs (not currently using)
Which? /Uso de drogas ilegales en el pasado (no las usa actualmente) (¿Cuáles: _____☐ Currently
Using Someone Else's Prescription Medications / Actualmente usando medicamentos recetados de otra
persona

Have you ever abused narcotic or prescription medications?¿Alguna vez has abusado de
medicamentos narcóticos o recetados? ☐ Yes / ☐ Sí ☐ No / ☐ No (Which/¿Cuáles: _____)

Past Medical History / Historia Médica Pasada

Mark the following conditions/diseases that you have been treated for in the past:

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

General Medical / Medicina General

- ☐ Pneumonia / Neumonía
- ☐ Kidney Infection(s) / Infección renal
- ☐ Cancer - Type / Cáncer - Tipo_____
- ☐ Diabetes - Type/ Diabetes – Tipo_____
- ☐ HIV/AIDS / VIH/SIDA

Head/Eyes/Ears/Nose/Throat/ Cabeza/Ojos/Oídos/Nariz/Garganta

- ☐ Headaches / Dolores de cabeza
- ☐ Migraines / Migrañas
- ☐ Head Injury / Lesión en la cabeza
- ☐ Hyperthyroidism / Hipertiroidismo
- ☐ Hypothyroidism / Hipotiroidismo
- ☐ Glaucoma / Glaucoma

Cardiovascular/Hematologic / Cardiovascular/Hematológico

- ☐ Anemia / Anemia
- ☐ Bleeding Disorders / Trastornos hemorrágicos
- ☐ Heart Attack / Infarto
- ☐ High Blood Pressure / Hipertensión arterial
- ☐ High Cholesterol / Colesterol alto
- ☐ Mitral Valve Prolapse / Prolapso de la válvula mitral
- ☐ Murmur / Murmullo
- ☐ Phlebitis / Flebitis
- ☐ Poor Circulation / Mala circulación
- ☐ Stroke / Accidente cerebrovascular

Gastrointestinal /

Gastrointestinal

- ☐ Bowel Incontinence / Incontinencia intestinal
- ☐ GERD (Acid Reflux) / ERGE (Reflujo ácido)
- ☐ Gastrointestinal Bleeding / Sangrado gastrointestinal
- ☐ Constipation / Estreñimiento

Musculoskeletal /

Musculoesquelético

- ☐ Amputation / Amputación
- ☐ Bursitis / Bursitis
- ☐ Carpal Tunnel Syndrome / Síndrome del túnel carpiano
- ☐ Chronic Low Back Pain / Dolor lumbar crónico
- ☐ Chronic Neck Pain / Dolor cervical crónico
- ☐ Chronic Joint Pain / Dolor articular crónico
- ☐ Fibromyalgia / Fibromialgia
- ☐ Joint Injury / Lesión articular
- ☐ Osteoarthritis / Osteoartritis
- ☐ Osteoporosis / Osteoporosis
- ☐ Phantom Limb Pain / Dolor de miembro fantasma
- ☐ Rheumatoid arthritis / Artritis reumatoide

Hepatic / Hepática

- ☐ Hepatitis A (active/inactive/unsure) /Hepatitis A (activa/inactiva/inseguro)
- ☐ Hepatitis B (active/inactive/unsure) /Hepatitis B (activa/inactiva/inseguro)
- ☐ Hepatitis C (active/inactive/unsure) / Hepatitis C (activa/inactiva/inseguro)

Neuropsychological / Neuropsicológica

- ☐ Alcohol Abuse / Abuso de alcohol
- ☐ Alzheimer Disease / Enfermedad de Alzheimer
- ☐ Bipolar Disorder / Trastorno bipolar
- ☐ Depression / Depresión
- ☐ Epilepsy / Epilepsia
- ☐ Prescription Drug Abuse / Abuso de medicamentos recetados
- ☐ Multiple Sclerosis / Esclerosis múltiple
- ☐ Paralysis / Parálisis

North Office
12176 N. Mopac Expy
Suite D.
Austin, TX 78758

South Office
2765 Bee Cave Rd
Suite 201
Austin, TX 78746

Contact:
Phone:
(512) 981-7246
DiagnosticPainCenter.com

☐ Coronary Artery Disease / Enfermedad arterial coronaria

Respiratory / Respiratorio

- ☐ Tuberculosis / Tuberculosis
☐ Valley Fever / Fiebre del Valle
☐ Asthma / Asma
☐ Bronchitis / Bronquitis
☐ Emphysema/COPD / EPOC/Enfisema

☐ Tennis Elbow / Epicondilitis (Codo de tenista)

☐ Vertebral Compression Fracture / Fractura por compresión vertebral

Genitourinary/Nephrology / Genitourinario/Nefrología

- ☐ Bladder Infection(s) / Infección de la vejiga
☐ Dialysis / Diálisis
☐ Kidney Stones / Cálculos renales
☐ Urinary Incontinence / Incontinencia urinaria

☐ Peripheral Neuropathy / Neuropatía periférica

☐ Schizophrenia / Esquizofrenia

- ☐ Seizures / Convulsiones
☐ Reflex Sympathetic Dystrophy/CRPS / Distrofia simpática refleja/CRPS
☐ Other Diagnosed Conditions / Otras condiciones diagnosticadas _____

Review of Systems/ Revisión de Sistemas

Mark the following symptoms that you currently suffer from. Note: Diagnosed conditions/diseases should be noted under Past Medical History, above.

Marque los siguientes síntomas de los que actualmente padece. Nota: Las condiciones/enfermedades diagnosticadas deben ser anotadas en la Historia Médica Pasada, arriba.

- Constitutional:/ Constitucional:** ☐ Excessive Sweating/Sudoración excesiva ☐ Insomnia/Insomnio
☐ Unexplained Weight Gain/Aumento de peso inexplicable ☐ Chills/Escalofríos ☐ Excessive Thirst/Sed excesiva ☐ Low Sex Drive/Bajo deseo sexual ☐ Unexplained Weight Loss/ Pérdida de peso inexplicable
☐ Difficulty Sleeping/Dificultad para dormir ☐ Fatigue/Fatiga ☐ Night Sweats/ Sudores nocturnos
☐ Easy Bruising/Moretones fáciles ☐ Fevers/Fiebres ☐ Tremors/ Temblores

Eyes/Ojos: ☐ Recent Visual Changes/Cambios visuales recientes ☐ Vision Loss/ Pérdida de visión

Ears/Nose/Throat/Neck: /Oídos/Nariz/Garganta/Cuello: ☐ Dental Problems/Problemas dentales
☐ Earaches/ Dolor de oídos ☐ Nosebleeds/ Epistaxis (sangrado nasal) ☐ Recurrent Sore Throats/ Dolor de garganta recurrente ☐ Ringing in the Ears/ Zumbido en los oídos ☐ Hearing Problems/ Problemas de audición ☐ Sinus Problems /Problemas sinusales

Cardiovascular:/Cardiovascular: ☐ Bleeding Disorder/ Trastorno de sangrado ☐ Fainting/Desmayos
☐ High Blood Pressure/Hipertensión ☐ Shortness of Breath During Sleep/Dificultad para respirar durante el sueño ☐ Chest Pain/ Dolor en el pecho ☐ Irregular Heartbeat/Latidos cardíacos irregulares

North Office
12176 N. Mopac Expy
Suite D.
Austin, TX 78758

South Office
2765 Bee Cave Rd
Suite 201
Austin, TX 78746

Contact:
Phone:
(512) 981-7246
DiagnosticPainCenter.com

☐ Swelling in the Feet/ Hinchazón en los pies ☐ Deep Vein Thrombosis/ Trombosis venosa profunda
☐ Lightheadedness/ Mareos

Respiratory/ Respiratorio: ☐ Cough/ Tos ☐ Shortness of Breath on Exertion/Effort/Dificultad para respirar con esfuerzo ☐ Wheezing/ Sibilancias ☐ Pulmonary Embolism/ Embolia pulmonar ☐ Shortness of Breath at Rest/ Dificultad para respirar en repos

Gastrointestinal/Gastrointestinal: ☐ Abdominal Cramps/ Calambres abdominales
☐ Coffee Ground Appearance in Vomit/Apariencia de poso de café en el vómito ☐ Hernia/ Hernia
☐ Vomiting/ Vómitos ☐ Acid Reflux/Reflujo ácido ☐ Constipation/ Estreñimiento ☐ Dark and Tarry Stools/ Heces oscuras y alquitranadas ☐ Diarrhea/ Diarrea

Musculoskeletal/ Musculoesquelético: ☐ Back Pain/ Dolor de espalda ☐ Joint Pain/Dolor en las articulaciones
☐ Joint Stiffness/ Rigidez articular ☐ Joint Swelling/ Hinchazón articular ☐ Muscle Spasms/ Espasmos musculares ☐ Neck Pain/ Dolor de cuello

Genitourinary/Nephrology/Genitourinario/Nefrología: ☐ Blood in Urine/Sangre en la orina ☐ Painful Urination/ Micción dolorosa ☐ Decreased Urine Flow/Frequency/Volume/ Disminución del flujo/frecuencia/volumen urinario ☐ Flank Pain/ Dolor en el flanco

Neurological/ Neurológico: ☐ Tremors/Temblores ☐ Dizziness/ Mareos ☐ Headaches/ Dolores de cabeza
☐ Numbness-Tingling/ Entumecimiento/parestesia ☐ Seizures/Convulsiones

Psychiatric/Psiquiátrico: ☐ Depressed Mood/ Estado de ánimo deprimido ☐ Feeling Anxious/ Sentirse ansioso
☐ Stress Probleme/ Problemas de estrés ☐ Suicidal Thoughts/ Pensamientos suicidas
☐ Suicidal Planning/ Planificación suicida

I certify that the information that I provided in this document is accurate, complete, and true.
Certifico que la información que proporcioné en este documento es precisa, completa y verdadera.

Signe/Firma: _____ **Date:/Fecha:** _____

OPIOID RISK TOOL

HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DEL RIESGO DE OPIOIDES

Circle YES or NO / Círcule SÍ o NO

1. Family History of Substance Abuse/ Historial familiar de abuso de sustancias

Alcohol ☐ YES / SI ☐ NO

Illegal Drugs/Drogas Ilegales ☐ YES / SI ☐ NO

Prescription Drugs:/ Medicamentos con receta: ☐ YES / SI ☐ NO

2. Personal History of Substance Abuse/ Historial personal de abuso de sustancias

Alcohol: ☐ YES / SI ☐ NO

Illegal Drugs:/ Drogas ilegales ☐ YES / SI ☐ NO

Prescription Drugs:/ Medicamentos con receta: ☐ YES / SI ☐ NO

3. Age (Mark box if 16 - 45) / Edad (Marque la casilla si tiene entre 16 - 45 años):

Age / Edad: _____

4. History of Preadolescent Sexual Abuse/ Historial de abuso sexual antes de la adolescencia ☐ YES/ SI ☐ NO

5. Psychological Disease / Enfermedades psicológicas

Attention Deficit Disorder: Trastorno por déficit de atención ☐ YES / SI ☐ NO

Obsessive Compulsive:/ Trastorno obsesivo-compulsivo: ☐ YES / SÍ ☐ NO

Bipolar: / Trastorno bipolar: ☐ YES / SÍ ☐ NO

Schizophrenia: / Esquizofrenia: ☐ YES / SÍ ☐ NO

Depression: / Depresión: ☐ YES / SÍ ☐ NO

I certify that the above information is correct to the best of my knowledge.

Certifico que la información anterior es correcta según mi conocimiento.

Name / Nombre: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

Signature / Firma: _____ Date / Fecha: _____

Centro de Diagnóstico del Dolor, Austin, TX

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACUERDO DE MANEJO DEL DOLOR SEGÚN LO REQUIERE LA JUNTA MÉDICA DE TEXAS

REFERENCIA: CÓDIGO ADMINISTRATIVO DE TEXAS, TÍTULO 22, PARTE 9, CAPÍTULO 170

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

AL PACIENTE: Como paciente, usted tiene el derecho de ser informado sobre su condición y el procedimiento médico o diagnóstico recomendado, o la terapia farmacológica que se usará, para que pueda tomar una decisión informada sobre si desea o no tomar el medicamento, con pleno conocimiento de los riesgos y peligros involucrados. Esta divulgación no tiene la intención de asustarlo o alarmarlo, sino más bien es un esfuerzo por informarlo mejor para que pueda otorgar o negar su consentimiento/permiso para usar el(los) medicamento(s) recomendados por mí, como su médico. A los efectos de este acuerdo, el uso de la palabra "médico" se define para incluir no solo a mi médico, sino también a los asociados autorizados de mi médico, asistentes técnicos, enfermeras, personal y otros proveedores de atención médica que puedan ser necesarios o recomendables para tratar mi condición.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y/O TERAPIA FARMACOLÓGICA: Solicito voluntariamente que mi médico trate mi condición, la cual se me ha explicado como dolor crónico. Por la presente autorizo y doy mi consentimiento voluntario para que me administren o receten medicamentos peligrosos y/o controlados como parte del tratamiento de mi dolor crónico.

Se me ha explicado que estos medicamentos incluyen fármacos opioides/narcóticos, los cuales pueden ser dañinos si se toman sin supervisión médica. Además, entiendo que estos medicamentos pueden llevar a la dependencia física y/o adicción, y que, como otros medicamentos utilizados en la práctica de la medicina, pueden producir efectos secundarios o resultados adversos. Los métodos alternativos de tratamiento, los posibles riesgos involucrados y las posibilidades de complicaciones me han sido explicados como se enumeran a continuación. Entiendo que esta lista no es completa y que solo describe los efectos secundarios o reacciones más comunes, y que la muerte también es una posibilidad como resultado de tomar estos medicamentos.

HE SIDO INFORMADO(A) Y entiendo que me someteré a pruebas médicas y exámenes antes y durante mi tratamiento. Estas pruebas incluyen controles aleatorios y sin previo aviso para detectar

North Office
12176 N. Mopac Expy
Suite D.
Austin, TX 78758

South Office
2765 Bee Cave Rd
Suite 201
Austin, TX 78746

Contact:
Phone:
(512) 981-7246
DiagnosticPainCenter.com

drogas y evaluaciones psicológicas si se considera necesario, y por la presente doy permiso para realizar dichas pruebas; mi negativa podría llevar a la finalización del tratamiento. La presencia de sustancias no autorizadas puede resultar en que sea dado de alta del cuidado brindado por ustedes.

Para pacientes femeninas solamente:

A mi leal saber y entender, **NO estoy** embarazada.

Si no estoy embarazada, usaré anticonceptivos/medidas de control de natalidad adecuadas durante mi tratamiento. Acepto que es MI responsabilidad informar a mi médico inmediatamente si quedo embarazada.

Si estoy embarazada o tengo dudas, **NOTIFICARÉ A MI MÉDICO INMEDIATAMENTE.**

Todos los posibles efectos mencionados de los medicamentos me han sido completamente explicados y entiendo que, en la actualidad, no se han realizado suficientes estudios sobre el uso prolongado de muchos medicamentos, como los opioides/narcóticos, para garantizar la seguridad completa para mi hijo(a) no nacido. Con pleno conocimiento de esto, doy mi consentimiento para su uso y libero a mi médico de cualquier responsabilidad por daños al embrión/feto o bebé.

ENTIENDO QUE LOS EFECTOS SECUNDARIOS MÁS COMUNES QUE PODRÍAN OCURRIR CON EL USO DE LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN MI TRATAMIENTO INCLUYEN, PERO NO SE LIMITAN A: estreñimiento, náuseas, vómitos, somnolencia excesiva, picazón, retención urinaria (incapacidad para orinar), hipotensión ortostática (presión arterial baja), arritmias (latidos irregulares del corazón), insomnio, depresión, deterioro del razonamiento y juicio, depresión respiratoria (respiración lenta o nula), impotencia, tolerancia a los medicamentos, dependencia física y emocional o incluso adicción, y muerte. Entiendo que puede ser peligroso para mí conducir un automóvil u operar otra maquinaria mientras uso estos medicamentos y que puedo estar afectado durante todas las actividades, incluyendo el trabajo.

Los métodos alternativos de tratamiento, los posibles riesgos involucrados y las posibilidades de complicaciones me han sido explicados, y aun así deseo recibir medicamentos para el tratamiento de mi dolor crónico.

El objetivo de este tratamiento es ayudarme a controlar mi dolor crónico para vivir una vida más productiva y activa. Me doy cuenta de que puedo tener una enfermedad crónica y que hay una posibilidad limitada de cura completa, pero el objetivo de tomar medicamentos de manera regular es reducir (pero probablemente no eliminar) mi dolor, para que pueda disfrutar de una mejor calidad de

vida. Soy consciente de que el tratamiento para algunos requerirá el uso prolongado o continuo de medicamentos, pero un objetivo de tratamiento adecuado también puede ser la eventual suspensión del uso de todos los medicamentos. Mi plan de tratamiento será específicamente adaptado para mí. Entiendo que puedo retirarme de este plan de tratamiento y suspender el uso de los medicamentos en cualquier momento y que notificaré a mi médico de cualquier suspensión en su uso. Además, entiendo que se me proporcionará supervisión médica si es necesario al discontinuar el uso de los medicamentos.

Me han informado que la terapia farmacológica que mi médico puede recetarme puede involucrar el uso de un medicamento que la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) puede no haber sido solicitada por el fabricante para revisar su seguridad y efectividad para mi condición. La literatura médica actual muestra que dicho uso "fuera de etiqueta" puede ser beneficioso para algunos pacientes, y entiendo que las dosis recomendadas para tratar el dolor crónico a menudo se superan para equilibrar el beneficio y el riesgo para el paciente.

Entiendo que no se me ha hecho ninguna promesa o garantía en cuanto a los resultados de cualquier terapia farmacológica o cura de cualquier condición. El uso a largo plazo de medicamentos para tratar el dolor crónico es controvertido debido a la incertidumbre con respecto a la medida en que proporcionan beneficios a largo plazo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición y tratamiento, los riesgos de no tratamiento y la terapia farmacológica, el tratamiento médico o los procedimientos de diagnóstico que se utilizarán para tratar mi condición, y los riesgos y peligros de dicha terapia, tratamiento y procedimientos, y creo que tengo suficiente información para dar este consentimiento informado.

ACUERDO DE MANEJO DEL DOLOR:

ENTIENDO Y ACEPTO LO SIGUIENTE:

Que este acuerdo de manejo del dolor se refiere a mi uso de cualquier y todos los medicamentos (es decir, opioides, también llamados 'narcóticos, analgésicos' y otros medicamentos recetados, etc.) para el dolor crónico recetados por mi médico. Entiendo que existen leyes, regulaciones y políticas federales y estatales con respecto al uso y la prescripción de sustancias controladas. Por lo tanto, los medicamentos solo se proporcionarán mientras siga las reglas especificadas en este Acuerdo.

Mi médico puede en cualquier momento decidir interrumpir los medicamentos. El incumplimiento de cualquiera de las siguientes pautas y/o condiciones puede provocar la interrupción de los

medicamentos y/o mi alta de atención y tratamiento. La alta puede ser inmediata por cualquier comportamiento delictivo.

- Mi progreso será revisado periódicamente y, si los medicamentos no están mejorando mi calidad de vida, los medicamentos pueden ser interrumpidos.
- Revelaré a mi médico todos los medicamentos que tome en cualquier momento, recetados por cualquier médico.
- Usaré los medicamentos **exactamente como lo indique mi médico.**
- Acepto **no compartir, vender ni permitir que otros, incluidos mi familia y amigos, tengan acceso a estos medicamentos.**
- **No permitiré ni ayudaré en el uso indebido/desvío de mi medicamento; ni se los daré ni los venderé a nadie más.**
- Todos los medicamentos deben ser obtenidos en una **sola farmacia, cuando sea posible.** Si surge la necesidad de cambiar de farmacia, debo informar a mi médico. Usaré solo una farmacia y proporcionaré a mi farmacéutico una copia de este acuerdo. Autorizo a mi médico a liberar mis registros médicos a mi farmacéutico según sea necesario.
- Entiendo que mis medicamentos se reabastecerán de manera regular. Entiendo que mis recetas y mis medicamentos son exactamente como dinero. Si alguno se pierde o es robado, **NO PODRÁ SER REEMPLAZADO.**
- No se solicitarán reabastecimientos antes de la fecha de reabastecimiento programada. Sin embargo, se permiten reabastecimientos anticipados cuando estoy viajando y hago arreglos con anticipación a la fecha de salida planificada. De lo contrario, no esperaré recibir medicamentos adicionales antes de la próxima fecha de reabastecimiento programada, incluso si mis recetas se agotan.
- Recibiré medicamentos **solo de UN médico** a menos que sea por una emergencia o el medicamento que esté siendo recetado por otro médico esté aprobado por mi médico. La información de que he estado recibiendo medicamentos prescritos por otros doctores que no han sido aprobados por mi médico puede llevar a la interrupción de los medicamentos y el tratamiento
- Si a mi médico le parece que no hay beneficios demostrables para mi función diaria o calidad de vida a partir de los medicamentos, entonces mi médico puede intentar medicamentos alternativos o puede reducir gradualmente la dosis de todos los medicamentos. No responsabilizaré a mi médico por problemas causados por la interrupción de los medicamentos.

- Acepto someterme a pruebas de orina y/o sangre para detectar el uso de medicamentos no recetados y recetados en cualquier momento y sin previo aviso. Si doy positivo por sustancias ilegales, el tratamiento para el dolor crónico puede ser interrumpido. También puede ser necesario consultar o referir a un experto, como someterme a una evaluación psiquiátrica o psicológica por un médico calificado, como un especialista en adicciones o un médico que se especialice en desintoxicación y rehabilitación y/o terapia cognitivo-conductual/psicoterapia.
- Reconozco que mi dolor crónico representa un problema complejo que puede beneficiarse de la terapia física, la psicoterapia, la atención médica alternativa, etc. También reconozco que mi participación activa en la gestión de mi dolor es extremadamente importante. Acepto participar activamente en todos los aspectos del programa de manejo del dolor recomendado por mi médico para lograr una mayor funcionalidad y una mejor calidad de vida.
- Acepto que debo informar a cualquier médico que me trate por otros problemas médicos que estoy inscrito en un programa de manejo del dolor, ya que el uso de otros medicamentos puede causar daño.
- Por la presente, le doy a mi médico permiso para discutir todos los detalles de diagnóstico y tratamiento con mis otros médicos y farmacéuticos respecto a mi uso de medicamentos prescritos por mis otros .
- Debo tomar los medicamentos médicos según las instrucciones de mi médico. Cualquier aumento no autorizado en la dosis de los medicamentos puede ser considerado como motivo para la interrupción del tratamiento.
- Debo mantener todas las citas de seguimiento según lo recomendado por mi médico o mi tratamiento puede ser interrumpido.

Certifico y acepto lo siguiente:

- No estoy usando actualmente drogas ilegales ni abusando de medicamentos recetados y no estoy bajo tratamiento por dependencia (adicción) o abuso de sustancias. Estoy leyendo y haciendo este acuerdo mientras poseo plenamente mis facultades y no estoy bajo la influencia de ninguna sustancia que pueda afectar mi juicio.
- Nunca he estado involucrado en la venta, posesión ilegal, uso indebido/diversión o transporte de sustancias controladas (narcóticos, pastillas para dormir, pastillas para los nervios o analgésicos) o sustancias ilegales (marihuana, cocaína, heroína, etc.).
- No se ha hecho ninguna garantía ni aseguramiento con respecto a los resultados que se pueden obtener del tratamiento del dolor crónico. Con pleno conocimiento de los beneficios potenciales y los

posibles riesgos involucrados, consiento el tratamiento del dolor crónico, ya que me doy cuenta de que me brinda la oportunidad de llevar una vida más productiva y activa.

- He revisado los efectos secundarios de los medicamentos que pueden ser utilizados en el tratamiento de mi dolor crónico. Entiendo completamente las explicaciones sobre los beneficios y los riesgos de estos medicamentos y acepto el uso de estos medicamentos en el tratamiento de mi dolor crónico.

Firma del paciente

Firma del médico (o asistente autorizado apropiadamente)

Nombre e información de contacto de la farmacia