

Patient Information <i>Información del paciente</i>				
First Name [Nombre]	Last Name [Apellido]	Middle [Segundo nombre]	Birth Date [Fecha de nacimiento]	Gender [Género] <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Address [Dirección]		City [Ciudad]	State [Estado]	Zip Code [Codigo Postal]
Preferred Phone [Teléfono Preferido]	<input type="checkbox"/> Cell [móvil] <input type="checkbox"/> Home [Casa]	Email		Social Security Number [Seguro Social]
Employer [Empel]		Occupation [Ocupacion]		Employer Phone Number [Telefono del emleo]
Emergency Contact Name [nombre del contacto de emergencia]		Relationship to patient [Relación con el paciente]		Phone Number [Número de teléfono]
Insurance Information <i>Información del Seguro</i>				<input type="checkbox"/> Self-Pay/Cash Skip this section
Insurance Company [Aseguranza]	Subscriber's Name [Nombre del suscriptor]	Birth Date [Fecha de nacimiento]	Patinet Relationship to Subscriber <i>Relacion al paciente</i> <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other	
Secondary Insurance [Segunda Asgesuranza]				
Insurance Company Aseguranza	Subscriber's Name Nombre del suscriptor	Birth Date Fecha de nacimiento		
Who would you like us to bill for services? [¿A quién le gustaría que facturemos por los servicios?] Our policy is to bill your insurance unless you indicate otherwise.			<input type="checkbox"/> Health Insurance <input type="checkbox"/> Lien	
<p>The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my health insurance benefits to be paid directly to my physican. I grant my physcain all rights to appeal and receive all relevant documentation from my insurnace company. Furthermore,I grant Relevium Pain Specialists to act as an authorized representative when working with my health insurance company.</p> <p>I understand that I am financially responsible for any balance. Past due balances may be assessed 1.5% late fee. I also authorize Relevium Pain Specialists to release my information requiered to process my claim.</p>				
Patient/Guardinan Signature [Firma del paciente o guardian] Date [Fech]				

Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices and Patient Bill of Rights

[Acuse de recibo de notificación de prácticas de privacidad y Declaración de derechos del pacient]

(You may refuse to sign this acknowledgement)

Puede negarse a firmar este reconocimiento.

I, _____, have been provided the opportunity to review this office's Notice of Privacy Practices and Patient Bill of Rights, as required by law. I understand that a copy will be provided upon my request.

Yo, _____, se me ha brindado la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad y la Declaración de Derechos del Paciente de esta oficina, según lo exige la ley. Entiendo que se proporcionará una copia a mi solicitud.

Signature [Firma]

Date [Fecha]

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy, but acknowledgement was unable to be obtained because

- ____ Individual refused to sign
 ____ Communication Barriers prohibited from obtaining the acknowledgement.
 ____ Other _____

Patient Name: _____

Authorization Pertaining to Medical Records

Patient Information <i>[Información del paciente]</i>			
Name <i>[Nombre]</i>		Birth Date <i>[Fecha de nacimiento]</i>	Preferred Phone <i>[Teléfono Preferido]</i>
Address <i>[Dirección]</i>	City <i>[Ciudad]</i>	State <i>[Estado]</i>	Zip Code <i>[Codigo Postal]</i>

Authorization to Request Medical Records

This authorizes **Relevium Pain Specialists** to request all of my medical records on my behalf **except** the following:
*[Esto autoriza a los Especialistas en Dolor Relevium a solicitar todos mis registros médicos en mi nombre, **excepto** lo siguiente:]*

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mental Health <i>[Salud mental]</i> | <input type="checkbox"/> Xray/MRI/Imaging Report
<i>[Informe de imagen]</i> | <input type="checkbox"/> Operative Reports
<i>[Informes Operativos]</i> |
| <input type="checkbox"/> Lab Work <i>[Trabajo de laboratorio]</i> | <input type="checkbox"/> Office Notes <i>[Notas de la oficina]</i> | <input type="checkbox"/> Other <i>[Otro]:</i> _____ |

I understand that I am entitled to a copy of this Authorization.

Signature *[Firma]*

Date *[Fecha]*

Authorization to Release Medical Records

Information to be disclosed: I authorize the release of the following health information: (check the applicable box below)
Información a revelar: Autorizo la divulgación de la siguiente información de salud: (marque la casilla correspondiente a continuación)

- All of my health information that the provider has in his or her possession, including information relating to any medical history, mental or physical condition and any treatment received by me.
Toda mi información de salud que el proveedor tiene en su poder, incluida la información relacionada con cualquier historial médico, condición mental o física y cualquier tratamiento recibido por mí.
- Only the following records or types of health information *Solo los siguientes registros o tipos de información de salud*
_____.

Redisclosure: I understand that my health care provider cannot guarantee that the recipient will not redisclose my health information to a third party. The third party may not be required to abide by this Authorization or applicable federal and state law governing the use and disclosure of my health information.

Nueva divulgación: entiendo que mi proveedor de atención médica no puede garantizar que el destinatario no volverá a divulgar mi información médica a un tercero. Es posible que no se requiera que el tercero cumpla con esta Autorización o las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi información de salud.

Signature *[Firma]*

Date *[Fecha]*

Patient Name: _____

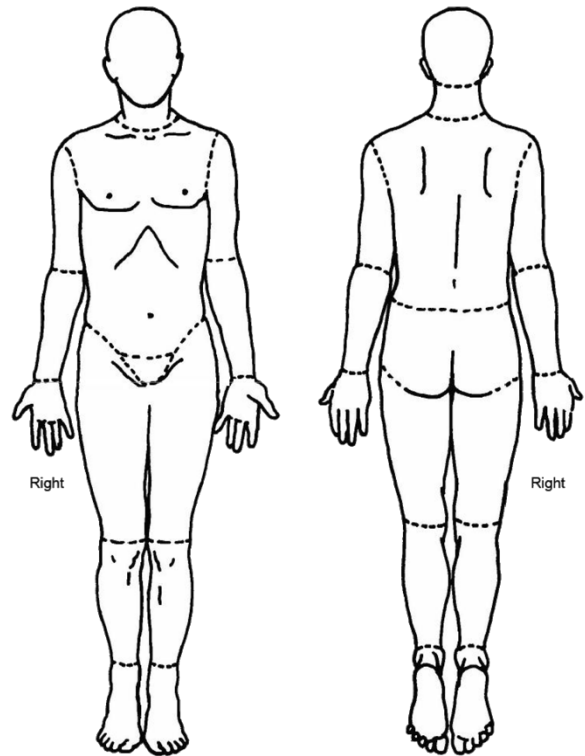
Queja presente

Medico de atencion primaria	Telefono				
Cual es su mayor problema/queja hoy					
Cuando comenzo su problema					
Hubo una lesión específica	Fecha de lesión				
Esta es una lesión relacionada con el trabajo o relacionada con un automóvil					
Que otros proveedores ha visto por este problema					
Marque las palabras que describen su dolor					
<input type="checkbox"/> Dolorido	<input type="checkbox"/> Continuo	<input type="checkbox"/> Roer	<input type="checkbox"/> Ocasional	<input type="checkbox"/> Fuerte	<input type="checkbox"/> Tierno
<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Profundo	<input type="checkbox"/> Miserable	<input type="checkbox"/> Penetrante	<input type="checkbox"/> Punzante	<input type="checkbox"/> Palpitante
<input type="checkbox"/> Calambres	<input type="checkbox"/> Apagado	<input type="checkbox"/> Entumecido	<input type="checkbox"/> Dolorido	<input type="checkbox"/> Punzante	<input type="checkbox"/> Inaguantable
Que hace que tus síntomas se sientan mejor			Que hace que tus síntomas se sientan peor		

Circula el número que describe con precisión tus síntomas/función debido al dolor

0	Sin Dolor
1	Molestia Mínima - Apenas notable. Rara vez incomodo. No limite funcion
2	Leve Incomodidad - Solo noto el dolor si me enfoco en eso. Evito actividad mas rigurosa
3	Dolor Leve - El dolor es molesto pero mayormente lo puedo ignorar. Detiene algunas actividades productivas.
4	Leve a Moderado - Cortos intervalos de función dolorosa. A veces interfiere con las actividades diarias, como haciendo mandados, ejercicio, desempeño laboral, y tareas de la casa.
5	Moderado - El dolor es preocupante y rompela concentración. El dolor siempre esta en mi mente. No puedo realizar tareas normales sin aumento del dolor.
6	Moderado a Severo - El dolor limita significativamente funciones dela vida normal. No me puedo concentrar. Es dificil hacer cualquier cosa sin pensar en el dolor. Casi incapaz de trabajar por el dolor.
7	Grave - No puedo realizar tareas básicas debido al dolor. Llanto frecuente. El dolor es imposible de tolerar por largos periodos. Deje de trabajar debido al dolor.
8	Debilitante - No puedo concentrar en otra cosa que no sea el dolor. Ya no hago ninguna actividad normal debido al dolor. Rara vez salgo de mi cama por el dolor.
9	Deshabilitado - No puedo funcionar o hablar. Gritos incontrolables y llanto por el dolor. Siento que debo ir a la sala de emergencias.
10	Peor Imaginable - Paralizante. Dentro y fuera de la conciencia debido al dolor. Necesito atención médica de emergencia inmediata.

Please mark/circle where you usually feel pain/symptoms.



Patient Name: _____

Medicamentos y Alergias a Drogas

Medicamentos No estoy tomando ninguna medicación		Alergias a drogas. <input type="checkbox"/> No hay alergias de drogas conocidas
<i>Medicamentos</i>	Frecuencia tomada	tiene alergias a algunos de los siguientes <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Betadine <input type="checkbox"/> Mariscos <input type="checkbox"/> Yodo <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Otro _____

Historia Medica Pasada

Sin historia medica pasada

Corazon:

- Fibrilación auricular/arritmia
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Enfermedad de la arteria coronaria
- Trombosis venosa profunda (TVP/coagulo de sangre)
- Ataque al corazón: cuando? _____
- Hipertension (alta presion)
- Enfermedad vascular periférica

Gastrointestinal:

- Ulcera gastrica
- Reflujo
- Colon/Rectal: _____
- Hepatitis
- Síndrome del recipiente irritable
- Cirrosis hepatica

Musculoesqueletico:

- Dolor de espalda crónico
- Chronic Joint Pain: _____
- Dolor articular cronico
- Dolor crónico de cuello
- Fibromialgia
- Gota
- Osteoartritis
- Artritis Reumatoide

Metabolico:

- Diabetes: Tipo I/ Tipo II
- Neuropatia Diabetica
- Colesterol Alto
- Hipertiroidismo (tiroides alta)
- Hipotiroidismo (tiroides baja)
- Obesidad

Neurologico

- Dolores de cabeza crónicos
- Migranas
- Esclerosis Multiple
- Neuropatia Periferica
- enfermedad de Parkinson
- Convulsiones: ultimo ataque? _____
- Derrame cerebral, cuando? _____

Psiquiatrico

- Trastorno de ansiedad
- Desorden Bipolar
- Depresion
- Desorden obsesivo compulsivo
- Esquizofrenia

Respiratorio:

- Asma
- Bronquitis Cronica
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Hipertension Pulmonar
- Alergias Estacionales
- Apnea del sueño

Cancer:

- Indique tipo y tratamiento
- Pecho: Derecho/Izquierdo/ Ambos
- Colon
- Rinon
- Pulmon
- Prostata
- Otro : _____

Infecioso:

- Herpes Simple
- Infección de Herpes
- VIH/SIDA

Otro:

- Enfermedad renal crónica
- Glaucoma
- Piedra de rinon
- Otro: _____

Patient Name: _____

Historia quirúrgica pasada (Incluir fechas)

No hay cirugías previas

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apendectomía _____ | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía _____ |
| <input type="checkbox"/> Cesarea _____ | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas _____ |
| <input type="checkbox"/> Dilatación y Legrado _____ | <input type="checkbox"/> Vasectomía _____ |
| <input type="checkbox"/> Vesícula biliar removida _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de la articulación _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Tiene metal en su cuerpo? _____ Es compatible con MRI (titanio)? _____

Historia familiar y social

Algunas enfermedades en su familia? Sí No Desconocido De ser así, cuáles:

Estado civil Casado Divorciado

Soltero Viudo

Consumo de tabaco Nunca Ex fumador: Cuando dejo de fumar _____

Actual fumador: Paquetes por día, # de años ____ Mascando tabaco

Está embarazada o lactando Sí No

Número de niños _____

Consumo de alcohol Sí No

De ser así, cuanto _____

Uso recreativo de drogas

De ser así, cuales _____

Estado de empleo Tiempo completo Medio tiempo Retirado

Discapacitado Desempleado

Revisión de los sistemas

Marque todo lo que se aplica actualmente

Ningunos de los siguientes se aplica

General:

- Escalofríos
- Fatiga excesiva
- Fiebres
- Aumento de peso involuntario
- Pérdida de peso involuntaria

Ojos:

- Vision borrosa
- Vision doble
- Pérdida de la visión

Orejas/Nariz/Garganta:

- Dolor de oído
- Pérdida de la audición
- Hemorragia nasal
- Zumbido en los oídos
- Dolor de garganta

Cardiovascular:

- Dolor de pecho
- Palpitaciones/ Latidos cardíacos acelerados
- Hinchazón en los pies/piernas

Endocrino:

- Libido disminuido
- Sed excesiva

Respiratorio:

- Tos
- Respiración dificultosa
- Sibilancias
- Uso de oxígeno casero (____)

Gastrointestinal:

- Dolor abdominal
- Heces con sangre
- Estreñimiento
- Disminución de apetito
- Diarrea
- Dificultad para pasar
- Acidez
- Nausea
- Vomitar

Genital/Urinario:

- Sangre en la orina
- Relaciones sexuales dolorosas
- Dolor al orinar
- Genitales inflamados
- Incapaz de orinar
- Incontinencia urinaria

Musculoesqueletico:

- Dolor articular
- Dolor muscular
- Debilidad muscular

Integumento:

- Sarpullido

Neurologico:

- Claustrofobia
- Mareos
- Dolores de cabeza
- Aturdimiento
- Entumecimiento/Estremecimiento
- Desmayos

Hemo/Linfa/Inmune:

- Anemia
- Sangrado excesivo durante cirugía
- Inmunidad deteriorada

Psiquiatrico:

- Ansiedad
- Sentirse triste/deprimido/irritable
- Pesadillas/Escenas retrospectivas
- Alteración del sueño
- Pensamiento/Intentos suicida

Patient Name: _____

Herramienta de riesgo de opioides		
<p><i>Esto es una herramienta de detección que es administrada por cada paciente en una visita inicial. La ley estatal requiere detección de riesgo de opioides antes de prescribir opioides. Nosotros revisamos a todos los pacientes sin importar si medicamentos son prescritos.</i></p>		
<i>Marque cada casilla que corresponda</i>	Soy mujer	Soy hombre
1. <i>Alguien en mi familia cercana abusa:</i>		
<i>Alcohol</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3
<i>Drogas ilegales</i>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<i>Medicamentos con receta</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
2. <i>Yo tengo una historia de abuso a sustancias:</i>		
<i>Alcohol</i>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
<i>Drogas ilegales</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
<i>Medicamentos con receta</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
3. <i>Estoy entre 16-45 años de edad</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
4. <i>Historia de abuso sexual preadolescente:</i>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
5. <i>Yo tengo historia de enfermedad psicológica:</i>		
<i>Desorden de deficit de atencion, Bipolar, Esquizofrenia</i>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<i>Depresion</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Sume los puntos		