



AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Developed for Texas Health & Safety Code § 181.154(d)
effective June 2013

Please read this entire form before signing and complete all the sections that apply to your decisions relating to the disclosure of protected health information. Covered entities as that term is defined by HIPAA and Texas Health & Safety Code § 181.001 must obtain a signed authorization from the individual or the individual's legally authorized representative to electronically disclose that individual's protected health information. Authorization is not required for disclosures related to treatment, payment, health care operations, performing certain insurance functions, or as may be otherwise authorized by law. **Covered entities may use this form or any other form that complies with HIPAA, the Texas Medical Privacy Act, and other applicable laws.** Individuals cannot be denied treatment based on a failure to sign this authorization form, and a refusal to sign this form will not affect the payment, enrollment, or eligibility for benefits.

NAME OF PATIENT OR INDIVIDUAL

Last _____ First _____ Middle _____

OTHER NAME(S) USED _____

DATE OF BIRTH Month _____ Day _____ Year _____

ADDRESS _____

CITY _____ STATE _____ ZIP _____

PHONE (____) _____ ALT. PHONE (____) _____

EMAIL ADDRESS (Optional): _____

I AUTHORIZE THE FOLLOWING TO DISCLOSE THE INDIVIDUAL'S PROTECTED HEALTH INFORMATION:

Person/Organization Name _____
Address _____
City _____ State _____ Zip Code _____
Phone (____) _____ Fax (____) _____

WHO CAN RECEIVE AND USE THE HEALTH INFORMATION?

Person/Organization Name _____
Address _____
City _____ State _____ Zip Code _____
Phone (____) _____ Fax (____) _____

REASON FOR DISCLOSURE (Choose only one option below)

- Treatment/Continuing Medical Care
- Personal Use
- Billing or Claims
- Insurance
- Legal Purposes
- Disability Determination
- School
- Employment
- Other _____

WHAT INFORMATION CAN BE DISCLOSED? Complete the following by indicating those items that you want disclosed. The signature of a minor patient is required for the release of some of these items. If all health information is to be released, then check only the first box.

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> All health information | <input type="checkbox"/> History/Physical Exam | <input type="checkbox"/> Past/Present Medications | <input type="checkbox"/> Lab Results |
| <input type="checkbox"/> Physician's Orders | <input type="checkbox"/> Patient Allergies | <input type="checkbox"/> Operation Reports | <input type="checkbox"/> Consultation Reports |
| <input type="checkbox"/> Progress Notes | <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Diagnostic Test Reports | <input type="checkbox"/> EKG/Cardiology Reports |
| <input type="checkbox"/> Pathology Reports | <input type="checkbox"/> Billing Information | <input type="checkbox"/> Radiology Reports & Images | <input type="checkbox"/> Other _____ |

Your initials are required to release the following information:

_____ Mental Health Records (excluding psychotherapy notes) _____ Genetic Information (including Genetic Test Results)
_____ Drug, Alcohol, or Substance Abuse Records _____ HIV/AIDS Test Results/Treatment

EFFECTIVE TIME PERIOD. This authorization is valid until the earlier of the occurrence of the death of the individual; the individual reaching the age of majority; or permission is withdrawn; or the following specific date (optional): Month _____ Day _____ Year _____

RIGHT TO REVOKE: I understand that I can withdraw my permission at any time by giving written notice stating my intent to revoke this authorization to the person or organization named under "WHO CAN RECEIVE AND USE THE HEALTH INFORMATION." I understand that prior actions taken in reliance on this authorization by entities that had permission to access my health information will not be affected.

SIGNATURE AUTHORIZATION: I have read this form and agree to the uses and disclosures of the information as described. I understand that refusing to sign this form does not stop disclosure of health information that has occurred prior to revocation or that is otherwise permitted by law without my specific authorization or permission, including disclosures to covered entities as provided by Texas Health & Safety Code § 181.154(c) and/or 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). I understand that information disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state privacy laws.

SIGNATURE X _____
Signature of Individual or Individual's Legally Authorized Representative DATE

Printed Name of Legally Authorized Representative (if applicable): _____
If representative, specify relationship to the individual: Parent of minor Guardian Other _____

A minor individual's signature is required for the release of certain types of information, including for example, the release of information related to certain types of reproductive care, sexually transmitted diseases, and drug, alcohol or substance abuse, and mental health treatment (See, e.g., Tex. Fam. Code § 32.003).

SIGNATURE X _____
Signature of Minor Individual DATE

IMPORTANT INFORMATION ABOUT THE AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Developed for Texas Health & Safety Code § 181.154(d)
effective June 2013

The Attorney General of Texas has adopted a standard Authorization to Disclose Protected Health Information in accordance with Texas Health & Safety Code § 181.154(d). This form is intended for use in complying with the requirements of the Health Insurance Portability and Accountability Act and Privacy Standards (HIPAA) and the Texas Medical Privacy Act (Texas Health & Safety Code, Chapter 181). **Covered Entities may use this form or any other form that complies with HIPAA, the Texas Medical Privacy Act, and other applicable laws.**

Covered entities, as that term is defined by HIPAA and Texas Health & Safety Code § 181.001, must obtain a signed authorization from the individual or the individual's legally authorized representative to electronically disclose that individual's protected health information. Authorization is not required for disclosures related to treatment, payment, health care operations, performing certain insurance functions, or as may be otherwise authorized by law. (Tex. Health & Safety Code §§ 181.154(b),(c), § 241.153; 45 C.F.R. §§ 164.502(a)(1); 164.506, and 164.508).

The authorization provided by use of the form means that the organization, entity or person authorized can disclose, communicate, or send the named individual's protected health information to the organization, entity or person identified on the form, including through the use of any electronic means.

Definitions - In the form, the terms "treatment," "healthcare operations," "psychotherapy notes," and "protected health information" are as defined in HIPAA (45 CFR 164.501). "Legally authorized representative" as used in the form includes any person authorized to act on behalf of another individual. (Tex. Occ. Code § 151.002(6); Tex. Health & Safety Code §§ 166.164, 241.151; and Tex. Probate Code § 3(aa)).

Health Information to be Released - If "All Health Information" is selected for release, health information includes, but is not limited to, all records and other information regarding health history, treatment, hospitalization, tests, and outpatient care, and also educational records that may contain health information. As indicated on the form, specific authorization is required for the release of information about certain sensitive conditions, including:

- Mental health records (excluding "psychotherapy notes" as defined in HIPAA at 45 CFR 164.501).
- Drug, alcohol, or substance abuse records.
- Records or tests relating to HIV/AIDS.
- Genetic (inherited) diseases or tests (except as may be prohibited by 45 C.F.R. § 164.502).

Note on Release of Health Records - This form is not required for the permissible disclosure of an individual's protected health information to the individual or the individual's legally authorized representative. (45 C.F.R. §§ 164.502(a)(1)(i), 164.524; Tex. Health & Safety Code § 181.102). If requesting a copy of the individual's health records with this form, state and federal law allows such access, unless such access is determined by the physician or mental health provider to be harmful to the individual's physical, mental or emotional health. (Tex. Health & Safety Code §§ 181.102, 611.0045(b); Tex. Occ. Code § 159.006(a); 45 C.F.R. § 164.502(a)(1)). If a healthcare provider is specified in the "Who Can Receive and Use The Health Information" section of this form, then permission to receive protected health information also includes physicians, other health care providers (such as nurses and medical staff) who are involved in the individual's medical care at that entity's facility or that person's office, and health care providers who are covering or on call for the specified person or organization, and staff members or agents (such as business associates or qualified services organizations) who carry out activities and purposes permitted by law for that specified covered entity or person. If a covered entity other than a healthcare provider is specified, then permission to receive protected health information also includes that organization's staff or agents and subcontractors who carry out activities and purposes permitted by this form for that organization. Individuals may be entitled to restrict certain disclosures of protected health information related to services paid for in full by the individual (45 C.F.R. § 164.522(a)(1)(vi)).

Authorizations for Sale or Marketing Purposes - If this authorization is being made for sale or marketing purposes and the covered entity will receive direct or indirect remuneration from a third party in connection with the use or disclosure of the individual's information for marketing, the authorization must clearly indicate to the individual that such remuneration is involved. (Tex. Health & Safety Code §§ 181.152, .153; 45 C.F.R. § 164.508(a)(3), (4)).

Limitations of this form - This authorization form shall not be used for the disclosure of any health information as it relates to: (1) health benefits plan enrollment and/or related enrollment determinations (45 C.F.R. § 164.508(b)(4)(ii), .508(c)(2)(ii)); (2) psychotherapy notes (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(ii); or for research purposes (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(i)).

Use of this form does not exempt any entity from compliance with applicable federal or state laws or regulations regarding access, use or disclosure of health information or other sensitive personal information (e.g., 42 CFR Part 2, restricting use of information pertaining to drug/alcohol abuse and treatment), and does not entitle an entity or its employees, agents or assigns to any limitation of liability for acts or omissions in connection with the access, use, or disclosure of health information obtained through use of the form.

Charges - Some covered entities may charge a retrieval/processing fee and for copies of medical records. (Tex. Health & Safety Code § 241.154).

Right to Receive Copy - The individual and/or the individual's legally authorized representative has a right to receive a copy of this authorization.



Alan Silberberg, MD
Timothy Bednar, MD
Kristin Jarzombek, MD
Jonathan Julia, MD

*Board certified by the American Board of
Anesthesiology in Pain Medicine and Anesthesiology*

Estimado paciente,

¡Bienvenido a Greater Austin Pain Center! Estamos dedicados a brindar atención compasiva y ayudarle controlar sus síntomas de dolor crónicos o actuales. Haremos todo lo posible para garantizar que su experiencia con Greater Austin Pain Center sea lo más placentera posible.

Para brindarle un mejor servicio, completa la información provista antes de su cita.

Tenga en cuenta que si no se completa toda la información requerida y está con usted a la hora programada de su cita, su visita puede reprogramarse.

Antes de su cita, envíe:

- Registros médicos de su atención primaria y / o médico de referencia
- Remisiones o autorizaciones previas requeridas por su compañía de seguros.

Qué llevar con usted a su primera cita:

- Formularios para pacientes nuevos (espere 45 minutos para completarlos)
- Tarjeta (s) de seguro médico
- Identificación con foto emitida por el estado o el gobierno (ejemplo: licencia de conducir)
- Informes y / o películas de imágenes relevantes
- Pago por visita: El pago de los servicios se espera al momento del servicio (copago, coseguro, pago propio). Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito.

* Tenga en cuenta que los medicamentos no se prescribirán sin una forma válida de identificación. Si paga de su bolsillo (no bajo seguro), las únicas formas aceptables de pago son efectivo o tarjeta de crédito.

No dude en contactarnos si tiene alguna pregunta al **(512) 298-1645**. Gracias por elegir Greater Austin Pain Center.

T: 512.298.1645 ◆ F: 512.298.1795

Oficina de Kyle: 4210 Benner Rd. Kyle TX 78640

Oficina de Austin: 5920 W William Cannon Dr. Bldg 6 Ste 150 Austin TX 78749

Oficina de Dripping Springs: 170 Benney Ln. Ste 203 Dripping Springs TX 78620

PÓLIZA FINANCIERA

Gracias por elegir Greater Austin Pain Center como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso y creemos que parte de una buena práctica de atención médica es establecer y comunicar una política financiera a nuestros pacientes. Lea y firme nuestra política financiera antes de su tratamiento y avísenos si tiene alguna pregunta.

El pago se espera en el momento de su visita. El paciente es responsable de todos los cantidad de copago, cantidad de coseguro, cantidad de deducibles aplicables o cargos no cubiertos de su compañía de seguros. Si nuestra oficina no puede verificar los beneficios del seguro, el pago se debe en su totalidad antes de que se presten los servicios. Tenga en cuenta que algunos, y tal vez todos, los servicios brindados pueden ser servicios no cubiertos bajo su plan y pueden convertirse en su responsabilidad independientemente de su cobertura de seguro. Es posible que lo refiere a un proveedor, especialista y/o centro que esté fuera de los beneficios con su plan de segura. Greater Austin Pain Center hace todo lo posible para verificar los beneficios como cortesía, el paciente es responsable de determinar y verificar el estado de los beneficios con el proveedor de servicios.

Si su compañía de seguros le envía el pago directamente a usted, el pago total se debe realizar en cada visita. Si está esperando que la cobertura entre en vigencia o no tiene cobertura de seguro médico, se esperará el pago total al momento del servicio. Para su comodidad, aceptamos pagos en efectivo, cheques y tarjeta de crédito. No aceptamos asignaciones de terceros ni reconocemos ni hacemos cumplir los términos de los decretos de divorcio.

Si su cobertura de seguro cambia, notifique a la oficina lo antes posible para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus máximos beneficios. Si no se proporciona información de seguro completa y precisa, puede resultar en la responsabilidad total del paciente por los servicios prestados.

En caso de que se produzca un sobrepago en la cantidad de deducibles o de porcentaje cobrados, aplicaremos un crédito a su cuenta. Un reembolso está disponible al pedido.

En el caso de un cheque devuelto, se aplicará un cargo por servicio de \$30.00 a la cuenta del paciente además de la cantidad del cheque. Los fondos insuficientes (NSF) más la cantidad del cheque deben canjearse con fondos certificados (cheque de caja, tarjeta de crédito, giro postal, cheque certificado, efectivo) en la fecha del servicio siguiente o antes. La suspensión de pagos constituye un incumplimiento de pago y está sujeta a la tarifa de servicio de \$30.00. Tenga en cuenta que si se envía un saldo impago a una agencia de cobranzas externa, estará sujeto a un cargo adicional al saldo impago. Greater Austin Pain Center está autorizado a divulgar cualquier información requerida para asegurar el pago o como evidencia de servicios prestados a organizaciones de terceros, incluidas, entre otras, compañías de seguros, bancos y acreedores.

En consideración a otros pacientes, comuníquese con nuestra oficina lo antes posible si necesita cancelar o reprogramar su cita. Asegúrese de cancelar al menos con 24 horas de anticipación para evitar cargos por cancelación o no presentación: \$25.00 por una visita programada al consultorio, \$100.00 por un procedimiento programado. Las cancelaciones frecuentes y/o FALLA DE ATENDER SU CITA pueden resultar en la liberación de la práctica.

Requerimos que un adulto (padre o tutor legal) acompañe a un paciente menor a menos que se otorgue una autorización previa por escrito a nuestra oficina. El adulto que acompaña al paciente menor debe pagar de acuerdo con nuestras políticas. En el caso de padres divorciados del paciente menor, nos comunicaremos sobre el tratamiento y el pago con el padre que firma la documentación del registro del nuevo paciente. Los padres son responsables entre ellos de comunicarse entre sí sobre el tratamiento y los problemas de pago.

Entiendo que, personalmente, soy financieramente responsable de Greater Austin Pain Center por los cargos no cubiertos por la asignación de los beneficios del seguro. He leído y entiendo la política financiera anterior y aceptó estar obligado y cumplir con los términos de la póliza.

AVISO A LOS PACIENTES: Alan D. Silberberg, MD, directa o indirectamente, posee participaciones minoritarias en una o más de las siguientes empresas y puede recibir, directa o indirectamente, una remuneración por los servicios prestados a los pacientes por estas empresas: Legent Austin Surgery Center y NDC Pharmacy.

Nombre del Paciente Impreso: _____ Nombre del Tutor Legal: _____

Firma del Paciente (o Garante, si corresponde): _____ Fecha: _____



REGISTRO DEL PACIENTE

Información Personal

Nombre (*nombre, segundo nombre, apellido*): _____ Fecha de Nacimiento: _____

M / F SSN: _____

Dirección de Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Correo Electrónico: _____

Estado Civil: Soltero Casado Viudo (a) Nombre de otro Significativo: _____

Raza: Hispano Asiático Caucásico Afroamericano Nativo americano Nativo de Alaska Otra

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino Otro

Médico de Atención Primaria: _____ Médico de Referencia: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____ Celular/Casa/Trabajo

Responsable (si procede)

Nombre del Suscriptor: _____ Relación con el Paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Información de Seguros

Favor de traer su identificación oficial con fotografía y una tarjeta de seguro a su visita.

Compañía de Seguros Primaria: _____ Número de Identificación de Miembro: _____

Dirección: _____ Grupo #: _____

**Si la información del asegurado es la misma que la del paciente, puede dejarla en blanco*

Nombre del Asegurado: _____ Relación con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ M/F

Empleador del Asegurado: _____ SSN del asegurado: _____ Número de teléfono: _____

Compañía de Seguros Secundaria: _____ Número de Identificación del Miembro: _____

Dirección: _____ Grupo #: _____

**Si la información del asegurado es la misma que la del paciente, puede dejarlo en blanco*

Nombre del Asegurado: _____ Relación con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ M/F

Empleador del Asegurado: _____ SSN del Asegurado: _____ Número de Teléfono: _____



¿La visita de hoy se debe a una lesión relacionada con el trabajo? Sí No

¿Ha notificado a su departamento de personal? Sí No

¿Qué lesión sufrió? _____ Fecha de la lesión: _____

¿Su dolor es el resultado de un accidente automovilístico o lesión personal? Sí No Fecha del accidente: _____

Información de la farmacia

Por favor proporcione **UNA** farmacia para la cual todos sus medicamentos serán recetados o llamados.

Farmacia Preferida: _____ Número de Teléfono de la Farmacia: _____

Dirección de la farmacia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nos gustaría acceder a sus registros de farmacia e información del formulario de medicamentos a través de una base de datos de terceros. Este servicio proporciona información precisa de prescripción del Greater Austin Pain Center de otros médicos que prescriben y permitirá que nuestro sistema verifique que medicamentos están en su formulario de medicamentos.

Autorizo a Greater Austin Pain Center a acceder a mi historial de recetas a través de mi farmacia, administrador de beneficios de farmacia y / o Surescripts.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Autorización de asignación de beneficios de mi compañía de seguros privada

Yo autorizo al Greater Austin Pain Center a presentar reclamos con mi compañía de seguros y recibir el pago de mi atención médica y / o procedimientos. **También entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por mi seguro por los servicios prestados en mi nombre o mis beneficios.** Además autorizo el pago directamente al Greater Austin Pain Center de todos los beneficios de seguro relacionados con mi atención. Greater Austin Pain Center tiene mi permiso para divulgar cualquier información requerida (incluida, entre otras, información sobre afecciones psiquiátricas, abuso de alcohol y drogas y VIH o enfermedades transmisibles) para garantizar el pago de los beneficios. **Entiendo que soy responsable de cualquier copago o coseguro, más cualquier cantidad de deducible aplicable, que se deba al momento de todas y cada una de las visitas al consultorio y / o procedimientos.** En el caso de que elija continuar utilizando mis beneficios de atención médica para los servicios que se me prestaron por las lesiones que sufrí como resultado de un accidente automovilístico, por la presente acepto notificar a mi compañía de seguros para informarles sobre el accidente automovilístico estuvo involucrado en **Subrogación**. El proceso de subrogación para recuperar los pagos realizados al Greater Austin Pain Center por los costos incurridos por los servicios prestados, incluidos exámenes, tratamientos, informes, de posición y testimonio en juicio; se manejará entre mi compañía de seguros de salud y la parte culpable (o mi compañía de seguros de automóviles). Si elijo ser tratado bajo los beneficios de mi plan de seguro médico, entiendo y acepto que soy responsable del pago al Greater Austin Pain Center por cualquier copago, deducible y coseguro bajo el contrato estándar directo entre mi compañía de seguros y Greater Austin Pain Center, o el cantidad de la tarifa no cubierta asignado a mi responsabilidad por mi compañía de seguros. **Autorizo el uso de esta firma en todos los envíos de seguros.**

Firma del Paciente (o garante, en su caso): _____ Fecha: _____

Firma Testigo: _____ Fecha: _____

Autorización de Medicare

Solicitud que el pago de mis beneficios de Medicare hacerse Greater Austin Pain Center en mi nombre por cualquiera de los servicios proporcionados por Greater Austin Pain Center o bajo su dirección. Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. En los casos asignados por Medicare, el médico acepta aceptar la determinación del cargo del proveedor de Medicare como el cargo completo y el paciente es responsable sólo de la determinación del cargo del proveedor de Medicare.

Firma del paciente (o garante, si corresponde): _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____



DESCRIPCIÓN DEL DOLOR

¿Actualmente han visto a un especialista en dolor en los últimos 3 años? Sí No

Nombre del proveedor de manejo del dolor: _____

Dirección: _____ Teléfono del Proveedor: _____

1. ¿Dónde es la locación de su peor dolor? _____

Si alguno, por favor incluya otras áreas del cuerpo a donde tiene dolor? _____

Por favor marque la palabra(s) que mejor describen su dolor:

- Dolor
- Dolor Sordo
- Constante
- Dolor Adormecedor
- Frialdad
- Ardor
- Afilado
- Dolor Punzante
- Apuñalamiento
- Hormigueo
- Calambres
- Radiación

2. ¿Cuándo comenzó su dolor? _____

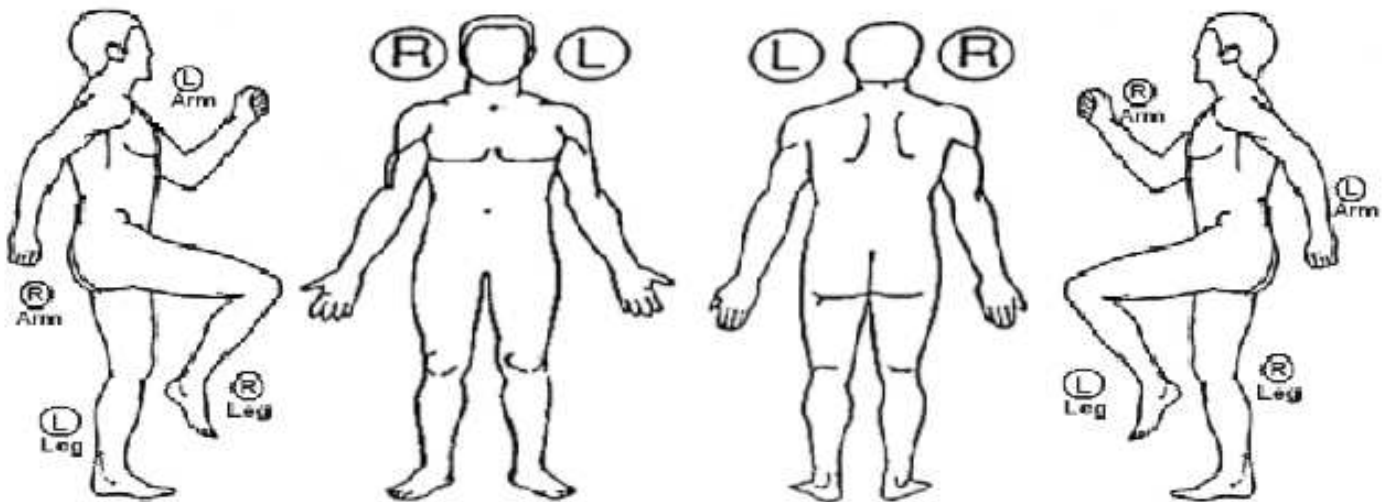
Mi dolor es el resultado de un: accidente enfermedad Otro/No estoy seguro

a. Describa su enfermedad o accidente: _____

b. En caso de accidente, ¿hay litigios involucrados? Sí No

Por favor explique: _____

3. Indique las ubicaciones de su dolor en los diagramas a continuación, sombreando las áreas.



4. ¿Qué empeora su dolor (es decir, calor, frío, estar sentado, de pie, etc.)? _____

¿Qué mejora su dolor (es decir, calor, frío, estar sentado, de pie, etc.)? _____

5. Califique su nivel actual de dolor en una escala de 0 (sin dolor) a 10 (peor dolor). _____

HISTORIA MÉDICA

¿Alguna vez le han diagnosticado lo siguiente? Marque todo lo que corresponda.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> AIDS (SIDA) | <input type="checkbox"/> hipotiroidismo (tiroides baja) | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C / D |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Cáncer, específica: _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> HIV (VIH) positivo | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Enfermedad Vascular Periférica |
| <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide | | <input type="checkbox"/> Shingles (Herpes Zoster) | <input type="checkbox"/> Stroke o TIA |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | | <input type="checkbox"/> Enfisema | |

Historial Médico Familiar

Indique cualquier miembro de la familia que pueda tener o padezca alguna afección médica o psiquiátrica.

- a. Miembro específico de la familia: _____ Condición: _____
- b. Miembro específico de la familia: _____ Condición: _____
- c. Miembro específico de la familia: _____ Condición: _____

MEDICAMENTOS

Por favor enumere los recetados medicamentos que está tomando.

Nombre del (de los) medicamento (s)	Dosis (mg)	Frecuencia

Indique los medicamentos sin receta, vitaminas o suplementos herbales que esté tomando.

Nombre del (de los) medicamento (s)	Dosis (mg)	Frecuencia

6. ¿Sus medicamentos para el dolor proporcionan alivio? Sí No No tomo medicamentos controlados
 En caso afirmativo, ¿cuánto alivio recibe en una escala de 0 (sin dolor) a 10 (peor dolor)? _____

7. ¿Sus medicamentos para el dolor mejoran su función? Sí No No tomo medicamentos controlados
 En caso afirmativo, ¿cuánta mejora en la función recibe en una escala de 0 (sin dolor) a 10 (peor dolor)? _____

8. Verifique cualquier efecto secundario causado por sus medicamentos controlados.

- | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Malestar estomacal | <input type="checkbox"/> Sedación | <input type="checkbox"/> Sarpullido |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Reflujo ácido | <input type="checkbox"/> Picazón | <input type="checkbox"/> Sin efectos secundarios | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Historial de medicamentos para el dolor

9. Marque todos los medicamentos que ha probado en el pasado:

Opioides

- Fentanyl** (Actiq, Fentora, Duragesic)
- Morphine** (Avinza, kadian, Embeda, MS Contin)
- Oxycodone** (Oxycontin, Percocet)
- Propoxyphene** (Darvocet, Darvon)
- Demerol**
- Oxymorphone** (Opana, Opana ER)
- Hydromorphone** (Dilaudid, Exalgo)
- Buprenorphine** (Suboxone, Subutex, Butrans patch)
- Hydrocodone** (Lortab, Norco, Vicodin, Vicoprofen)
- Methadone**
- Tapentadol** (Nucynta)
- Codeine**
- Tramadol** (Ultram ER, Ultram)

Relajantes Musculares

- Baclofen**
- Methocarbamol** (Robaxin)
- Carisoprodol** (Soma)
- Cyclobenzaprine** (Flexeril, Amrix)
- Metaxalone** (Skelaxin)
- Tizanidine** (Zanaflex)
- Otro:** _____

Anti-inflamatorios y Tylenol

- Diclofenac** (Arthrotec, Voltaren, Voltaren Gel)
- Oxaprozin** (Daypro)
- Meloxicam** (Mobic)
- Nabumetone** (Relafen)
- Aspirin**
- Indomethacin** (Indocin)
- Ibuprofen** (Motrin, Advil)
- Acetaminophen** (Tylenol)
- Celecoxib** (Celebrex)
- Etodolac** (Lodine)
- Naproxen** (Naprosyn)
- Otro:** _____

Antidepresivos

- Cymbalta**
- Nortriptyline** (Pamelor)
- Amitriptyline** (Elavil)

Otro

- Lyrice**
- Gabapentin** (Neurontin)
- Topamax**
- Lidoderm Patch**
- Frova**
- Otro:** _____

ALERGIAS

Por favor, enumere los medicamentos y sus reacciones adversas. Incluya alergias látex y/o cinta quirúrgica, si la hay.

Alergias	Reacción

HOSPITALIZACIONES Y CIRUGÍAS

¿Actualmente tiene un ICD, marcapasos o desfibrilador implantado? Sí No

Indique las cirugías y/o hospitalizaciones que haya sufrido.

Cirugía / Procedimiento	Representación Médico	Fecha

Tratamiento del dolor Historial:

Enumere las pruebas de diagnóstico que recibió. Indique la fecha aproximada y el lugar en el que se realizó la prueba.

Prueba diagnóstica	Parte del cuerpo	Fecha	Locación
X-ray			
Resonancia Magnética			
Tomografía Computarizada			
EMG / Estudio de Conducción Nerviosa			
Imagen de Mielograma			

Indique la cantidad de alivio y la fecha aproximada de los siguientes tratamientos (si corresponde):

Tratamiento	Sin Alivio	Moderado Alivio	Excelente Alivio	Fecha
Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terapia de Inyección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bloqueo Nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terapia Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atención Quiropráctica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acupuntura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unidad TENS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ESTILO DE VIDA

10. ¿Cuál es su estado laboral actual? Empleado Jubilado Discapacitado Desempleado
11. ¿Es su estado laboral actual debido a su condición de dolor? Sí No
12. ¿Fumas? Sí No
 a. En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes fuma al día? _____
 b. ¿Cuánto tiempo has fumado? ¿Cuántos años?: _____
13. ¿Usas alcohol? Sí No En caso afirmativo, ¿Con qué frecuencia? _____
14. ¿Alguna vez ha tenido un problema con los medicamentos recetados (e.g., mal uso, abuso, adicción, etc.)?
 Sí, actualmente Sí, en el pasado No, nunca
15. ¿Alguna vez has usado alguna droga? (e.g., cocaína, marihuana, drogas intravenosas, etc.)?
 Sí, actualmente Sí, en el pasado No, nunca En caso afirmativo, ¿qué droga(s)? _____
16. ¿Alguna vez ha sido tratado por adicción o alcoholismo? Sí No
17. ¿Estás embarazada? Sí No

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

18. ¿Alguna vez ha recibido tratamientos/evaluaciones de trabajo psiquiátrico, psicológico o social para algún diagnóstico/problema, incluido su dolor actual? Sí No
 a. En caso afirmativo, ¿para qué diagnóstico o problema fue tratado? _____
19. ¿Alguna vez has considerado / planeado / intentado suicidarte? Sí No

REVISIÓN DE SISTEMAS

Indicar si actualmente tiene o ha tenido los siguientes:

General:

- No planificado reciente aumento de peso/
Pérdida de peso de 10 libras o más

cardiovascular:

- Válvula Artificial del Corazón
- Enfermedad del Corazón
- Soplo Cardíaco
- Ataque al Corazón o MI
- Cirugía de Corazón (CABG, Cateterismo del Corazón, etc.)
- Alta Presión Sanguínea:
Hipertensión
- Marcapasos
- Tobillos Hinchados

Endocrino:

- Diabetes
- Síndrome de Ovario Poliquístico
- Trastornos de la Tiroides
- Hirsutism: Cabello Excesivo

Gastrointestinal:

- Problemas de Hígado
- Úlceras
- Reflujo-GERD

Hematología:

- Sangrado Anormal
- Fácilmente Abollado
- Anemia
- Enfermedades de la Sangre
- Transfusión de la Sangre
- Hemofilia
- Enfermedad de Célula Falciforme
- Venas Varicosas o Venas de Araña

Infecciones:

- Fiebre Reumática
- Hepatitis A/B/C
- HIV (VIH) positivo
- AIDS (SIDA)
- Shingles (Hérpes Zóster)

musculoesqueléticas:

- Artritis (Artritis Reumatoide/Osteoartritis)
 - Articulaciones Artificiales (cadera, rodilla, etc.)
 - Problemas de Espalda Crónicos
- En caso afirmativo, ¿se sometió a una cirugía?

¿Cuándo fue la cirugía?

Neurológico:

- Epilepsia/Convulsiones
- Desmayo/Mareos
- Dolores de Cabeza Frecuentes
- Stroke o TIA
- Otros Desórdenes Neurológicos

Oncología:

- Cáncer
- Quimioterapia
- Terapia de Radiación

Respiratoria:

- Asma
- Tos crónica
- Respiración Dificultosa
- Enfisema
- Tuberculosis

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA TRATAR

Por la presente doy mi consentimiento a **Greater Austin Pain Center** y los autorizo a proporcionar mi tratamiento médico. Entiendo que tengo el derecho de discutir mi(s) condición(es), cualquier riesgo previsible y los métodos de tratamiento para mi(s) condición(es) con mi médico antes de proporcionar el tratamiento. Autorizo a **Greater Austin Pain Center** a realizar cualquier tratamiento adicional o diferente que se considere necesario, si en una situación de emergencia, se descubre una afección que no se conocía previamente. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de la(s) prueba(s) o procedimiento(s).

En este momento, no se ha discutido ni recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener mi permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento adecuado para cualquier condición identificada.

Solicito voluntariamente a un médico y/o proveedor de nivel medio (practicante de enfermería o asistente médico), y otros proveedores de atención médica o personas designadas, según se considere necesario, para realizar exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios para la afección que me ha causado para buscar atención en esta práctica. Afirmo que he leído, y todas mis preguntas han con atención y comprender plenamente el contenido de este *consentimiento del paciente para tratar*, formade y sido contestadas adecuadamente.

Solo para pacientes de sexo femenino, por favor iniciales por debajo de:
_____ A lo mejor de mi conocimiento no estoy embarazada, y si soy o si queda embarazada, es mi responsabilidad de **informar al proveedor de nivel médico/mediados de inmediato**.
_____ Entiendo que en este momento, no se han realizado suficientes estudios sobre el uso de opioides/narcóticos con la expectativa de que las madres sean consideradas seguras. Con pleno conocimiento de esto, mantendré inofensivo al Greater Austin Pain Center, sus instalaciones y a sus empleados por lesiones graves o la muerte del embrión/feto/bebé.

Nombre del paciente: _____

Nombre del tutor legal: _____ Relación al Paciente: _____

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre del testigo: _____

Testigo Firma del: _____ Fecha: _____

T: 512.298.1645 ♦ F: 512.298.1795

ACUERDO DE MEDICAMENTOS

El siguiente esquema es un contrato de medicamentos entre _____ (nombre del paciente) y Greater Austin Pain Center con respecto al uso de sustancias controladas. Los ejemplos de sustancias controladas incluyen Xanax, Ritalin, hidrocodona, oxicodona y morfina. Las sustancias controladas pueden no aliviar completamente los síntomas del dolor. Si los médicos del Greater Austin Pain Center sienten que no está respondiendo a la terapia mostrando una mejora sustancial en la función, sus medicamentos se reducirán gradualmente. Lea e inicialice cada declaración:

_____ Existen riesgos asociados con la terapia crónica con sustancias controladas, que incluyen, entre otros, estreñimiento, picazón, adicción, dependencia física, disfunción sexual, náuseas, vómitos y somnolencia.

_____ La terapia con sustancias controladas puede tener efectos sedantes o cognitivos e interferir con su capacidad para concentrarse o pensar con claridad. Greater Austin Pain Center recomienda que **TODOS** los pacientes que toman medicamentos de sustancias controladas crónicas no participen en la operación de vehículos motorizados o maquinaria. Si el paciente elige participar en estas actividades, Greater Austin Pain Center no tiene responsabilidad por el resultado de tales eventos.

_____ El paciente usará solo una farmacia y nos notificará con el nombre de la farmacia elegida.

_____ **NO** puedes usar alcohol o otras sustancias no recetadas que alteren la mente cuando usando sustancias controladas.

_____ Tome sus medicamentos **SOLO** según lo prescrito. Tomar medicamentos en cantidades no recetadas puede provocar coma y / o muerte. Si hay cambios en su dolor, llame y hable con nuestro personal de oficina para programar una visita al consultorio para una evaluación. No se permite auto aumentar su medicación.

_____ Las pruebas de detección de drogas en orina (UDS) no anunciadas sucederán durante el curso del tratamiento y se espera que usted cumpla. Los resultados positivos de las drogas ilícitas y el consumo excesivo de alcohol o los resultados negativos de la droga recetada pueden dar lugar a la finalización de la clínica.

_____ Nuestra clínica debe ser notificada **CINCO DÍAS LABORALES** antes de una fecha de recarga anticipada.

_____ Los medicamentos perdidos o robados no serán reemplazados por **NINGUNA RAZÓN**. Además, las recargas no se darán por ningún motivo después del horario de atención o los fines de semana. Las recargas anticipadas solo se administrarán si el médico lo autoriza o si se cambia una dosis.

_____ Los pacientes no buscarán analgésicos opioides de ningún otro médico o salud proveedor de atención (por ejemplo, dental) para el tratamiento de su afección crónica. Esta política de ninguna manera evita que un paciente busque atención aguda para problemas agudos.

_____ Puede suspender el tratamiento con cualquier sustancia controlada si usted:

- Vende, abusa, adelanta o usa indebidamente su medicamento.
- Desarrolla efectos secundarios significativos.
- Obtenga medicamentos para el dolor de otras fuentes.
- Obtenga resultados de análisis de drogas en orina que sean inconsistentes con su historial
- Experimente un empeoramiento de sus afecciones médicas o psicológicas, no recibe un control significativo del dolor o no puede aumentar/mantener su nivel de actividad y/o función

_____ Si viene a una visita temprana al consultorio, deberá llevar todos los medicamentos de sustancias controladas no utilizados a su cita.

Afirmo que he leído, entendido y acepto los términos de este acuerdo, y que tengo pleno derecho y poder para firmar y estar obligado por el acuerdo.

Firma del Paciente (o Garante, si corresponde): _____ Fecha: _____

Representante del Greater Austin Pain Center: _____ Fecha: _____

**RECONOCIMIENTO DE LA REVISIÓN DEL
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Permiso de contacto

En caso de que Greater Austin Pain Center necesite comunicarse con usted sobre su atención médica pero no puede comunicarse con usted directamente, nos gustaría saber si desea que intentemos alguno de los siguientes Alternativas comúnmente solicitadas. Tenga en cuenta que este mensaje podría incluir información sobre sus medicamentos, resultados de pruebas, cobertura de seguro, cobro de pagos u otra información personal sobre su cuenta con nosotros.

Si no puede contactarme directamente, yo, _____, autorizo a Greater Austin Pain Center a:
(Nombre en letra de imprenta)

- Dejar un mensaje de correo de voz en este número de teléfono: _____
- Hable o deje un mensaje con los miembros de la familia / amigos que figuran a continuación

Contacto de emergencia: _____ Relación con el paciente: _____ Número de contacto: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Número de contacto: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Número de contacto: _____

Divulgación de información de salud

Greater Austin Pain Center, utilizando nuestro mejor criterio, puede divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que identifique, su información de salud que se relaciona directamente con la participación de esa persona en su atención médica, a menos que se oponga **por** escrito. Si no puede oponerse a dicha divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario si determinamos que es lo mejor para usted según nuestro criterio profesional. Podemos usar o divulgar su información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona responsable de su ubicación, condición general o muerte. Finalmente, podemos usar o divulgar su información de salud protegida para coordinar usos y divulgaciones a familiares u otras personas involucradas en su atención médica. Si hay personas y/o instalaciones que **no** autoriza a tener acceso a su información personal, especifique a continuación.

Yo solicito las siguientes restricciones sobre el uso y/o divulgación (especifique según corresponda) de mi información:

Revisión del aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad

Reconozco que Greater Austin Pain Center me proporcionó una copia escrita de su Aviso de prácticas de privacidad . También reconozco que se me ha dado la oportunidad de leer el Aviso de prácticas de privacidad y hacer preguntas.

Firma del Paciente o Tutor Fecha

Nombre del Paciente o Representante Personal Relación con el Paciente

Obtención de información de salud protegida (PHI)

Complete el formulario de divulgación de registros médicos (disponible para descargar en <http://greteraustinpain.com/>) para ayudarnos en la obtención de registros médicos como se define en la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de la Información de Salud (HIPAA). Tenga en cuenta que Greater Austin Pain Center le proporcionará un conjunto de registros de forma gratuita. Es posible que se aplique una tarifa a los registros solicitados para su uso personal más allá del primer conjunto.