



## **CONSENTIMIENTO GENERAL Y AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO, EVALUACION Y DIVULGACION DE INFORMACION**

Esta autorización nos otorga su permiso para realizar estudios, exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios. Esta autorización permanecerá efectiva hasta que sea revocada o anulada por un medio escrito. Usted tiene el derecho de suspender estos servicios en cualquier momento.

Certifico que mi Historia Médica es completa y precisa hasta donde tengo entendido.

Voluntariamente pido que Florida Pain Physicians, LLC me provea con cuidados para el manejo del dolor, tratamiento y otros servicios en cuanto estos sean razonables y necesarios según lo contemple el proveedor de salud asignado. Autorizo a que se lleven a cabo exámenes médicos, evaluaciones, pruebas y tratamientos, dentro de los cuales se pueden incluir diagnósticos, radiología y procedimientos de laboratorio. Comprendo que es posible que me pidan muestras de orina, de sangre y pruebas de raspado bucal. Tengo el derecho de rechazar pruebas específicas, pero entiendo que esto podría tener un impacto en el tratamiento del manejo de mi dolor. Si un tratamiento invasivo intervencional es recomendado, yo seré informado/a de los posibles riesgos y beneficios antes de la ejecución de dicho tratamiento, y a su vez, me será dado otro formulario en donde se expresen por escrito dichos riesgos y beneficios.

**DIVULGACION DE LA INFORMACION** Autorizo específicamente la divulgación y los usos de mi información médica como están descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad, las cuales fueron previamente proveídas. Autorizo a Florida Pain Physicians, LLC a sus doctores, y/o su personal, a tener acceso de mi historia médica y otra información médica relevante por medio verbal, escrito o electrónico según sea necesario para mi tratamiento. Doy mi permiso para la entrega de mi información médica a los planes de salud federales o estatales, compañías de seguro, agencias de cobro, empleadores y otras organizaciones responsables del servicio de pagos, en cuanto sea apropiado. Entiendo que esto podría implicar información relacionada a mi diagnóstico, cuidado, pago por mi cuidado o información demográfica.

**AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, ACEPTO A LAS AUTORIZACIONES Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DESCRITAS EN ESTE FORMULARIO. HE LEÍDO ESTE DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO Y SE ME HA PERMITIDO HACER LAS PREGUNTAS PERTINENTES.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (favor de usar letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

*\*\*\* Por favor continúe con la siguiente página para completar su información demográfica. ¡Gracias! \*\*\**



### Información Demográfica del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Zip: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
¿Es su dirección de domicilio la misma que su dirección postal?  Sí  No Si no, por favor, escriba su dirección postal: \_\_\_\_\_  
Número telefónico de preferencia: \_\_\_\_\_  Casa  Teléfono Móbil  Trabajo  
Número telefónico secundario: \_\_\_\_\_  Casa  Teléfono Móbil  Trabajo  
Nombre de un contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_  
Número telefónico: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Grupo étnico: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

### Información de la Farmacia

Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_  
Número telefónico de la Farmacia: \_\_\_\_\_

### Información sobre el Plan de Seguro Primario del Paciente

Pagador (ejemplo BC/BS): \_\_\_\_\_ **POR FAVOR TRAIGA SU TARJETA DEL SEGURO**

Complete la información de esta caja si usted no es el titular de su seguro primario \_\_\_\_\_  
Titular del seguro:  Yo mismo  Esposo/a  Hijo/a  Otro: \_\_\_\_\_  
Nombre del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Sexo del Titular:  Femenino  Masculino  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

### Información sobre el Plan de Seguro Secundario (si existe)

Pagador (ejemplo BC/BS): \_\_\_\_\_ **POR FAVOR TRAIGA SU TARJETA DEL SEGURO**

Complete la información de esta caja si usted no es el titular de su seguro secundario \_\_\_\_\_  
Titular del seguro:  Yo mismo  Esposo/a  Hijo/a  Otro: \_\_\_\_\_  
Nombre del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Sexo del Titular:  Femenino  Masculino  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

### Reclamo por Lesiones

¿Su dolor es el resultado de un accidente vehicular, relacionado a su empleo, u otra Lesion Personal?  
 Sí  No Si lo es, por favor complete el formulario de Reclamo por Lesiones.

### Certificación

Certifico que la información citada es precisa, completa y cierta. Entiendo que esta información hará parte de mi registro medico.

Firmado por (Paciente, Custodio o Representante del paciente): \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente (favor de usar letra imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## Autorización HIPAA para Uso y Divulgación de Información de Salud

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad provee información acerca de cómo nosotros podríamos usar y divulgar información sobre su salud que está protegida y cuándo es necesario una autorización escrita para hacerlo. Este formulario es para su uso cuando dicha autorización sea requerida y cumple con los Criterios de Privacidad de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Sanitario de 1996.

**Nombre del paciente (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

### I. Mi Autorización

Yo autorizo a Florida Pain Physicians, LLC, sus agentes y empleados para divulgar la siguiente información de salud.

Toda mi información de salud

Mi información de salud para las siguientes condiciones: \_\_\_\_\_

Yo no autorizo la divulgación de mi información de salud

Las personas previamente mencionadas podrían divulgar esta información de salud a el siguiente destinatario(s) por favor, incluir proveedores medicos, familiares y amigos:

Nombre, relación, y/o organización: \_\_\_\_\_

### II. Mis Derechos

Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto cuando se hayan hecho usos o divulgaciones basadas en mi permiso original. Puede que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener seguro médico. Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviarlo al destinatario que corresponda.

Comprendo que es posible que la información utilizada o divulgada con mi permiso sea re-divulgada por el destinatario y ya no esté protegida por los estándares de privacidad HIPAA.

Comprendo que el tratamiento por parte de cualquier parte no puede estar condicionado a que firme esta autorización (a menos que el tratamiento se busque solo para crear información de salud para un tercero o para tomar parte en un estudio de investigación) y que puedo tener el derecho de negarme a firmar esta autorización.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si el paciente es un menor de edad, por favor complete lo siguiente:

El paciente es un menor: \_\_\_\_\_ años de edad

El paciente no puede firmar porque: \_\_\_\_\_

Firma del representante autorizado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del representante autorizado: \_\_\_\_\_

Autoridad of representante para firmar en nombre del paciente:  Padres  Custodio Legal  Corte  
 Otro: \_\_\_\_\_



## Aviso de Práctica de Privacidad

**Esta Notificación describe cómo se puede utilizar, revelar y acceder a la información médica sobre usted. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.**

### **Nuestro Compromiso Con Respecto A Su Información Médica.**

Nosotros entendemos que la información médica sobre usted y su salud son personales. Estamos comprometidos de una manera razonable y apropiada con la protección de esta información médica. Nosotros creamos un expediente que está a su disponibilidad con todos los servicios que usted reciba en Florida Pain Physicians, LLC y sus afiliados. Nosotros necesitamos estos expedientes para proveerle a usted un cuidado que cumpla con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los expedientes del cuidado y atención que fueron generados en nuestro Consultorio. Este aviso le informará sobre todas las formas en las que usted podría usar y difundir información médica sobre usted, sus derechos y ciertas obligaciones que nosotros tenemos con respecto al uso y divulgación de información médica.

Estamos obligados por la ley a:

- Asegurarnos que la información médica que le identifica a usted sea mantenida en privado;
- Darle aviso de nuestros deberes jurídicos y practicas concernientes a la información médica sobre usted; y cumplir con los términos de este aviso que está actualmente en efecto.

**Cómo Podríamos Usar y Divulgar Información Médica Sobre Usted.** La siguiente información describe las formas en las que nosotros podríamos usar y divulgar información sobre salud que le indentifique a usted (“Información personal de Salud”). A excepción de los propósitos descritos a continuación, nosotros usaremos y divulgaremos Información sobre Salud solamente con su permiso escrito. Usted puede anular dicho permiso en cualquier momento al escribirle a nuestro Oficial de Privacidad.

- **Para Tratamiento.** Nosotros podemos usar su Información personal de Salud con otros profesionales que lo/la estén tratando.
- **Para Pagos.** Nosotros podemos usar su Información personal de Salud para pasar factura y obtener el pago de los planes de seguro y otras entidades.
- **Para operaciones del Cuidado de Salud.** Nosotros podemos usar su Información personal de Salud para administrar nuestro consultorio, mejorar su cuidado, y contactarlo/a cuando sea necesario.
- **Recordatorios de Citas, Tratamientos Alternativos y Servicios y Beneficios Relacionados a la Salud.** Nosotros podemos usar su Información personal de Salud para recordarle que usted tiene una cita con nosotros. También podríamos usar su Información personal de Salud para informarle sobre tratamientos alternativos o servicios relacionados a su salud que podrían interesarle.
- **Individuos Envueltos con su Cuidado o Pago por Su Cuidado.** Cuando sea apropiado, nosotros podemos usar su Información personal de Salud con una persona que esté envuelta con su cuidado medico o el pago por este mismo, como por ejemplo sus familiares o amigos cercanos.
- **Investigación.** Bajo algunas circunstancias, podríamos divulgar y compartir su Información personal de Salud para fines de investigación. Antes de que usemos o divulguemos su información para fines de investigación, el proyecto tendrá que ir a través de un proceso de numerosas aprobaciones. Así sea sin una aprobación especial, podríamos permitirle a investigadores que revisen su expediente para ayudarles a identificar pacientes que puedan ser incluidos en su proyecto de investigación o para propósitos similares, siempre y cuando ellos no tomen o saquen copias de ninguna información médica.



- **Como Es Requerido Por la Ley.** Nosotros podemos usar su Información personal de Salud cuando sea requerido por las leyes locales, estatales o federales.
- **Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.** Podemos compartir y revelar información sobre su salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud o la seguridad o salud del público o de otra persona.
- **Para todos los demás usos y divulgaciones.** Todos los demás usos y divulgaciones de información no contenidos en este aviso de prácticas de privacidad no se divulgarán sin su autorización.
- **Donación de órganos y tejidos.** Podemos compartir información sobre la salud sobre usted con organizaciones de procuración de órganos.
- **Trabajadores de Compensación, Fuerzas de Orden Público y Otras Agencias del Gobierno.** Podemos compartir Información de Salud sobre usted para propósitos de compensación laboral, para fines de cumplimiento de la ley y para los organismos de supervisión de la salud con actividades autorizadas por la ley, o para funciones especiales del gobierno, como militares, seguridad nacional y protección presidencial.
- **Riesgos de Salud Pública.** Podemos compartir su Información de Salud para ciertas situaciones:
  - Para prevención y control de enfermedades;
  - Para reportar nacimientos y muertes;
  - Para reportar abuso a menores o negligencia;
  - Para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
  - Para notificar a las personas de retiradas de productos que estas puedan estar usando;
  - Para notificar a una persona que ha sido expuesta a una enfermedad y puede estar en riesgo.
- **Demandas y Disputas Legales.** Podemos compartir información sobre su salud como respuesta a una orden judicial o administrativa, o como respuesta a una citación.
- **Cumplimiento de la Ley.** Nosotros compartiremos información sobre su salud si lo exigen las leyes estatales o federales, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos si estos desean verificar que estamos cumpliendo con la ley de privacidad federal.
- **Los forenses, los médicos forenses y los directores funerarios.** Podemos compartir información de salud con un forense, un médico forense o un director de funeral cuando una persona muere.

### **Usos y divulgaciones que requieren que nosotros le ofrezcamos la oportunidad de objetar y optar por no participar.**

En estos casos, usted nos puede decir qué información podemos compartir:

1. Compartir información con su familia, amigos cercanos, u otros individuos envueltos con su cuidado.
2. Compartir información en una situación de ayuda en caso de desastre.
3. Incluir su información en un directorio de hospital.
4. Podemos contactarle para esfuerzos de recaudación de fondos. Nosotros lo podemos contactar, pero usted puede decirnos que no le contactemos nuevamente.

### **Su Autorización Escrita es Requerida para Otros Usos y Divulgaciones.**

En estos casos, nosotros nunca compartiremos su información a menos que usted nos de una autorización escrita:

1. Propósitos de Mercadeo
2. Vender su información
3. Compartir sus notas de psicoterapia

*Si usted nos otorga una autorización, puede revocarla en cualquier momento presentando una revocación por escrito al Oficial de Privacidad y ya no divulgaremos Información de Salud Protegida bajo la autorización. Pero cualquier divulgación que hayamos hecho confiando en su autorización antes de que la revocara no será afectada por la revocación.*



## **Sus Derechos.**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la Información de Salud que tenemos sobre usted:

**Derecho de inspeccionar y Obtener una Copia de Su Historial Médico.** Puede solicitar ver o obtener una copia electrónica de su historial médico u otra información de salud que tengamos sobre usted. Si su información de salud protegida se mantiene en un formato electrónico, tiene derecho a solicitar que se le proporcione o se transmita a otra persona o entidad una copia electrónica de sus registros. Proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.

**Derecho a que su Historial Médico Sea Corregido.** Puede solicitarnos corregir la información sobre su salud que cree que es incorrecta o incompleta. También podemos negarnos a su solicitud, pero le informaremos por escrito dentro de los 60 días. Para solicitar una enmienda, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

**Derecho a una Cuenta de Divulgaciones.** Puede solicitarnos una lista (contable) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los últimos seis años a partir de la fecha en que realice la solicitud, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y ciertas otras divulgaciones. Proporcionaremos una contabilidad por año de forma gratuita. Habrá una tarifa razonable basada en el precio si solicita otra contabilidad dentro del período de 12 meses. Para solicitar una contabilidad de divulgaciones, debe hacer su solicitud, por escrito, al Oficial de Privacidad.

**Derecho a Ponerle Límites a la Información que Nosotros Compartimos.** Usted Tiene el derecho de pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Estamos obligados a aceptar su solicitud, a menos que afecte su atención. Si usted paga los servicios de su bolsillo en su totalidad, para un elemento o servicio específico, puede solicitar que su información de salud sea protegida, no se comparta con su aseguradora de salud para fines de pago. Diremos que sí, a menos que una ley nos exija compartir esa información.

**Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un determinado lugar. Debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Estaremos de acuerdo con todas las solicitudes razonables.

**Derecho a una Copia de Papel de este Aviso.** Usted tiene el derecho a una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Incluso si usted ha acordado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Para obtener una copia impresa, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad. Usted puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web. [www.floridapainphysician.com](http://www.floridapainphysician.com).

**Cambios a este Aviso.** Reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer un nuevo aviso que se aplique a la información de salud que ya tenemos, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia de nuestro aviso actual en nuestra oficina. El aviso contendrá la fecha de vigencia en la primera página.



### Lista de Tarifas Públicas

Florida Pain Physicians, LLC y sus afiliados han adoptado este horario de tarifas públicas con el fin de cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (“HIPAA”). Al tener publicadas un horario de tarifas razonables y apropiadas, Florida Pain Physicians, LLC garantiza el tratamiento consistente de las solicitudes de sus pacientes.

<b>Precio del Artículo</b>	<b>Tarifa Cobrada</b>
No cancelar su cita antes de 24 horas de la hora programada puede resultar en una tarifa	\$30.00 por incidente clínico
Falla en proveer notificación adecuada para cancelar con (48) horas de anticipación para un procedimiento	\$75.00 por procedimiento, o incidente de EMG o MRI
No llegar a la Cita	\$30.00 por incidente clínico
Llegadas tarde. Si usted llega 15 minutos después de su hora programada, nosotros podremos volver a agenda su cita	\$30.00 por incidente clínico
Tarifa de Devolución de Cheque (Incluye Tarifa del Banco)	\$30.00 por incidente
Copias de Historial Médico	Papel = \$20.00 por las primeras 20 páginas y \$0.25 por las siguientes más el costo de envío.
	Copias electrónicas tendrán el precio comercial De los DVD o memorias USB, que son actualmente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• disco DVD - \$1.00 cada disco</li> <li>• USB drive - 8 GB = \$4.00, 64 GB = \$15.00, 128 GB = \$30.00</li> </ul> (Los costos son por cada memoria)
Formulario de Discapacidad	Los costos a continuación son por cada ocurrencia FMLA = \$25.00 por página Permiso temporal para estacionamiento para discapacitados = \$10.00 Formulario de Discapacidad a Largo Plazo = \$25.00 por página
Solicitud de cartas u otros documentos escritos	\$30.00 por página

## Declaración de los Derechos de los Pacientes

### **Cada Paciente Tiene Derecho a:**

- No ser discriminado por motivos de raza, origen nacional, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico;
- Recibir tratamiento que respete y apoye la individualidad, las opciones, las fortalezas y las capacidades del paciente;
- Recibir privacidad en el tratamiento y la atención de necesidades personales;
- Revisar, a petición por escrito, el expediente médico del paciente de acuerdo con los A.R.S. §§ 12-2293, 12-2294 y 12-2294.01;
- Recibir una referencia a otra institución de atención médica si esta instalación no está autorizada o no puede proporcionar los servicios de salud física o salud conductuales necesarios para el paciente;
- Participar o que el representante del paciente participe en el desarrollo de, o decisiones relacionadas con el tratamiento;
- Participar o rechazar participar en investigación o tratamiento experimental;
- Recibir ayuda de un miembro de la familia, el representante del paciente u otra persona para comprender, proteger o ejercer los derechos del paciente;
- Ser tratado con dignidad, respeto y consideración;
- No ser sometido a abuso, negligencia, explotación, coacción, manipulación, abuso sexual, agresión sexual o, salvo lo permitido en el R910-1012(B), restricción o aislamiento;
- No ser objeto de represalias por presentar una queja al Departamento u otra entidad;
- No ser objeto de malversación de bienes personales y privados por parte de ningún miembro del personal clínico, empleado, voluntario o estudiante;
- Consentir o rechazar el tratamiento, excepto en caso de emergencia, y rechazar o retirar el consentimiento para el tratamiento antes de que se inicie el mismo;
- Recibir una copia de sus derechos en un idioma que pueda entender;
- Ser informado de las alternativas a los medicamentos o procedimientos quirúrgicos y los riesgos asociados y las posibles complicaciones de los medicamentos o procedimientos quirúrgicos, excepto en caso de emergencia;
- Ser informado de la política de la clínica sobre los cuidados de salud, y el proceso de quejas del paciente;
- Dar su consentimiento por escrito para la liberación de información en los registros médicos o financieros del paciente, excepto según lo permitido por la ley.

### **Los Pacientes Tienen la Responsabilidad de:**

- Ser honesto sobre asuntos relacionados con usted como paciente;
- Proporcionar al personal información precisa y completa sobre los reclamos actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud;
- Informar sobre cualquier riesgo percibido en su atención;
- Informar sobre cualquier cambio inesperado en su condición a aquellos responsables de su atención y bienestar;
- Seguir el plan de atención, servicio o tratamiento desarrollado;
- Hacer preguntas cuando no entienda o tenga inquietudes sobre su plan de atención;
- Conocer al personal que le está brindando atención;
- Ser considerado y respetuoso con los derechos tanto de los pacientes como del personal;
- Respetar la confidencialidad y privacidad de otros pacientes;
- Ser considerado con la propiedad de Florida Pain Physicians, LLC;
- Asegurarse de que sus obligaciones financieras de salud se cumplan lo más pronto posible.





## ¿Cómo presentar una queja?

Usted o su representante, si tiene alguna preocupación o reclamo sobre los derechos del paciente, la seguridad, o alguna queja, por favor comuníquese con el Gerente Territorial para esa clínica o llame al 904-800-PAIN y pida hablar con el Gerente Territorial. La correspondencia escrita será enviada al Gerente Territorial para el paciente. Cualquier paciente o su representante pueden presentar una queja sin represalias.

Los pacientes también tienen el derecho de comunicarse con el Departamento de Salud en cualquier momento.

## Política Financiera

Usted es financieramente responsable por los servicios médicos que recibe en Florida Pain Physicians, LLC, (en adelante, referido como la “Práctica”). Por favor, revise cuidadosamente esta Política Financiera, inicial cada sección y firme el acuerdo para indicar su aceptación de sus términos.

### Citas

1. **Copagos y Deducibles.** Usted debe pagar copagos y deducibles para visitas al consultorio en el momento de la prestación de servicios, de acuerdo con el plan de su aseguradora. Si usted no puede hacer su copago en el momento del servicio, la Práctica se reserva el derecho a reprogramar su cita hasta que usted pueda hacerlo.
2. **Procedimiento de Prepago.** La Práctica puede cobrar el pago por un procedimiento al momento en el que se programa. Su pago anticipado se basará en una **estimación** de su responsabilidad financiera. Nos reservamos el derecho de reprogramar su procedimiento hasta que se hayan realizado los arreglos de pago anticipado. Usted es responsable por cualquier saldo impago después de que su aseguradora haya procesado su reclamo. En caso de pago excesivo, usted puede solicitar un reembolso.
3. **Auto-Pago.** Si usted no tiene seguro médico o si su seguro médico no pagará por los servicios proporcionados por la práctica o si nos notifica que no debe contactar ni cobrar a su compañía de seguros, se considera un paciente de pago en efectivo. Sus cargos se basarán en nuestra tarifa actual de pago en efectivo (disponible en nuestra recepción). El pago se debe realizar en su totalidad al momento del servicio.
4. **Citas Perdidas y los Retrasos.** Se le cobrará una tarifa por cada incidente de acuerdo con la Tarifa Pública. Estas cargas son su responsabilidad personal y no se facturarán a ninguna compañía de seguros.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

### Pagos al Seguro

5. **Responsabilidad Financiera.** Usted es finalmente el responsable por el pago completo de todos los servicios médicos que le sean. Cualquier cargo no pagada por su aseguradora será su responsabilidad, excepto como está delimitado por el acuerdo de red específico de la Práctica conaseguradora, si tal acuerdo está en lugar. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y suaseguradora.



### **Pagos al Seguro (Continuación)**

6. **Cambios de Cobertura.** Es su responsabilidad informarnos oportunamente de cualquier cambio en su información de facturación o seguro. Su asegurador establece un límite de tiempo en el cual el Practica puede presentar un reclamo a su nombre. Si la Practica no es capaz de procesar su reclamo dentro de este periodo debido a que Usted proporcionó información de seguro incorrecta o no respondió a las preguntas del asegurador, Usted será responsable de todos los cargos.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

### **Beneficios y Autorización**

7. **Participación del Plan de Salud.** Esta Práctica tiene acuerdos específicos de red con muchas compañías de seguros, pero no todas. Es su responsabilidad contactar a su compañía de seguros para verificar que su proveedor asignado participe en su plan. El plan de su compañía de seguros puede tener cargos fuera de la red que tienen deducibles y copagos más altos, que usted será responsable de pagar.
8. **Remisiones.** Los requisitos de remisiones y autorización previa varían entre las aseguradoras y los planes. Si su aseguradora requiere una referencia para que Usted sea visto por la Práctica, es su responsabilidad obtener esta referencia antes de su cita. Aunque su proveedor de atención médica referido y la Práctica están expresamente permitidos para divulgar su Información de Salud Protegida (PHI) para su tratamiento, bajo HIPAA, Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en la divulgación de su PHI. Bajo HIPAA, la Práctica no está obligada a estar de acuerdo con Usted.

Como una cuestión de curso, la práctica informará a su médico de referencia sobre su plan de cuidado del paciente y el progreso ya sea utilizando una máquina de transmisión electrónica segura o por un empleado de la práctica.

9. **Autorización y Servicios No Cubiertos.** La Práctica puede proporcionar servicios que su plan de aseguradora excluya o requiera autorización previa. Como cortesía para nuestros pacientes, la Práctica hará un esfuerzo de buena fe para determinar si los servicios que proporcionamos están cubiertos por el plan de su aseguradora y, si es así, determinar si se requiere autorización previa para el tratamiento. Si se determina que se requiere una autorización previa, intentaremos obtener dicha autorización en su nombre. En última instancia, es su responsabilidad asegurarse de que los servicios que se le proporcionan son beneficios cubiertos y autorizados por su aseguradora.

10. **Pagos Fuera de la Red y Pagos Directamente al Seguro.** Usted es personalmente responsable de todos los cargos. Si no somos parte de la red de su aseguradora (fuera de la red) o su aseguradora le paga directamente, usted está obligado a reenviar el pago o los ingresos del pago a la Práctica inmediatamente.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

### **Saldos de Cuenta y Pagos**

11. **Reasignación de Saldos.** Si su aseguradora no paga por los servicios dentro de un tiempo razonable, podemos transferir el saldo a su responsabilidad exclusiva. Por favor, siga con su aseguradora para resolver los problemas de falta de pago. **Los saldos deben pagarse dentro de los 30 días de recibir el primer cobro.**

### Saldos de Cuenta y Pagos (Continuación)

12. **Racaudación de Cuentas Impagadas.** Si tiene un saldo pendiente de más de 120 días de antigüedad y no ha logrado hacer arreglos de pago (o se ha vuelto moroso en un plan de pago existente), podemos entregar su saldo a una agencia de cobros y/o abogado para su cobro. Esto puede resultar en informes adversos a las agencias de crédito y acciones legales adicionales. **La Práctica se reserva el derecho a negar el tratamiento a pacientes con saldos pendientes de más de 120 días de antigüedad.** Usted acepta que, para que podamos atender su cuenta o cobrar cualquier cantidad que pueda adeudar, podemos contactarlo en cualquier número telefónico asociado con su cuenta, incluyendo números celulares, lo que podría resultar en cargos para usted. También podemos contactarlo por mensaje de texto o correo electrónico, usando cualquier dirección de correo electrónico que usted haya proporcionado. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados / artificiales y / o el uso de un dispositivo de marcado automático.
13. **Cobros.** Usted acuerda que los cargos mostrados en el estado de cuenta son correctos y razonables a menos que se protesten por escrito dentro de los 30 días de recibo.

Iniciales: \_\_\_\_\_

### Cargos adicionales

14. **Solicitud de Registros Médicos.** La Regla de Privacidad le permite recibir una copia de sus registros médicos personales, registros de facturación y permite a la Práctica requerir a los individuos que completen y firmen un Formulario de Autorización para Divulgación y Liberación de Registros Médicos. Sin embargo, si usted no puede venir a alguna de las clínicas de la Práctica, la Práctica hará todo tipo de adaptaciones para cumplir con su solicitud. Una tarifa será cobrada por solicitudes de registros médicos de acuerdo con la Tarifa Pública. No hay cargo para transferir una copia de sus registros médicos a un Nuevo Proveedor.
15. **Otros Formularios.** La práctica responderá (a discreción del proveedor) a las solicitudes para la finalización de ciertos formularios médicos (FMLA, Discapacidad a Corto Plazo y Permiso de Estacionamiento por Discapacidad Temporal) asumiendo que el paciente se encuentra en buen estado y ha estado activo con la práctica por seis (6) meses consecutivos. Otros formularios que no estén listados pueden ser considerados para su completación por la Práctica. En estos casos, la tarifa será determinada por el Gerente de la Práctica. Todas las solicitudes requieren una visita a la oficina.

Iniciales: \_\_\_\_\_

### Código de Conducta de la Práctica

Nos complace servirle y nos alegramos de que haya elegido a Florida Pain Physicians, LLC como su nuevo proveedor de manejo del dolor. Siempre nos esforzaremos por proporcionarle un cuidado excepcional. Las razones por las que Florida Pain Physicians, LLC le puede pedir que busque servicios de atención médica en otro lugar podrían incluir:

- Comportamiento grosero o violento hacia el personal ya sea en persona o por teléfono - esto también se aplica a los miembros de su familia y/o amigos.
- Repetidas ausencias, cancelaciones o llegadas tardías continuas para visitas o procedimientos en la oficina
- Negarse a cumplir con el plan de cuidado como se indica por su doctor o seguir las normas de salud del seguro médico o las del gobierno
- Solicitudes injustificadas de documentación de discapacidad

Nuestra meta es ayudarlo. Por lo tanto, le pedimos que programe y cumpla con todas las visitas de seguimiento, participe en todos los tratamientos y pruebas diagnósticas.

Iniciales: \_\_\_\_\_



**Acuerdo y Asignación de Beneficios**

He leído y entendido la Política Financiera de Florida Pain Physicians, LLC, y estoy de acuerdo en cumplir con sus términos. Asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos y autorizo a mi compañía de seguros a emitir los pagos directamente a la Práctica. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los servicios que recibí de la Práctica. Esta política financiera es vinculante para mí y para mi patrimonio, ejecutores y / o administradores, si corresponde.

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Intracoastal:</b> 4796 Hodges Boulevard Suite 101 Jacksonville, FL 32224	<b>Northside:</b> 2386 Dunn Avenue Suite 111 Jacksonville, FL 32218	<b>Orange Park:</b> 859 Park Avenue Suite 102 Orange Park, FL 32073	<b>Palm Coast:</b> 57 Town Court Suite 121 Palm Coast, FL 32164	<b>St. Augustine:</b> 105 Whitehall Drive Suite 115 St. Augustine, FL 32086	<b>St. Johns:</b> 206 Ashourian Avenue Suite 209 St. Augustine, FL 32092
--	--	--	--	--	---

**Phone:** (904) 800-PAIN (7246) | **Fax:** (904) 719-7571 | **Website:** [www.floridapainphysician.com](http://www.floridapainphysician.com)

## FORMULARIO DE INGRESO PARA NUEVOS PACIENTES

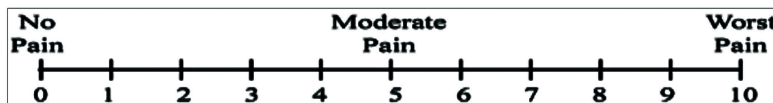
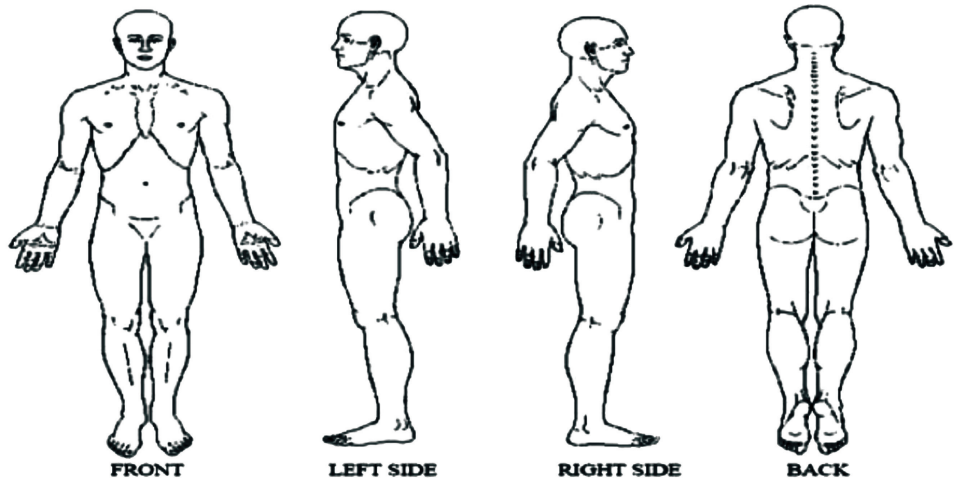
Su nombre: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### Inicio de Síntomas y Motivo de la Visita de Hoy

Utilice el diagrama a continuación para indicar la ubicación y el tipo de su dolor. Marque el dibujo con las siguientes letras que mejor describan sus síntomas: “N”umbness “P”ins and Needles “A”ching “S”tabbing “B”urning.



¿Cuál es su nivel de dolor en este momento? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su peor nivel de dolor? \_\_\_\_\_

¿Dónde está localizado su dolor? \_\_\_\_\_

¿Se irradia el dolor? \_\_\_\_\_ Sí es así ¿Dónde? \_\_\_\_\_

Por favor indique otras áreas adicionales de dolor: \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó el dolor? \_\_\_\_\_

¿Qué causó su dolor o herida actual? \_\_\_\_\_

¿Esta herida o dolor fue casuado por un accidente vehicular u otro tipo de herida personal?  Sí  No

¿Cómo su actual episodio de dolor inició?  Gradualmente  Repentinamente

Desde que inició su dolor, su dolor ha:  Incrementado  Disminuído  Ha Sido el Mismo

¿Cuál es la palabra que describe mejor la frecuencia de su dolor?  Constante  Intermitente

¿En qué momento su dolor se empeora?  Mañanas  Durante el día  Noches  En medio del día

Liste todo lo que pueda describir a su dolor:

- |                                      |  |                                    |   |                                   |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor Agudo | <input type="checkbox"/> Dolor Ardiente      | <input type="checkbox"/> Punzante  | <input type="checkbox"/> Punzante/Agudo       | <input type="checkbox"/> Agotador |
| <input type="checkbox"/> Cólico      | <input type="checkbox"/> Entumecimiento      | <input type="checkbox"/> Espasmos  | <input type="checkbox"/> Palpitante           |                                   |
| <input type="checkbox"/> Dolor Sordo | <input type="checkbox"/> Parecido a un Shock | <input type="checkbox"/> Apretante | <input type="checkbox"/> Hormigueo o punzadas |                                   |

**Pruebas de Diagnóstico e Imágenes – Marque todas las pruebas que usted ha tenido en relación a su dolor:**

- Nombre del Centro de Imágenes \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_
- NO ME HAN ELABORADO NINGUNA PRUEBA DE DIAGNOSTICO PARA MIS QUEJAS DE DOLOR ACTUAL**

**Historia del Tratamiento de Dolor – Marque todos los tratamientos de dolor que usted ha tenido previamente a su visita de hoy:**

Tratamiento	No Alivio	Alivio Moderado	Alivio Exelente
<input type="checkbox"/> Biofeedback	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Refuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Quiropraccia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Terapia de Descomprensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Terapia Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Programas de Ejercicios en Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inyecciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Descanso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estimulador de Columna Vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unidades TENS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Factores que Afectan su Dolor**

	Aumenta el Dolor	Disminuye el Dolor	No hay Cambio
<input type="checkbox"/> Doblar hacia atrás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Doblar hacia adelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Subir Escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Toser/Estornudar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Conducir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Levantar Objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mirar hacia abajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mirar de lado a lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Levantarse de una posición sentada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estar de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuáles otros factores que no están listados aquí hacen que su dolor aumente o empeore? \_\_\_\_\_

**Medicamentos Actuales**

¿Está usted tomando **medicamentos anticoagulantes recetados o aspirina**? Si es así, cuál es? \_\_\_\_\_

Nombre al doctor que receta su anticoagulante: \_\_\_\_\_

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

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia
1.			6.		
2.			7.		
3.			8.		
4.			9.		
5.			10.		

### Actividad

¿Cuántos días a la semana usted se ejercita? \_\_\_\_\_

Tipo de Ejercicio:  Bicicleta  Cardio  Fuerza  Natación  Caminar  Otro: \_\_\_\_\_

### Alergias – Por favor liste todas las alergias que tiene, NO LISTE LOS EFECTOS SECUNDARIOS:

**Nombre del medicamento al cual soy alérgico/a: La reacción alérgica que tengo es:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

¿Es usted alérgico a alguna de las siguientes?

Yodo  Sí  No      Cinta  Sí  No      Latex  Sí  No       Alergias a fármacos no conocidas

### Historia Familiar – Marque todos los diagnósticos apropiados que se relacionen con sus miembros de FAMILIA BIOLÓGICA solamente.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Elevada   | <input type="checkbox"/> Osteoartritis       |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Riñón | <input type="checkbox"/> Cancer                     | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñón  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes           | <input type="checkbox"/> Artritis Remautoide        | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza   |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones       | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias |

**NO TENGO UNA HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR RELEVANTE**

**SOY ADOPTADO/A (No tengo historia clínica disponible)**

### Historial quirúrgico pasado

#### Cirugía Abdominal:

- Cirugía de Vesícula Biliar \_\_\_\_\_
- Apendectomía \_\_\_\_\_

#### Cirugía de Columna/Espalda:

- Cirugía de Columna \_\_\_\_\_

#### Cirugías Femeninas:

- Cesárea \_\_\_\_\_
- Histerectomía \_\_\_\_\_
- Laparoscopia \_\_\_\_\_
- Cirugía de Ovarios \_\_\_\_\_

#### Otras Cirugías Comunes:

- Cirugía de Hemorroides \_\_\_\_\_
- Reparación de Hernia \_\_\_\_\_
- Tiroidectomía \_\_\_\_\_

#### Cirugía del Corazón:

- Reemplazo de Válvula \_\_\_\_\_
- Aneurisma \_\_\_\_\_
- Colocación de Stent \_\_\_\_\_

#### Cirugía en Articulaciones:

- Hombros \_\_\_\_\_
- Caderas \_\_\_\_\_
- Rodilla \_\_\_\_\_

**Historia Médica Pasada/Lista de Problemas – Marque todas las condiciones/enfermedades con las que ha sido DIAGNOSTICADO/A:**

**Cardiovascular/Hematológico**

- Anemia/Trastornos de la Hemorragia
- Enfermedad Coronaria de Arteria
- Ataque al Corazón
- Presión Arterial Alta
- Hipertensión
- Colesterol Alto
- Prolapso de la Válvula Mitral
- Marcapasos/Desfibrilador

**Gastrointestinal**

- Incontinencia Intestinal
- Reflujo Ácido (GERD)
- Sangrado Gastrointestinal
- Estreñimiento
- Enfermedad Inflamatoria Intestinal

**De tipo Médico General**

- Cáncer - Tipo \_\_\_\_\_
- Diabetes - Tipo \_\_\_\_\_
- VIH/SIDA

**Ojos/Oídos/Nariz/Garganta**

- Glaucoma
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo

**Riñón**

- Diálisis
- Cálculos
- Renales

**Musculoesqueléticos**

- Amputación
- Bursitis
- Síndrome del túnel carpiano
- Fibromialgia
- Lesión articular
- Osteoartritis/Osteoporosis
- Artritis reumatoide
- Fractura vertebral

**Neuropsicológicos**

- Enfermedad de Alzheimer
- Ansiedad/Depresión
- Trastorno bipolar
- Depresión
- Epilepsia
- Esclerosis múltiple
- Neuropatía periférica
- Esquizofrenia

**Respiratorios**

- Asma
- Bronquitis
- EPOC/Enfisema
- Tuberculosis

**Cirugías Pasadas Adicionales o Historial Médico:**

---



---



---



---

**Consumo de Alcohol:**  Alcoholismo actual  Historia de Alcoholismo  Nunca se ha bebido alcohol  
 Consumo de alcohol social

**Fumador o Consumo de Tabaco:**  Consumo actual  Consumo en el pasado  Nunca

**Consumo de Marihuana:**  Consumo actual  Consumo en el Pasado  Nunca  
 Titular de tarjeta de marihuana medicinal

**Consumo de Drogas:**  Niego cualquier uso o consumo de drogas  
 Estoy usando drogas actualmente, lista: \_\_\_\_\_  
 Usé drogas en el pasado, pero no ahora. Lista: \_\_\_\_\_

**Intracoastal:**  
4796 Hodges Boulevard  
Suite 101  
Jacksonville, FL 32224

**Northside:**  
2386 Dunn Avenue  
Suite 111  
Jacksonville, FL 32218

**Orange Park:**  
859 Park Avenue  
Suite 102  
Orange Park, FL 32073

**Palm Coast:**  
57 Town Court  
Suite 121  
Palm Coast, FL 32164

**St. Augustine:**  
105 Whitehall Drive  
Suite 115  
St. Augustine, FL 32086

**St. Johns:**  
206 Ashourian Avenue  
Suite 209  
St. Augustine, FL 32092



**EXAMEN Y EVALUACIÓN DE OPIOIDES PARA PACIENTES CON DOLOR - REVISADO (SOAPP® - R)**

Las siguientes preguntas son dadas a cada paciente quienes están siendo considerados para medicamento para el dolor. Por favor, conteste cada pregunta con sinceridad. No hay respuestas correctas o incorrectas.

	0	1	2	3	4
	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
1. ¿Con qué frecuencia experimenta cambios de humor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Con qué frecuencia ha sentido la necesidad de dosis más altas de medicamentos para tratar el dolor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido impaciente con sus médicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas son demasiado abrumadoras para que las maneje?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Con qué frecuencia hay tensión en el hogar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Con qué frecuencia ha contado pastillas para ver cuántas quedan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Con qué frecuencia ha estado preocupado de que la gente lo juzgue por tomar medicamentos para el dolor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Con qué frecuencia se siente aburrido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Con qué frecuencia ha tomado más medicamentos para el dolor de los que se suponía que tomara?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Con qué frecuencia se ha preocupado por estar solo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Con qué frecuencia ha sentido la necesidad de tomar medicamentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Con qué frecuencia otros han expresado su preocupación por su uso de medicamentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ¿Con qué frecuencia alguno de sus amigos cercanos ha tenido problemas con el alcohol o las drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ¿Con qué frecuencia otros le han dicho que tiene mal genio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ¿Con qué frecuencia ha sentido que necesita necesariamente obtener medicamentos para el dolor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿Con qué frecuencia se ha quedado sin medicamentos para el dolor antes de lo previsto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿Con qué frecuencia otros le han impedido conseguir lo que se merece?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ¿Con qué frecuencia, durante su vida, ha tenido problemas legales o ha sido arrestado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ¿Con qué frecuencia ha asistido a una reunión de AA o NA?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ¿Con qué frecuencia ha experimentado un síntoma físico relacionado con su uso de alcohol o drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ¿Con qué frecuencia ha sido sexualmente abusado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ¿Con qué frecuencia otras personas le han sugerido que usted puede tener un problema con las drogas o el alcohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ¿Con qué frecuencia usted ha tomado prestados medicamentos para el dolor de familiares o amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ¿Con qué frecuencia usted ha sido tratado por un problema de alcohol o de drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor incluya cualquier información adicional que desee acerca de las respuestas anteriores.



**Herramienta de Evaluación de Riesgo de Opiodes (ORT)**

Marque Cada Caja que Aplique	Mujer	Hombre
<b>Historial Familiar de Abuso de Sustancias</b>		
Alcohol	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3
Drogas Ilegales	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Drogas Rx	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
<b>Historial Personal de Abuso de Sustancias</b>		
Alcohol	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Drogas Ilegales	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Drogas Rx	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<b>Edad entre los 16-45 años de edad</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>Historial de Abuso Sexual en Preadolescencia</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
<b>Enfermedades Psicológicas</b>		
ADD, OCD, Bipolaridad, Squizofrenia	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Depresión	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>Puntaje Total</b>		

**Intracoastal:**  
4796 Hodges Boulevard  
Suite 101  
Jacksonville, FL 32224

**Northside:**  
2386 Dunn Avenue  
Suite 111  
Jacksonville, FL 32218

**Orange Park:**  
859 Park Avenue  
Suite 102  
Orange Park, FL 32073

**Palm Coast:**  
57 Town Court  
Suite 121  
Palm Coast, FL 32164

**St. Augustine:**  
105 Whitehall Drive  
Suite 115  
St. Augustine, FL 32086

**St. Johns:**  
206 Ashourian Avenue  
Suite 209  
St. Augustine, FL 32092

**Phone:** (904) 800-PAIN (7246) | **Fax:** (904) 719-7571 | **Website:** www.floridapainphysician.com