



ADVANCED RELIEF INSTITUTE

Teléfono: (954) 458-1199

La fecha de hoy: _____

Tu Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Médico referente: _____ Número de teléfono: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código

Postal: _____ Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ Estado civil: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

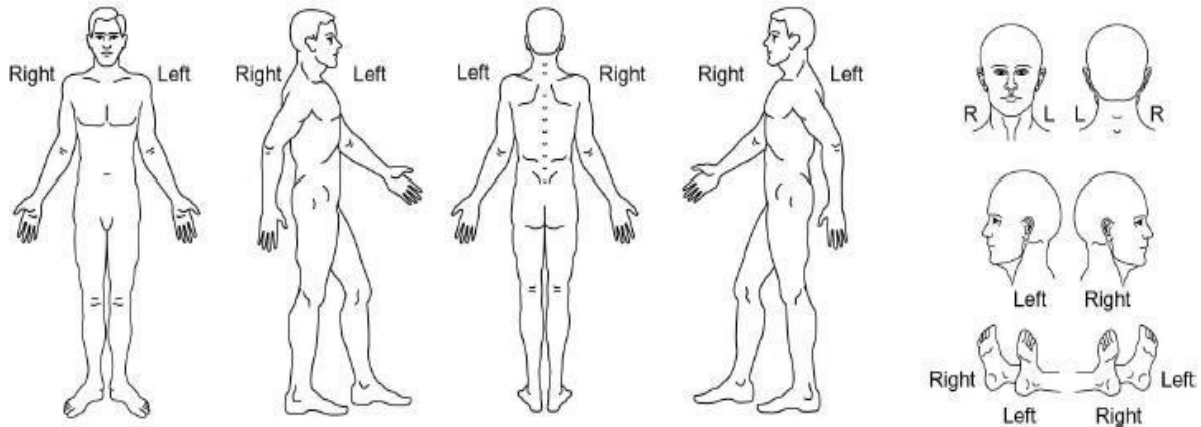
Antecedentes de dolor

Queja principal (¿Motivo de su visita hoy)? _____

¿Este dolor se irradia? Si es así, ¿dónde? _____

Enumere cualquier área adicional de dolor: _____

Use este diagrama para indicar el área de su dolor. Marca la ubicación con una "X"



Inicio de los síntomas

Aproximadamente, ¿cuándo comenzó este dolor? _____

¿Qué causó su episodio de dolor actual? _____

Descripción del dolor

Describe el carácter de su dolor (p. ej.: sordo, punzante, pulsátil, etcétera):

¿A qué hora del día tu dolor es peor? _____

Si el dolor "0" no es dolor y "10" es el peor dolor que puedas imaginar, ¿cómo calificarías tu dolor? Ahora mismo _____ Lo mejor que se puede conseguir _____ Lo peor que se pone _____

¿Qué otros factores empeoran o afectan su dolor?

¿Qué otros factores alivian el dolor?

¿Hay algún síntoma asociado? (por ejemplo: entumecimiento/hormigueo/debilidad/incontinencia, etcétera)

Pruebas diagnósticas e imagenología

Marque todas las siguientes pruebas que le hayan hecho en relación con sus quejas de dolor actuales:

- Resonancia magnética de: _____ Fecha: _____
- Radiografía de: _____ Fecha: _____
- Tomografía computarizada de: _____ Fecha: _____
- Estudio EMG/NCV de: _____ Fecha: _____
- Otras pruebas diagnósticas: _____ Fecha: _____
- No me he hecho NINGUNA prueba diagnóstica para mi queja de dolor actual

Marque todos los siguientes tratamientos que haya tenido para aliviar el dolor:

	Sin cambios	Empeoramiento del dolor	Alivió el dolor
Cirugía de la columna vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado quiropráctico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia psicológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soporte de corsé ortopédico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acupuntura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compresas Frías /Calientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia de Masaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unidad TENS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historial de tratamiento del dolor intervencionista

- Inyección epidural de esteroides – (marque con un círculo todos los niveles que correspondan)
Cervical/Torácico/Lumbar
- Inyección articular – Articulación(es) _____
- Bloqueos de rama medial/Inyecciones facetarias - (niveles circulares) Cervical/Torácico/Lumbar
- Bloqueos nerviosos – Área/nervio(s) - _____
- Ablación Nerviosa por Radiofrecuencia – (niveles circulares) – Cervical/Torácico/Lumbar
- Estimulador de la médula espinal - Solo ensayo/implante permanente _____
- Inyecciones en puntos gatillo: ¿dónde? _____
- Vertebroplastia/Cifoplastia – Nivel(es) _____
- Otro- _____

¿Cuáles de estos procedimientos mencionados anteriormente te han ayudado con tu dolor? _____

Por favor, enumere los nombres de otros médicos del dolor que haya visto en el pasado.

Marque los siguientes médicos o especialistas que ha consultado para su(s) problema(s) de dolor actual(es):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acupunturista | <input type="checkbox"/> Neurocirujano | <input type="checkbox"/> Psiquiatra/Psicólogo |
| <input type="checkbox"/> Quiropráctico | <input type="checkbox"/> Cirujano ortopédico | <input type="checkbox"/> Reumatólogo |
| <input type="checkbox"/> Internista | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta | <input type="checkbox"/> Neurólogo |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

Antecedentes médicos

Marque las siguientes afecciones/enfermedades por las que ha recibido tratamiento en el pasado:

<p style="text-align: center;"><u>Cáncer/Oncología</u></p> <p><input type="checkbox"/> Cáncer – Tipo _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cáncer – Tipo _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cáncer – Tipo _____</p>
<p style="text-align: center;"><u>Cardiovascular/Hematológico</u></p> <p><input type="checkbox"/> Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> Infarto</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias</p> <p><input type="checkbox"/> Presión arterial alta</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica</p> <p><input type="checkbox"/> Stoke/TIA</p> <p><input type="checkbox"/> Trastornos de las válvulas cardíacas</p> <p><input type="checkbox"/> Presencia de stent/marcapasos/desfibrilador</p>
<p style="text-align: center;"><u>Gastrointestinal</u></p> <p><input type="checkbox"/> ERGE (reflujo ácido)</p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado gastrointestinal</p> <p><input type="checkbox"/> Úlceras estomacales</p> <p><input type="checkbox"/> SII/Enfermedad de Crohn</p>
<p style="text-align: center;"><u>Urológico</u></p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica</p> <p><input type="checkbox"/> Cálculos renales</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria</p> <p><input type="checkbox"/> Diálisis</p>
<p style="text-align: center;"><u>Neurológico</u></p> <p><input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple</p> <p><input type="checkbox"/> Neuropatía periférica</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsiones</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno del equilibrio</p> <p><input type="checkbox"/> Traumatismo craneoencefálico</p> <p><input type="checkbox"/> Cefaleas</p> <p><input type="checkbox"/> Migrañas</p>

<p style="text-align: center;"><u>ENTE</u></p> <p><input type="checkbox"/> Glaucoma</p> <p><input type="checkbox"/> Vértigo</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de audición</p> <p><input type="checkbox"/> Hemorragias nasales</p>								
<p style="text-align: center;"><u>Respiratorio</u></p> <p><input type="checkbox"/> Asma</p> <p><input type="checkbox"/> Bronquitis/Neumonía</p> <p><input type="checkbox"/> Enfisema/EPOC</p>								
<p style="text-align: center;"><u>Musculoesquelético/Reumatológico</u></p> <p><input type="checkbox"/> Bursitis</p> <p><input type="checkbox"/> Síndrome del túnel carpiano</p> <p><input type="checkbox"/> Fibromialgia</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoartritis</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporosis</p> <p><input type="checkbox"/> Artritis reumatoide</p> <p><input type="checkbox"/> Dolores articulares crónicos</p>								
<p style="text-align: center;"><u>Psicológico</u></p> <p><input type="checkbox"/> Depresión</p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedad</p> <p><input type="checkbox"/> Esquizofrenia</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno bipolar</p> <p><input type="checkbox"/> TDA/TDAH</p> <p><input type="checkbox"/> PTSD</p>								
<p style="text-align: center;"><u>Endocrinología</u></p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertiroidismo</p> <p><input type="checkbox"/> Hipotiroidismo</p>								
<p style="text-align: center;"><u>Otras afecciones diagnosticadas</u></p> <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____							
<input type="checkbox"/>	_____							
<input type="checkbox"/>	_____							
<input type="checkbox"/>	_____							

Antecedentes quirúrgicos

Enumere cualquier procedimiento quirúrgico que haya realizado en el pasado, incluida la fecha:

- 1) _____ ¿Fecha? _____
- 2) _____ ¿Fecha? _____
- 3) _____ ¿Fecha? _____
- 4) _____ ¿Fecha? _____
- 5) _____ ¿Fecha? _____

NUNCA me he sometido a ningún procedimiento quirúrgico.

Antecedentes familiares

Marque todos los diagnósticos apropiados en lo que respecta a sus padres y hermanos:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas | <input type="checkbox"/> Alto Presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Riñón Problemas |
| <input type="checkbox"/> Hígado Problemas | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Reumatoide artritis |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Golpe | |
- Otros problemas médicos: _____
- No tengo antecedentes médicos familiares significativos

Historia Social

Ocupación: _____ ¿Cuándo fue la última vez que trabajó? _____

- Incapacidad Temporal Incapacidad Permanente Jubilado
- Desempleado ¿Está actualmente bajo compensación para trabajadores? No Sí
- ¿Hay alguna demanda en curso relacionada con su visita de hoy? No Sí

Consumo de alcohol:

- Uso social. Consumo diario de alcohol Nunca. Antecedentes de alcoholism Alcoholismo actual

Consumo de tabaco:

- Usuario actual Antiguo usuario Nunca se ha utilizado
- ¿Paquetes por día? _____ ¿Cuántos años? _____ Fecha de salida: _____

Consumo de drogas ilegales:

- Niega cualquier uso de drogas ilegales Actualmente consume drogas ilegales Drogas ilegales utilizadas anteriormente (actualmente no)
- ¿Alguna vez has abusado de narcóticos o medicamentos recetados? Sí No

Medicamentos actuales

¿Está tomando actualmente algún anticoagulante o anticoagulante?? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuáles? Aspirina Plavix Coumadin Lovenox Otro _____

Haga una lista de todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluidas las vitaminas.

Adjunte una hoja adicional si es necesario:

<u>Medicación</u>	<u>Nombre</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>
1)	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____
4)	_____	_____	_____
5)	_____	_____	_____
6)	_____	_____	_____
7)	_____	_____	_____
8)	_____	_____	_____
9)	_____	_____	_____
10)	_____	_____	_____

Haga una lista de todos los analgésicos anteriores que ha estado tomando en algún momento para sus quejas de dolor actuales.

<u>Medicación</u>	<u>Nombre</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>
1)	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____
4)	_____	_____	_____
5)	_____	_____	_____

Alergias

¿Tiene alguna alergia a drogas o medicamentos?? Sí No

Si es así, haga una lista de todos los medicamentos a los que es alérgico

<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Reacción alérgica</u>
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____
5) _____	_____

Tópico Alergias: Látex Yodo Cinta IV Contraste

Revisión de Sysptoms

Marca los siguientes síntomas que padeces actualmente:

Constitucionales: Fiebres Escalofríos Sudores Debilidad Fatiga Disminución de la actividad
 malestar general Aumento de peso inexplicable Pérdida de peso Disminución del deseo sexual
 Dificultad para dormir

Ojos: Visión borrosa Visión doble Alteración visual Dolor

Oídos/Nariz/Garganta/Cuello: Problemas de audición Dolor de oído Problemas de sinusitis
 Dolor de garganta Hemorragias nasales

Respiratorio: Dificultad para respirar Tos Producción de esputo Sibilancias

Cardiovascular: Dolor torácico Palpitaciones Hinchazón en los pies Dificultad para respirar durante el sueño Trastorno hemorrágico Coágulos de sangre Desmayos

Gastrointestinales: Náuseas Vómitos Diarrea Estreñimiento Acidez estomacal Dolor abdominal

Genitourinario/Nefrología: Dolor al orinar Sangre en la orina Cambio en el chorro de orina
 Secreción inusual Dolor en el flanco Incontinencia urinaria

Musculoesquelético: Dolor de espalda Dolor de cuello Dolor articular Dolor muscular
 Calambre muscular Espasmo muscular Alteraciones de la marcha Rigidez articular Hinchazón de las articulaciones Traumatismo

Tegumentario: Erupción Picor Lesiones Moretons

Neurológicos: Equilibrio anormal Confusión Entumecimiento Hormigueo Mareos Dolor de cabeza Pérdida de coordinación Pérdida de memoria Convulsiones Tinnitus Temblores Vértigo

Psiquiátrico: Sentirse ansioso Estado de ánimo deprimido Pensamientos suicidas Alucinaciones
 Problemas de estrés Planes suicidas Pensamientos de dañar a otros



ADVANCED RELIEF INSTITUTE

Formulario de consentimiento del paciente de cumplimiento de HIPAA

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida. El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Usted tiene el derecho de restringir la forma en que su

La información de salud protegida se utiliza y divulga para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no tendrá carácter retroactivo.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- El estudio se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- El bufete tiene derecho a restringir el uso de la información, pero no está obligado a aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesarán.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o un mensaje de texto para confirmar las citas?

Sí No

¿Podemos dejar un mensaje en el contestador automático de su casa o en su teléfono móvil?

Sí No

Podemos hablar de su condición médica con algún miembro de su familia?

Si No

Si En caso afirmativo, nombre de los miembros permitidos: _____

Paciente Nombre: _____

DOB: _____

Firma: _____

Fecha: _____



ADVANCED RELIEF INSTITUTE

Formulario de Divulgación de Registros Médicos Autorización para la Divulgación de Salud Protegida Información

Autorizo la divulgación de mi información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) como se describe en este documento. Entiendo que esta autorización es voluntaria y se hace para confirmar mi dirección. Entiendo que si la(s) persona(s) u organización(es) a la(s) que autorizo(s) a recibir mi información de salud protegida no están sujetas a las leyes federales y estatales de privacidad de la información de salud, la divulgación posterior por parte de dicha(s) persona(s) u organización(es) puede(n) estar protegida por esas leyes.

Autorizo a Pain Relief Solutions, que también opera como Advanced Relief Institute, a solicitar mis registros médicos de sus instalaciones.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la(s) persona(s) u organización(es) mencionada(s) anteriormente(s) hayan tomado medidas confiando en esta autorización. Esta autorización estará vigente hasta que se reciba una revocación por escrito.

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización. Confirmando que el contenido es coherente con mis instrucciones.

Nombre del paciente: _____

DOB: _____

Número de teléfono del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____