



# Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD | Matthew Tan, MD  
Joanna Acosta, PA-C | Tanya Lumbangaol, PA-C, | Veronica Sanchez, FNP-BC  
Austin Chang, PA-C | Rudy Ramirez, PA-C,  
“Restoring Life by Relieving Pain”

Nombre De Paciente \_\_\_\_\_ F.D.N. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(ÚLTIMO) (PRIMERO) (INICIAL)

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

Direccion Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

N.S.S. \_\_\_\_\_ Origen etnico: \_\_\_\_\_ Language: \_\_\_\_\_

Sex: \_\_\_\_\_ Identidad de Genero: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

¿Cómo le gustaría que se enviaran sus recordatorios?: EMAIL: \_\_\_\_\_

Llamada:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Texto/Movil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Surveys

Como Fue referido A nuestra Oficina? Dr.Primario Especialidad Dr Seguro Internet

PCP/EspecialidadDR. Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Emplador \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

## **INFORMACION DE SEGURO/FACTURACION**

Nombre Titular de poliza: \_\_\_\_\_ Relacion: Conyuge Dependiente F.D.N. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Compania de seguros: \_\_\_\_\_ Provider Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

# I.D.ASEGURADA \_\_\_\_\_ POLIZA/GRUPO# \_\_\_\_\_

Es esta una lesion relacionada con el trabajo? SI O NO Dia De Lesion: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Esta la lecion relacioanda con un reclamo por lesiones perdonales? SI O NO Dia De Accidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Reclamo #: \_\_\_\_\_ Ajustador: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Reclamo #: \_\_\_\_\_ Ajustador: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Reclamo #: \_\_\_\_\_ Ajustador: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Reclamo #: \_\_\_\_\_ Ajustador: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

## **CONTACTO DE EMERGENCIA:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono/Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

## **RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE**

Debido a las estrictas reglas adoptadas por el Gobierno Federal (HIPAA-Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud) con respecto a la confidencialidad del paciente, la responsabilidad de la entrega de los resultados de las pruebas médicas y los registros médicos será responsabilidad del paciente. Muchos centros ya no proporcionarán una copia de sus pruebas médicas o registros por fax o correo sin una autorización firmada por el paciente. Nuestra oficina hará todo lo posible para obtener sus registros médicos para su conveniencia. Si no podemos hacerlo, es responsabilidad del paciente asegurarse de que estos registros sean recibidos por Foothills Pain Management Clinic antes de la cita.

Autorizo a Foothills Pain Management Clinic a obtener registros médicos, pruebas, radiografías o cualquier información pertinente para ayudar en la evaluación y el tratamiento de mi afección médica..

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA



# Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD | Matthew Tan, MD  
Joanna Acosta, PA-C | Tanya Lumbangaol, PA-C, | Veronica Sanchez, FNP-BC  
Austin Chang, PA-C | Rudy Ramirez, PA-C,  
“Restoring Life by Relieving Pain”

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

F.D.N: \_\_\_\_\_

Con el fin de cumplir con los más altos estándares para su privacidad y la confidencialidad de su información médica, le pedimos que complete lo siguiente:

¿Podemos ponernos en contacto con usted en este número? ¿Con respecto a la información de citas?      Aceptar para dejar un mensaje  
(confirmar, cancel, reprogramar, etc.,)

(      ) \_\_\_\_\_      Sí      No      Sí No  
Teléfono residencial

(      ) \_\_\_\_\_      Sí      No      Sí No  
Teléfono del trabajo

(      ) \_\_\_\_\_      Sí      No      Sí No  
Teléfono celular

¿Desea que le enviemos un mensaje de texto a su cita Recordatorios??      SÍ      NO

\_\_\_\_\_      Sí      No      Sí No

Dirección de correo electrónico

¿Desea acceder a nuestro Portal del Paciente para que pueda acceder a su información médica en línea: \_\_\_\_\_

**Nuestro Portal del Paciente llegará en julio de 2014.**

Por favor, también enumere a cualquier miembro de la familia o amigos que le gustaría que liberáramos su salud personal Información a. Si no aparece ninguno, solo le daremos a conocer su plan de tratamiento médico..

\_\_\_\_\_  
Nombre      Relación      Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Name      Relación      Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre      Relación      Número de teléfono

**Tiene actualmente un FORMULARIO INTENSIVO AVANZADO DE ATENCIÓN MÉDICA ? SÍ O NO**

**¿Está interesado en obtener una Directiva avanzada de atención médica??      YES      NO**

**¿Tiene un tomador de decisiones sustituto??      YES      NO**

**¿Quién es su tomador de decisiones sustituto?? \_\_\_\_\_ Teléfono: (      ) \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD | Matthew Tan, MD  
Joanna Acosta, PA-C | Tanya Lumbangaol, PA-C, | Veronica Sanchez, FNP-BC  
Austin Chang, PA-C | Rudy Ramirez, PA-C,  
“Restoring Life by Relieving Pain”

**EL PAGO SE DEBE REALIZAR CUANDO SE PRESTAN LOS SERVICIOS.** Le facturaremos a la mayoría de las compañías de seguros como cortesía, siempre que tengamos toda la información necesaria. Es su responsabilidad verificar con su compañía de seguros si está cubierto por los servicios médicos proporcionados a, por ejemplo, consultas / seguimiento médico, epidurales, bloqueos de facetas, recargas de bombas o estimulador de la médula espinal. Cualquier deducible, copagos, coseguros o saldos no pagados por su compañía de seguros son su responsabilidad financiera y se deben en su totalidad antes de que se presten los servicios. Esto se aplica a todos los seguros, incluido Medicare.. **Patient Initials:** \_\_\_\_\_

**COPAGO: LOS DEDUCIBLES Y LA RESPONSABILIDAD DEL COSEGURO SE DEBEN PAGAR CUANDO SE PRESTAN LOS SERVICIOS.** Todos los pacientes son responsables de todos los cargos no pagados por la compañía de seguros dentro de los 45 días posteriores a la fecha del servicio. Los arreglos de pago solo se realizarán de forma individual y **EN NUESTRA DESCRESTION.** No garantizamos que se hará un acuerdo de pago. Nos reservamos el derecho de retirar la extensión de crédito en cualquier momento. **Patient Initials:** \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN DE SEGURO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

POR LA PRESENTE AUTORIZO a Foothills Pain Management Clinic a proporcionar información personal de salud a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y tratamiento y por la presente asigno a Foothills Pain Management Clinic todo el pago por los servicios médicos prestados a mis dependientes o a mí mismo. Entiendo que soy responsable de los deducibles del paciente, el coseguro y cualquier cantidad no cubierta por mi seguro. Los servicios de laboratorio, radiología y otros servicios auxiliares proporcionados en relación con Foothills Pain Management Clinic se facturarán por separado. Los copagos deben hacerse en el momento del servicio. Hay un cargo de \$50.00 por cualquier cheque devuelto. Entiendo y acepto dar al menos 24 horas de anticipación si no puedo asistir a una cita. Si no lo hace, se le cobrará un cargo de "No Show" de \$25.00 por una cita de seguimiento y \$50.00 por cualquier procedimiento programado..

**Patient Initials:** \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE MEDICARE

Solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados de Medicare a Foothills Pain Management Clinic por cualquier servicio que me proporcione este médico/ proveedor. Autorizo a Foothills Pain Management Clinic a divulgar cualquier información personal de salud a la Administración de Financiamiento de atención médica y sus agentes para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos a los servicios relacionados..

Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autorizo la divulgación de la información personal de salud necesaria para pagar el reclamo. En los casos asignados a Medicare, el médico / proveedor acepta aceptar la determinación de cargo del proveedor de Medicare como pago parcial de la tarifa permitida por Medicare, el saldo de la factura se facturará directamente al paciente. **El paciente es responsable de cualquier saldo restante no pagado por Medicare, deducible, coseguro y servicios no cubiertos.** El coseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo de la compañía de Medicare. **Patient Initials:** \_\_\_\_\_

**POLÍTICA DE CANCELACIÓN.** A los pacientes que no cancelen una cita dentro de las 24 horas posteriores a la hora de la cita se les cobrará un cargo de \$ 25.00 por no presentarse / cancelar tarde. \$50.00 para todos los procedimientos programados. Esta tarifa debe pagarse antes de que pueda volver al horario.

**Patient Initials:** \_\_\_\_\_

**POLÍTICA DE CHEQUES DEVUELTOS.** Habrá una tarifa de \$ 50.00 por todos los cheques devueltos y Foothills Pain Management Clinic requerirá otra forma de pago para todos los pagos futuros realizados durante su curso de tratamiento.. **Patient Initials:** \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

El abajo firmante da su consentimiento para el tratamiento realizado por Foothills Pain Management Clinic, incluidos, entre otros, tratamientos o servicios de emergencia, procedimientos de laboratorio, examen de rayos X, tratamiento médico o quirúrgico y / o procedimientos prestados al paciente bajo las instrucciones generales y específicas del médico del paciente.. **Patient Initials:** \_\_\_\_\_

### RELAEASE DE HISTORIAS CLÍNICAS

Autorizo la divulgación de cualquier registro médico o de medicamentos anteriores a Foothills Pain Management Clinic, Dr. Dharmesh Mehta que ayudará en mi tratamiento. es decir: Informes Médicos; Resultados de laboratorio; Pruebas diagnósticas; Historial de medicamentos recetados y dispensados anteriores. **Patient Initials:** \_\_\_\_\_

**He leído este formulario al completar y entiendo completamente mi responsabilidad como paciente de Foothills Pain Management Clinic y acepto cumplir con la Política de la Oficina de Foothills Pain Management Clinic durante mi tratamiento..**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha



# Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD | Matthew Tan, MD  
 Joanna Acosta, PA-C | Tanya Lumbangaol, PA-C, | Veronica Sanchez, FNP-BC  
 Austin Chang, PA-C | Rudy Ramirez, PA-C,  
 “Restoring Life by Relieving Pain”

## Informed Consent for Opioid Patient Prescriber Agreement

This Opioid Patient Prescriber Agreement is designed to discuss the medications you will be taking for pain management and to assure that you and your physician/healthcare provider comply with all state and federal regulations concerning the prescribing of controlled substances. The physician’s goal is for you to have the best quality of life possible given the reality of your clinical condition. The success of treatment depends on mutual trust and honesty in the physician/patient relationship and full agreement and understanding of the risks and benefits of using opioids to treat pain.

### **Please Complete Opioid Therapy Monitoring- Answer ALL questions complete. Leave NO Blanks**

<b>Activity</b> What Progress has been made in your functional goals?	A) Sitting Tolerance B) Standing Tolerance C) Walking Ability D) Ability to perform daily Living activity	A) B) C) D)
<b>Analgesia</b> How Do you rate your Pain Over the last 24 hours?	Average Pain Level: _____ Worst Pain Level: _____ Scale from 0-10 0= No Pain 10= Unbearable Pain	
<b>Analgesia</b> In General, how much Pain relief have pain medications Provided? How long does the relief last?	IE: 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  Hours ____ between Doses	
Opioid Medication may reduce pain, making it easier to:	<input type="checkbox"/> Go Back to Work <input type="checkbox"/> Sleep <input type="checkbox"/> Climb Stairs <input type="checkbox"/> Daily Housework <input type="checkbox"/> Walk <input type="checkbox"/> Exercise	<b>Other Things Medication Improves:</b>
<b>Adverse Effects</b> Have you experienced any adverse Effects from the medication?	Constipation _____    Addiction _____ Nausea _____            Itching _____ Dizziness _____        Tolerance _____ Drowsiness _____        Breathing _____ Other:	<b>Other Side Effects:</b>
<b>Aberrant Behaviors</b> Is Medication taken as Prescribed?  Do you exhibit any signs of the problematic behaviors or medication misuse?	How Often do you take the Medication?  <b>How Often are you prescribed to take the medication?</b>	Drug Use: _____    Alcohol Use: _____  Increased Dose: _____    Multiple MD’s: _____  Lost RX: _____
<b>Affect</b> Have there been any changes to the way the you have been feeling?	Does pain change your MOOD?    YES    NO Do you have Depression?            YES    NO Do you have Anxiety?                YES    NO	
<b>Accurate Records</b> A) What Opioid Medication are you taking? B) What is the Daily Dose? C) Physician Prescribing?	A)  B)  C)	<b>Pharmacy Name:</b>  <b>Number:</b>  <b>City:</b>
<b>Previous Medications Tried</b>  <b>Why they Failed?</b>	<b>Name:</b>  <b>Dose:</b> <b>How Long did you Try them:</b>  <b>FAILED:</b>	<b>Name:</b>  <b>Dose:</b> <b>How Long did you Try them:</b>  <b>FAILED:</b>

**I understand that many medications can have interactions with opioids that can either increase or decrease their effect. Therefore, the following is expected of me as patient being prescribed Opioid medication:**



## Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD | Matthew Tan, MD  
Joanna Acosta, PA-C | Tanya Lumbangaol, PA-C, | Veronica Sanchez, FNP-BC  
Austin Chang, PA-C | Rudy Ramirez, PA-C,  
“Restoring Life by Relieving Pain”

1. **I am responsible for my pain medications.** I agree to take the medication only as prescribed.
  - a. I must store my medication in a safe location, where other people do not have access to my medication.
  - b. I understand that the opioid medication is strictly for my own use. The opioid should **never** be given or sold to others because it may endanger that person’s health and is **against the law.** **Please Initial:** \_\_\_\_\_
  - c. I understand that increasing my dose without the close supervision of my physician could lead to drug overdose causing severe sedation and respiratory depression and death. If I increase my dose without physician authorization, additional Medication will NOT be given to me EARLY for any Circumstance.
  - d. **Opioid medication can ONLY be electronically prescribed by a provider. Medication CANNOT BE CALLED into the pharmacy and will ONLY be sent during a scheduled appointment.** **Please Initial:** \_\_\_\_\_
  - e. Choosing a pharmacy is completely your choice, Staff nor providers know any pharmacies that carry your medication and we do not have access to quantities or availability at pharmacies. We will not call around to find your medication.
  - f. You must bring back all opioid medications and adjunctive medications prescribed by your physician in the original containers/bottles at every visit.
  - g. Prescriptions will not be written in advance due to vacations, meetings, or other commitments.
2. I will inform my physician of all medications I am taking, including herbal remedies. Medications like Valium or Ativan; sedatives such as Soma, Xanax, Fiorinal; antihistamines like Benadryl; herbal remedies, alcohol, and cough syrup containing alcohol, codeine, or hydrocodone can interact with opioids and produce serious side effects. Side Effects can include drowsiness, dangerously slowed breathing and decreased alertness.
  - i. Patient Activity Reports will be run from the Department of Justice website for every visit to monitor medication being prescribed. If there are multiple providers prescribing Opioid Medication, it is made very clear that I will no longer receive prescriptions for pain management and will be expected to find a different pain management provider outside of Foothills Pain Management Clinic.  
**I will not request or accept controlled substance medication from any other physician or individual while I am receiving such medication from my physician at the Pain Center.** **Please Initial** \_\_\_\_\_  
Any evidence of drug hoarding, acquisition of any opioid medication or adjunctive analgesia from other physicians (which include emergency rooms), uncontrolled dose escalations or reduction, loss of prescriptions, or failure to follow the agreement may result in termination of the doctor/patient relationship
  - ii. As there is a high risk with taking Opioid Medication, I have been educated in taking Narcan/Naloxone/Evzio medication to reverse the effects of medication taken. A prescription for Narcan/Naloxone/Evzio product will be sent to your pharmacy. You can take the medication brand that is covered by your insurance and that is in stock at your pharmacy. You will keep the Narcan/Naloxone/Evzio and use the medication as required for an overdose. Narcan/Naloxone/Evzio works quickly to block the effects of opioids and temporarily reverses the breathing problems caused by the overdose, which can prevent death. Notify the provider if you need a new prescription as it is required to keep this medication.  
You can visit: <https://www.youtube.com/watch?v=nurz9qPGKws> for visual instructions.
3. You should not use any illicit substances, such as cocaine, marijuana, methamphetamines etc. while taking prescribed medications. This may result in a change to your treatment plan, including safe discontinuation of your opioid medications when applicable or complete termination of the doctor/patient relationship. **Please Initial:** \_\_\_\_\_  
**A Prescription will NOT be prescribed if you test positive for illicit substance.**
4. The use of alcohol together with opioid medications is contraindicated.
  - a. If I have a history of alcohol or drug misuse/addiction, I must notify the physician of such history since the treatment with opioids for pain **may** increase the possibility of relapse. A history of addiction does not, in most instances, disqualify one for opioid treatment of pain, but starting or continuing a program for recovery **is a necessity.**
5. Possible Side Effects of using Opioid Medication are:
  - a. Physical Dependence: I understand that decreasing or stopping my medication without the close supervision of my physician can lead to withdrawal. **Withdrawal symptoms** can include yawning, sweating, watery eyes, runny nose,



# Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD | Matthew Tan, MD  
Joanna Acosta, PA-C | Tanya Lumbangaol, PA-C, | Veronica Sanchez, FNP-BC  
Austin Chang, PA-C | Rudy Ramirez, PA-C,  
“Restoring Life by Relieving Pain”

anxiety, tremors, aching muscles, hot and cold flashes, “goose flesh”, abdominal cramps and diarrhea. These symptoms can occur 24-48 hours after the last dose and can last up to 3 weeks. If you want to stop taking the medication speak to your provider about slowly tapering off your current dose with monitoring.

- b. Tolerance: is the feeling of needing more medication to achieve previous pain relief. This means that the opioid medicine may begin to feel like it’s not working. Provider may change medication or start to taper you off the medication if it proves no longer effective due to a tolerance.
- c. Addiction: Intense craving for opioid medicine, even if taken as prescribed. When a person is not able to control their opioid medicine use and may continue using the medicine despite the side effects it causes, this is called addiction. If addiction occurs, medical supervision will be required to stop taking the opioid medication.

### Possible Side Effects

OPIOID SIDE EFFECTS	Percentage of Patients *% Patients side effects unknown
Addiction	5-30 %
Breathing problems during Sleep; disruption of sleep	25%
Confusion	*
Constipation	30-40%
Depression	30-40%
Drowsiness	15%
Dry Mouth	25%
Intestinal Blockage	Less than 1% per year
Itching	*
Infertility and Impotence	25%-75%
Nausea or Vomiting	*
Overdose- Can lead to Death <ul style="list-style-type: none"> <li>• Narcan can reverse the Effects of Opioids</li> </ul>	30-83%
Physical Dependence	*
Tolerance	*
Unexpected Increased Pain	*

- 6. I agree and understand that my physician reserves the right to perform random or unannounced urine drug testing. If requested to provide a urine sample, I agree to cooperate. If I decide not to provide a urine sample, I understand that my doctor may change my treatment plan, including safe discontinuation of my opioid medications when applicable or complete termination of the doctor/patient relationship. The presence of a non-prescribed drug (s) or illicit drug (s) in the urine can be grounds for termination of the doctor/patient relationship. Urine drug testing is not forensic testing but is done for my benefit as a diagnostic tool and in accordance with certain legal and regulatory materials on the use of controlled substances to treat pain.
- 7. I agree to allow my physician/healthcare provider to contact any healthcare professional, family member, pharmacy, legal authority, or regulatory agency to obtain or provide information about my care or actions *if the physician feels it is necessary*.
- 8. I agree to a family conference with a close friend, significant other or a family member *if the physician feels it is necessary*.
- 9. I understand that non-compliance with the above conditions may result in a re-evaluation of my treatment plan and discontinuation of opioid therapy. I may be gradually taken off these medications, or even discharged from the clinic.
- 10. I understand that I am expected to treat providers and staff with respect and agree that yelling, cursing, and name calling is not appropriate behavior in a medical office. If I become, rude, irate, belligerent or defer medical advice, I agree to be discharged from medical treatment and will seek treatment elsewhere for my Pain Management needs.





# Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD | Matthew Tan, MD  
Joanna Acosta, PA-C | Tanya Lumbangaol, PA-C, | Veronica Sanchez, FNP-BC  
Austin Chang, PA-C | Rudy Ramirez, PA-C,  
“Restoring Life by Relieving Pain”

I will communicate fully with my physician to the best of my ability at the initial and all follow-up visits what my pain level is and functional activity along with any side effects of the medications. This information allows my physician to adjust my treatment plan accordingly.

Other Options for Pain Management treatment other than Medication can also include:

- A) Non-Opioid Medicines such as Tylenol, Motrin, Aleve
- B) Physical Therapy, Required to be completed 2-3 Sessions for 4-6 weeks every 6 months to a year
- C) Acupuncture
- D) Self-management techniques and coping strategies such as meditation, stress reduction, counseling and coaching, massage therapy, social support group, and attention to proper sleep
- E) Interventional Pain Management Procedures
- F) Clinicians at Foothills Pain Management Clinic follow all CDC and Medical Board recommendations and will NOT prescribe more than 90 Morphine Milligram Equivalence of Opioid Medication for short term use. Opioid Medication is not medically necessary for Long Term Pain Management.

[ ] I \_\_\_\_\_ have read the above information or it has been read to me and all of my questions  
Print Patient Name  
regarding the treatment of pain with opioids have been answered to my satisfaction. I hereby give my consent to participate in the opioid medication therapy & acknowledge receipt of this document.

[ ] After reviewing and discussing all of my options, I, \_\_\_\_\_ have decided that medication is not  
Print Patient Name  
an option I would not like to proceed with it at this time. I would like to decline the prescribing of Opioid medication and will proceed with \_\_\_\_\_ to assist in managing my pain.

I also understand that by signing this agreement the clinicians at Foothills Pain Management Clinic are under no obligation to prescribe Opioids or Narcotics. Being seen at Foothills Pain Management Clinic is NOT a GUARANTEE that a prescription will be written. A Medical Evaluation will be performed, and the best course of medical treatment will be offered. The clinicians at this office will prescribe medication according to the guidelines set forth by the Medical Board in conjunction with California State and Federal Laws according to Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recommendations.

Patient's Signature \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Witness's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



# Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD | Matthew Tan, MD  
Joanna Acosta, PA-C | Tanya Lumbangaol, PA-C, | Veronica Sanchez, FNP-BC  
Austin Chang, PA-C | Rudy Ramirez, PA-C,  
*“Restoring Life by Relieving Pain”*

## Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP)

En cumplimiento con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), Foothills Pain Management Clinic, PC debe proporcionar al paciente el Aviso de Prácticas de Privacidad. El aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

En conformidad con el acto de la Portabilidad y de la Responsabilidad del seguro medico de 1996 (HIPPA), Foothills Pain Management Clinic, PC es requerido que laproporcione al paciente el Aviso de la salud sobre usted puede ser utilizada y ser divulgada, y com ousted puede tener el acceso a esta informacion. Por favor lea esta information cuidadosmente.

Por la presente, reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Foothills Pain Management Clinic que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Además, se publica un Aviso de Prácticas de Privacidad en el área de espera del paciente..

Entiendo que puedo solicitarle por escrito que restrinja la forma en que se usa y divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con dichas restricciones..

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre

Si no está firmado por el paciente, por favor indique la relación: \_\_\_\_\_

### OFFICE USE ONLY

I attempted to obtain the patient’s signature in acknowledgement on this receipt of Notice of Privacy Practices form but was unable to do so as documented below:

Date: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_





# Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD | Matthew Tan, MD  
Joanna Acosta, PA-C | Tanya Lumbangaol, PA-C, | Veronica Sanchez, FNP-BC  
Austin Chang, PA-C | Rudy Ramirez, PA-C,  
"Restoring Life by Relieving Pain"

Patient Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Patient DOB/FDN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Gender/Género: Male Female

Weight/Peso: \_\_\_\_\_ Height/Altura: \_\_\_\_\_ Ethnicity/Raza: \_\_\_\_\_ Language Preference/Preferencia de idioma: \_\_\_\_\_

Describe why you are being seen by Dr. Mehta/ Explicar por qué están siendo vistos por el Dr. Mehta:

Who do you live with at home?/¿Con quién vives en casa con? ( ) live alone/solo \_\_\_\_\_

Living Arrangement/Arreglo de vivienda: House/Casa Apartment/apartamento Care Facility/Instalacion de Atencion Other/Otro: \_\_\_\_\_

Are you/¿Está: Married/Casado Single/Soltero Divorced/Divorciado Widowed/Viudo

Number of Children/ Número de niños: \_\_\_\_\_ Highest level of Education/Nivel mas alto de education: \_\_\_\_\_

Alcohol Use/Alcohol: Daily/Diario Weekly/Semanal Socially/Socialmente NEVER/Nunca

Number of Years Drinking Alcohol/Numero de anos que bebe: \_\_\_\_\_

Tobacco Use/Tabaco: Daily/Diario Weekly/Semanal Socially/Socialmente NEVER/Nunca

Number of Years Smoking/Numero de Anos de fumar: \_\_\_\_\_/Pack/day(Paquete/dia) \_\_\_\_\_

If you are a CURRENT Smoker, Have you Tried to QUIT in the past 3 Years? YES NO

Why were you unsuccessful in Stopping? \_\_\_\_\_

Illegal Drug Use/Ilicito de dogas: Daily/Diario Weekly/Semanal Socially/Socialmente NEVER/Nunca

Number of Years using Illegal Drugs/Numero de usar drogas ilegales: \_\_\_\_\_

List doctors you have previously seen/ Los médicos que ya ha visto Lista . INCLUDING REFERRING DOCTOR/Referirse a medico:

Name of Doctor/Nombre el Medico	Specialty/ Especialidad	Phone Number/Numero de Telefono	City/Ciudad

When did the pain start?/¿Cuándo fue la fecha de inicio? \_\_\_\_\_ ( ) Unknown

What made the pain start?/Lo que hizo que comenzo el dolor? \_\_\_\_\_ ( ) Unknown

What makes the pain worse?/¿Qué hace que el dolor empeore? \_\_\_\_\_ ( ) Unknown

What makes the pain better?/¿Qué hace que el dolor se alivie? \_\_\_\_\_ ( ) Unknown

What is your pain Level on a scale 1-10? Please Mark your pain level on the Pain Intensity Scale Below: \_\_\_\_\_

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Please Make your Pain 0=NO PAIN 5= Moderate Pain 10= Worst Possible Pain

¿Qué tan malo es su dolor en una escala de 1-10 (Uno de ellos es el menor y 10 el peor) \_\_\_\_\_

Level of Pain/Nivel de dolor: Mild/Leve Moderate/Moderada Severe/Severo

How often Are you in Pain?/¿Con qué frecuencia siente dolor: \_\_\_\_\_

Out of a 24 hour day How Many Hours does your pain Last? \_\_\_\_\_

El Dolor Es: CONSTANTE VA Y VIENE SOLO POR LA MAÑANA SOLO POR LA TARDE SOLO POR LA NOCHE

Are you able to?/¿Es usted capaz?( ) Walk/Caminar ( ) Stand/Parada ( ) Daily Activities/Actividades Diarias ( ) Drive/Conducir

( ) Work/Trabajo ( ) Sleep/Dormir ( ) Sex/Sexo ( ) Sit/Sentar ( ) Laying Down/Acostado ( ) Movement/Movimiento

Is this Work Related/¿Es esto relacionado de trabajo?: YES/Si NO Last Date Worked/Última fecha de trabajo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

What type of work do you do?/¿Qué tipo de trabajo hace usted?: \_\_\_\_\_

Are you on Disability/¿Está usted en la discapacidad?: YES/Si NO Who put you on Disability?/¿Quién te puso en la discapacidad? \_\_\_\_\_

Is/Was there a lawsuit regarding this injury?/¿Es/fue allí una demanda por esta lesión?: YES/Si NO

Attorney Name/Nombre del abogado: \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_



# Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD | Matthew Tan, MD  
 Joanna Acosta, PA-C | Tanya Lumbangaol, PA-C, | Veronica Sanchez, FNP-BC  
 Austin Chang, PA-C | Rudy Ramirez, PA-C,  
*“Restoring Life by Relieving Pain”*

**Use cualquiera de las siguientes PALABRAS para describir su dolor:**

Tender/Tierno	Swollen/Hinchado	Weakness/Debilidad
Paralyzed/Paralizado	Dulling/Embotamiento	Throbbing/Palpitante
Spasm/Espasmo	Straining/Esfuerzo	Nauseous/náusea
Burning/Ardor	Numbness/ entumecimiento	Tingling/Hormigueo
Stabbing/ puñalada	Cramp/Calambre	Sore/Adolorido
Sharp/Agudo	Constant Shooting/Tiro Constante	Crushing/Apalstane
Pressure/presión	Muscle Spasms/Espasmos musculares	Freezing/congelación
Unbearable/inaguantable	Stiffness/Rigidez	Excruciating/agudísimo
Ache/Dolor/Tightness/opresión	Crushing/Aplastante	Electric Shock/Descarga eléctrica

**Indicate where the pain is and what the pain feels like/Indique donde esta el dolor y lo que se siente el dolor:**

	Describe the Pain/Describe el dolor	When did pain start	Pain Level from 1-10
Headaches/dolor de cabeza			
Migraines			
Occipital Neuralgia			
Shoulders/Hombro:    RIGHT    LEFT			
Arm/Brazo:            RIGHT    LEFT			
Elbow/Codo:           RIGHT    LEFT			
Wrist/Muñeca:         RIGHT    LEFT			
Hand/Mano:            RIGHT    LEFT			
Neck/Cuello:			
Mid-Back/Media de la Espalda:			
Pelvic/Pelvico:			
Low Back/Parte Baja de la Espalda:			
Buttocks/Asentaderas			
Hip/Cadera:           RIGHT    LEFT			
Leg/Pie:                RIGHT    LEFT			
Knee/Rodilla:         RIGHT    LEFT			
Ankle/Tobillo:         RIGHT    LEFT			
Foot/Pie:               RIGHT    LEFT			
Toes/Dedos de los pies: RIGHT    LEFT			

**Favor marque cualquiera de los siguientes tratamientos que pueda haber tenido en el pasado, y diga quién los realizó; cuándo y el resultado:**

Treatment Done/Trato Hecho	Who/Quién/Where/Donde	When/Cuando	What was the outcome/cuál fue el resultado
Physical Therapy/Terapia Fisica			
Pool Therapy/Piscina Terapeutica			
Biofeedback			
Tens Unit/ Decenas Unidad			
Acupuncture/Acupuntura			
Trigger Point/En Los Puntos Gatillo			
Epidural Steroid/Epidural de esteroides			
Surgery/Cirugia			
Detox/Rehabilitation:			
Hospitalized for Pain/Hospitalizado por dolor			
Other Specialist/Otro Especialista:			
Chiropractic Manipulation			
Psychological Counseling For Pain			
X-Rays/Rayos X:			
MRI:			
CT Scan:			



# Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD | Matthew Tan, MD  
 Joanna Acosta, PA-C | Tanya Lumbangaol, PA-C, | Veronica Sanchez, FNP-BC  
 Austin Chang, PA-C | Rudy Ramirez, PA-C,  
*“Restoring Life by Relieving Pain”*

Por favor, MARQUE cualquier problema médico que haya experimentado desde el inicio de su DOLOR a la corriente.

Medical Problem/Problemas Medicos	X	When/Cuando	Treating Physician/ Tratamiento Medico	Family History/ Historia Familiar	Family Member/ Miembro de la Familia
AIDS/SIDA					
Alcoholism/alcoholism					
Anesthesia Reaction/anesthesia reaccion					
Aneurysm/Aneurisma					
Anxiety/Ansiedad					
Arthritis/Artritis/ Rheumatoid/Reumatoide					
Asthma/Asma					
Bleeding Disorder/Desangramiento					
Bloody Stool/Sangre en las Heces					
Breast Cancer/Cancer de Mama					
Broken Bone/Fractura de Huesos:					
Carpal Tunnel Syndrome					
<b>Cancer/Cancer:</b>					
Cardiovascular Problems/Problemas de Cora					
Cellulites/Celulitis					
<b>Cervical (Neck)Pain:</b>					
Change in: Bladder/Cambio en: Vejiga					
Change in: Bowel/Cambio en: Heces					
Constipation/Estrenimiento					
Crohn’s Disease/Enfermedad Corona					
Cyst:Quiste					
Degenerative Joint/Articular Degenerativa					
Depression/Depresion					
<b>Diabetes/Diabetico</b>					
<b>Difficulty Sleeping/Dificil Dormir</b>					
Dizziness/Mareo					
Fatigue/Fatiga					
GERD/ERGE					
Glaucoma					
Feeling Hopeless/Sentimientos de Desespera					
Feeling Worthless/Sentirse sin Valor					
Headaches/Dolores de Cabeza					
Heart Attack/Ataque del Corazon					
Hepatitis A					
Hepatitis B					
Hepatitis C					
<b>High Blood Pressure/Presion Arterial Alta</b>					
Hypoglycemia/La Hipoglucemia					
Hypothyroid/Hipotiroidismo					
<b>Insomnia/ Insomnio</b>					
Irregular Heartbeats/irregular palpitation del					
Kidney Problems/Problemas Renales					
Leukemia/Leucemia					
Liver Problems/Problemas Hepaticos					
<b>Low Back Pain/Dolor de Espalda</b>					
Loss of Interest/Perdida de interes:					



# Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD | Matthew Tan, MD  
 Joanna Acosta, PA-C | Tanya Lumbangaol, PA-C, | Veronica Sanchez, FNP-BC  
 Austin Chang, PA-C | Rudy Ramirez, PA-C,  
 “Restoring Life by Relieving Pain”

Por favor, indique cualquier problema médico que haya experimentado desde el inicio de su DOLOR hasta la actualidad.

Medical Problem/Problemas Medicos	X	When/Cuando	Treating Physician/ Tratamiento Medico	Family History/ Historia Familiar	Family Member/ Miembro de la Familia
Menopause/Menopausia					
Migraine/Migraña					
Multiple Sclerosis/Esclerosis Multiple					
Muscular Dystrophy/Distrofia Muscular					
Night Sweats/Sudores Nocturnos					
<b>Numbness/Entumecimiento</b>					
Obesity/Obesidad					
Panic Attack:					
Preadolescent Sexual Abuse					
Reiter's Syndrome					
Restless Leg Syndrome/Síndrome de las pi					
Schizophrenia/Esquizofrenia					
<b>Sciatica/Ciática</b>					
Seizures/Incautación					
Sleep Apnea/Apnea del sueño					
Stroke/Embolia					
Swelling/Hinchazón					
Substance Abuse:					
Tendonitis/Tendinitis					
<b>Trigeminal Neuralgia</b>					
Tuberculosis					
Tumor:					
Ulcers/úlceras					
Unexplained Crying/llanto inexplicable					
Urinary Incontinence/Incontinencia Urinari					
<b>Weakness/Debilidad</b>					
Weight Gain/Ganancia de peso					
Weight Loss/la pérdida de peso					
Other/Otro:					

**List ALL CURRENT & PAST medications/ Los medicamentos Actuales y Pasados**

Name of Medication/Nombre Del Medicinas	Dose/Dosis	Frequency/Frecuencia	Prescribing Doctor/_prescripción médica

**ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO ANTICOAGULANTE?: SÍ NO:** \_\_\_\_\_  
 Example: Plavix, Coumadin, Pradaxa etc: What Dr Prescribes it: \_\_\_\_\_ Why: \_\_\_\_\_

**Allergies/Alergias:** ( ) None/Ninguno ( ) Latex/ Látex ( ) IV Dye/Contrast ( ) Penicillin/Penincilina  
 ( ) Morphine/Morfina ( ) Codiene/Codeina ( ) **Other/Otro:** \_\_\_\_\_

**Allergic Reaction/ Reacción de Alergias:** \_\_\_\_\_





# Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD | Matthew Tan, MD  
Joanna Acosta, PA-C | Tanya Lumbangaol, PA-C, | Veronica Sanchez, FNP-BC  
Austin Chang, PA-C | Rudy Ramirez, PA-C,  
"Restoring Life by Relieving Pain"

Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain on the AVERAGE.  
Por favor califique su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describe su dolor en la media.

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Please Make your Pain 0=NO PAIN 5= Moderate Pain 10= Worst Possible Pain  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Por favor, hacer que su dolor 0 = NO PAIN 5 = Dolor Moderado 10 = peor dolor posible

Please rate your pain by circling the one number that tells how much pain you have RIGHT NOW.  
Por favor califique su dolor circundando en el número que indica la cantidad de dolor que tienes ahora.

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Please Make your Pain 0=NO PAIN 5= Moderate Pain 10= Worst Possible Pain  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Por favor, hacer que su dolor 0 = NO PAIN 5 = Dolor Moderado 10 = peor dolor posible

What treatment or medications are you receiving for your pain?( ¿Qué tratamiento o medicamentos está recibiendo por su dolor?)

In the past 24 hours, how much relief have pain treatments or medication provided? Please circle the one percentage that most shows how much RELIEF you have received. (En las últimas 24 horas, la cantidad de alivio han proporcionado tratamientos para el dolor o medicamentos? Por favor circule el porcentaje que la mayoría muestra cuánto alivio que ha recibido.)

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Circle the once number that describes how, during the past 24 hours, pain has interfered with your:( Circule el número una vez que describe cómo, durante las últimas 24 horas, el dolor ha interferido con su:)

A. GENERAL ACTIVITY: ACTIVIDAD GENERAL:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No interfiere Interfiere completamente

B. MOOD: EL ESTADO DE ánimo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No interfiere Interfiere completamente

C. WALKING ABILITY: capacidad para caminar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No interfiere Interfiere completamente

D. NORMAL WORK (includes both outside the home and housework): TRABAJO NORMAL (incluye tanto fuera de la casa y las tareas domésticas)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No interfiere Interfiere completamente

E. RELATIONS WITH OTHER PEOPLE: RELACIONES CON OTRAS PERSONAS:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No interfiere Interfiere completamente

F. SLEEP: DORMIR:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No interfiere Interfiere completamente

G. ENJOYMENT OF LIFE: DISFRUTE DE LA VIDA:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No interfiere Interfiere completamente