

Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD and Associates
Diplomat, American Board of Pain Medicine
Diplomat, American Board of Anesthesiology

Bienvenidos a Foothills Pain Management Clinic! Nuestros médicos están dedicados a restaurar su vida con aliviando su dolor.

Nosotros utilizamos un enfoque interdisciplinario para aliviar el sufrimiento de sus síntomas de dolor crónico, a fin de mejorar sus actividades cotidianas.

El tratamiento puede incluir la prescripción de analgésicos, pruebas de diagnóstico, fisioterapia y/o procedimientos intervencionista. Su participación y acuerdo se incluyen al desarrollar un plan de tratamiento.

Nuestros médicos e empleados entienden que está buscando resultados inmediatos; sin embargo, tratamientos médicos de alta calidad lleva tiempo. Apreciamos su comprensión de que solo podemos tratar a pacientes que desean ser tratados y seguir todas las regulaciones de tratamiento médico de CDC; incluido el respeto mutuo entre usted como paciente y nuestros médicos e empleados.

Se le ha programado una consulta inicial:

a las _____ AM/PM. Por favor llegue a las _____ AM/PM

En nuestra oficina de { } Covina { } Pomona { } East LA localizado en la dirección:

Oficina de Covina:
236 W. College St
Covina, CA 91723

Oficina de Pomona:
2895 N. Towne Ave
Pomona, CA 91767

Oficina de East LA:
1828 E. Cesar E. Chavez Ave
Suite #6200
Los Angeles, CA 90033

Asegúrese de traer con usted a su cita:

Este paquete completo para los pacientes nuevos

Tarjeta de seguro y una identificación con foto

Toda la medicación de dolor en la botella original

Cualquier registro médico relacionado con el motivo por lo que necesita ser visto y/o tratado, incluyendo reportes de MRI, rayos x, y/o otras formas de radiología

¡Esperamos en conocerle! Llame a la oficina al (626) 608-7320 si necesita reprogramar su cita.

Gracias,
Foothills Pain Management Clinic



Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD and Associates
Diplomat, American Board of Pain Medicine
Diplomat, American Board of Anesthesiology

PACIENTE Nombre _____ DOB ____ / ____ / ____ Edad ____
(APELLIDO) (NOMBRE) (INICIAL)

ADDRESS _____ CIUDAD, STATE _____ ZIP _____

TELÉFONO () _____ CELL () _____ SSN _____

E-Mail: _____, se utilizará un portal Paciente

POR FAVOR CIRCLE: Hombre Mujer Casado Soltero Divorciado VIUDO

D.L.# _____ Idioma principal _____ INTÉRPRETE SE NECESITA? Y N

¿Cómo se lo refirió a nuestra oficina? _____

ES SU ENFERMEDAD O LESIONES CAUSADAS POR EL TRABAJO? SI NO D.O.I. ____ / ____ / ____

TELÉFONO EMPLOYER _____ () _____

ADDRESS _____ CIUDAD, STATE _____ ZIP _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO / FACTURACIÓN

PARTE RESPONSABLE _____ RELACIÓN _____ D.OB ____ / ____ / ____

EMPLEADOR (SI ES DIFERENTE) _____ TELÉFONO () _____

SEGURO CO. _____ TELÉFONO () _____

ADDRESS _____ CITY, STATE _____ ZIP _____

ASEGURADO ID # _____ POLÍTICA / GRUPO # _____

RECLAMO # _____ ADJUSTER _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

NAME _____ PHONE () _____ CELL () _____ Relación: _____

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE:

Debido a las estrictas normas adoptadas por el Gobierno Federal (HIPAA-Seguro de Salud Ley de Portabilidad y Responsabilidad) con respecto a la confidencialidad de los pacientes, la responsabilidad de la entrega de los resultados de las pruebas médicas y registros médicos será la responsabilidad del paciente. Muchas instalaciones dejarán de proporcionar una copia de sus exámenes médicos o registros por fax o correo electrónico sin una autorización firmada por el paciente. Nuestra oficina hará todo lo posible para obtener su historia clínica para su conveniencia. Si no somos capaces de hacerlo, es la responsabilidad del paciente para asegurar que estos registros se reciben por la Clínica de Foothills Manejo del dolor antes de la cita.

Yo autorizo a la Clínica de Gestión de Estribaciones del dolor para obtener registros médicos, pruebas, radiografías o cualquier información pertinente para ayudar en la evaluación y el tratamiento de mi condición médica. Esta autorización permanecerá en efecto por un (1) año, a menos que sea revocada por mí por escrito.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA



Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD and Associates

Diplomat, American Board of Pain Medicine

Diplomat, American Board of Anesthesiology

EL PAGO ES DEBIDO CUANDO SE PRESTAN LOS SERVICIOS. Le enviaremos la factura la mayoría de las compañías de seguros para tu como cortesía, siempre y cuando tengamos toda la información necesaria. Es su responsabilidad verificar con su compañía de seguros acerca de si usted está cubierto por los servicios médicos prestados a, por ejemplo, médico consulta / seguimiento, la epidural, bloques de faceta, recargas de la bomba o del estimulador de la médula espinal. Cualquier deducible, los copagos, los saldos no pagados por su compañía de seguros co-seguro o son de su responsabilidad financiera y se deben en su totalidad antes de los servicios que se prestan. Esto se aplica el seguro a todo incluyendo Medicare. **Iniciales del paciente:** _____

CO-PAGO; DEDUCIBLES Y RESPONSABILIDAD CO-SEGURO SON DEBIDO CUANDO SE PRESTAN LOS SERVICIOS. Los pacientes asegurados son responsables de todos los cargos no pagados por la compañía de seguros dentro de los 45 días después de la fecha del servicio. Modalidades de pago sólo se realizarán de forma individual y en nuestra DESCRESTION. No garantizamos un acuerdo de pago se hará, nos reservamos el derecho de retirar la concesión de crédito en cualquier momento. **Iniciales del paciente:** _____

POLÍTICA DE CANCELACIÓN. Los pacientes que no cancelar una cita dentro de las 24 horas de la hora de la cita se le cobrará una \$ 25.00 No Show Gastos por cancelación / Tardío. \$ 50.00 para todos los procedimientos programados. Esta cuota debe ser pagada antes de que pueda volver en el horario. **Iniciales del paciente:** _____

VUELTO POLÍTICA CHEQUES. Habrá un cargo de \$ 50.00 para todos los cheques devueltos y Gestión Clínica Estribaciones Dolor requerirá otra forma de pago para todos los futuros pagos realizados durante el curso del tratamiento. **Iniciales del paciente:** _____

MEDICARE-AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare hacerse a la Clínica de Gestión de Estribaciones del dolor por los servicios prestados a mí por este médico / proveedor. Autorizo Clínica de Gestión de Estribaciones del dolor para liberar cualquier información médica personal a la Health Care Financing Administration y sus agentes para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos para servicios relacionados.

Entiendo que mi firma solicita que se efectúa el pago y autoriza la divulgación de información de salud personal necesario para pagar el reclamo. En casos Medicare asignados, el médico / proveedor se compromete a aceptar la determinación de la carga del portador de Medicare como tasa de pago parcial de Medicare permitido, el saldo de la cuenta entonces será facturado directamente al paciente. **El paciente es responsable de cualquier saldo restante no pagado por Medicare, el deducible, coseguro y servicios no cubiertos.** El coseguro y el deducible se basan en la determinación de la carga del portador de Medicare. **Iniciales del paciente:** _____

SEGURO DE AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS AUTORIZO: Clínica de Gestión de Foothills Dolor de proporcionar información médica personal a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y el tratamiento y la presente asigno en Foothills Clínica del dolor de todo pago por servicios médicos prestados a mis dependientes o mía. Yo entiendo que soy responsable de los deducibles, coseguros paciente y cualquier monto no cubierto por mi seguro. Laboratorio, radiología y otros servicios auxiliares constituidas en relación con Estribaciones Clínica del dolor 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 estoy de acuerdo con un preaviso mínimo de 24 horas si no puedo asistir a una cita. El no hacerlo resultará en un cargo de "No Show" de \$ 25.00 para una cita de seguimiento y \$ 50.00 para cualquier procedimiento programado.

Iniciales del paciente: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:

Los abajo firmantes, presta su consentimiento para el tratamiento realizados por la Clínica de Gestión de Foothills Dolor incluyendo pero no limitado a un tratamiento de emergencia o los servicios, procedimientos de laboratorio, examen de rayos x, tratamiento y / o procedimientos médicos o quirúrgicos prestados al paciente bajo las instrucciones generales y específicas del paciente de médico.

Iniciales del paciente: _____

RELAEASE DE REGISTROS MÉDICOS

Autorizo la divulgación de los registros de medicamentos médicos o pasados a Estribaciones Clínica del dolor, el Dr. Dharmesh Mehta que ayudarán en mi tratamiento. es decir: Informes médicos; Resultados de laboratorio; Pruebas de diagnóstico; Historial de medicamentos anterior prescribe y se dispensa. **Iniciales del paciente:** _____

He leído este formulario en terminaciones y entender completamente mi responsabilidad como paciente de Estribaciones Manejo del dolor y estoy de acuerdo con la Política de la Oficina de Estribaciones Clínica del dolor durante el curso de mi tratamiento.

Nombre del paciente

_____/_____/_____
Del Paciente Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente

_____/_____/_____
Fecha



Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD and Associates
Diplomat, American Board of Pain Medicine
Diplomat, American Board of Anesthesiology

Política de Prescripción

NO SE APROBARÁN RECARGAS TEMPRANAS, bajo ninguna circunstancia
TODAS las renovaciones / recetas se entregarán SOLAMENTE durante una VISITA DE OFICINA
programada

LAS BOTELLAS CON RECETA ORIGINAL DEBEN llevarse a CADA cita.

Si olvida su botella de prescripción, no se le dará una nueva receta.

Los médicos de Foothills Pain Management Clinic no recetarán más de 4 píldoras al día de Opioids /
Narcóticos. Tampoco escribirán recetas para Anti-Ansiedad, Medicamentos Antidepresivos o Soma bajo
ninguna circunstancia para ningún paciente.

Como paciente, es SU responsabilidad saber sus beneficios de medicamentos recetados. Los médicos y el
personal NO podrán ayudarlo con el medicamento o la cantidad que cubrirá su seguro.

Es la Política de la Oficina que Foothills Pain Management Clinic NO iniciará una Autorización Previa
para medicamento o cantidad que no está cubierta.

LA OFICINA NO LE AYUDARÁ A ENCONTRAR UNA FARMACIA QUE TIENE SU
MEDICAMENTO PRESCRITO EN STOCK o que complete una Autorización Previa.

Si su farmacia solo llena parte de su receta

Por ejemplo: su receta es para 120 píldoras pero su farmacia solo quiere darle 90 y usted toma el 90, las
30 restantes se pierden.

La oficina NO le escribirá una receta NUEVA para el saldo restante de la medicación. NO HABRÁ
EXCEPCIONES para esta política.

**Ser visto en Foothills Pain Management Clinic NO es una GARANTÍA, se le dará una receta. Se lo
evaluará y se le recetará el mejor curso de tratamiento médico médicamente necesario. Los médicos
de esta oficina prescribirán medicamentos de acuerdo con las pautas establecidas por la Junta
Médica en conjunto con todas las leyes estatales y federales de California. Agradecemos su
comprensión y confianza en que nuestros médicos lo ayudarán a restablecer su vida aliviando su
dolor.**

La Clínica de control del dolor de Foothills, los médicos y el personal están aquí para ayudarlo a vivir una
vida libre de dolor, sin embargo, estamos obligados por las leyes del Departamento de Justicia del Estado
de California.

Y NO hará EXCEPCIONES bajo ninguna circunstancia.

NOMBRE DE PACIENTE

FIRMA DE PACIENTE

DHARMESH MEHTA, MD

NOMBRE DE DOCTOR

FIRMA DE DOCTOR



Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD and Associates
Diplomat, American Board of Pain Medicine
Diplomat, American Board of Anesthesiology

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

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

Podemos comunicarnos con usted en este número? En cuanto a información de la cita? Sí No ¿Se puede dejar un mensaje (confirmar, cancelar, reprogramar, etc.) Sí No

() _____ Sí No Sí No
Teléfono de la casa

() _____ Sí No Sí No
Teléfono del trabajo

() _____ Sí No Sí No
Teléfono móvil

¿Le gustaría que sus Texto Recordatorios de citas? SÍ NO

_____ Sí No Sí No
Dirección de correo electrónico

¿Te gusta El acceso a nuestro Portal del Paciente para que pueda acceder a su información médica en línea: _____

Indique asimismo los miembros de la familia o amigos que le gustaría que divulguemos su información médica personal a. Si ninguno está en la lista, sólo revelaremos su plan de tratamiento médico para usted.

Nombre Relación Teléfono

Nombre Relación Teléfono

Nombre Relación Teléfono

¿Tiene actualmente un formulario de instrucciones AVANZADA DE ATENCIÓN MÉDICA? SÍ NO

¿Está usted interesado en la obtención de una Directiva de Atención Médica Avanzada? SÍ NO

¿Tienes un Decision Maker sustituto? SÍ NO

¿Quién es tu Decision Maker sustituto? _____ Phone: () _____

Firma del Paciente



Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD and Associates
Diplomat, American Board of Pain Medicine
Diplomat, American Board of Anesthesiology

CANCELACIÓN / NO PRESENTAR / POLÍTICA DE DESPACHO PERDIDA

En la Clínica de control del dolor de Foothills, entendemos que su tiempo es valioso y hacemos todos los esfuerzos posibles por respetar la fecha y hora de su cita que reservamos para garantizar que sea atendido por un médico. Agradecemos su cooperación si tenemos que reprogramar su cita. Nunca es nuestra intención incomodar a nuestros pacientes, pero con la naturaleza de nuestra especialidad surgen emergencias.

Sin embargo, se **REQUIERE** un Aviso de 24 horas para todas las citas canceladas.

Se aplicará un cargo de \$ 25 a su cuenta si no proporciona un aviso de 24 horas para su visita al consultorio.

Se aplicará un cargo de \$ 50 a su cuenta si no proporciona un aviso de 24 horas para cualquier procedimiento / inyección programada.

Se aplicará un cargo de \$ 50 a su cuenta por todos los cheques devueltos.

Las llamadas recordatorias son una cortesía y no siempre se pueden proporcionar. Es su responsabilidad presentarse a su cita en la fecha y hora programadas.

Su seguro **NO** pagará por citas perdidas o tarde canceladas, esta es su responsabilidad. El cargo **DEBE** ser pagado antes de su próxima cita o puede afectar su cita y resultar en la cancelación o reprogramación.

Su firma a continuación indica que ha leído y comprende nuestra política con respecto a las citas perdidas.

Nombre del paciente impreso

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Firma del paciente o firma individual autorizada legalmente Fecha



Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD and Associates
Diplomat, American Board of Pain Medicine
Diplomat, American Board of Anesthesiology

PACIENTE / TRATAMIENTO MÉDICO Y ACUERDO DE MEDICAMENTOS Consentimiento Informado para Tratamiento de opioides para No-Cáncer / Cáncer Dolor

El propósito de este acuerdo es darle información sobre los medicamentos que esté tomando para controlar el dolor y para asegurar que usted y su / profesional de la salud médico cumple con todas las regulaciones estatales y federales concernientes a la prescripción de sustancias controladas. Un ensayo de la terapia con opioides puede ser considerado para el dolor moderado a grave, con la intención de reducir el dolor y la función creciente. El objetivo del médico es para que usted tenga la mejor calidad de vida posible dada la realidad de su condición clínica. El éxito del tratamiento depende de la confianza mutua y la honestidad en la relación médico / paciente y el acuerdo completo y el entendimiento de los riesgos y beneficios del uso de opioides para tratar el dolor.

He acordado utilizar los opiáceos (medicamentos similares a la morfina), como parte de mi tratamiento para el dolor crónico. Entiendo que estos medicamentos pueden ser muy útiles, pero tienen un alto potencial para el abuso y por consiguiente están estrechamente controlados por el, estado y gobierno federal local. Debido a que mi médico / profesional de la salud está prescribiendo tales medicamentos para ayudar a controlar mi dolor, estoy de acuerdo a las siguientes condiciones:

1. soy responsable de mis medicamentos para el dolor. Estoy de acuerdo en tomar sólo los medicamentos que le receten.
 - a. Entiendo que al aumentar mi dosis sin la estrecha supervisión de mi médico podría conducir a una sobredosis de drogas que causan sedación severa y depresión respiratoria y muerte.
 - b. Entiendo que disminuir o detener la medicación sin la estrecha supervisión de mi médico puede llevar a la retirada. Los síntomas de abstinencia pueden incluir bostezos, sudoración, ojos llorosos, secreción nasal, ansiedad, temblores, dolores musculares, sofocos y frío, "piel de gallina", los calambres abdominales y diarrea. Estos síntomas pueden aparecer 24-48 horas después de la última dosis y puede durar hasta 3 semanas.
 2. no voy a pedir o aceptar la medicación sustancia controlada de cualquier otro médico o persona mientras estoy recibiendo tal medicamento de mi médico en el Centro de Dolor. **Iniciales**
 3. Hay efectos secundarios con la terapia con opioides, que puede incluir, pero no exclusivamente, erupciones en la piel, estreñimiento, disfunción sexual, alteraciones, sudoración, edema, sedación, o la posibilidad de alteración cognitiva (estado mental) y / o la capacidad del motor para dormir . El uso excesivo de los opioides pueden causar disminución de la respiración (respiración).
- Es mi responsabilidad notificar el profesional médico / sanitario para detectar posibles efectos secundarios que continúan o son graves (es decir, sedación, confusión). También soy responsable de notificar a mi médico el dolor de inmediato si tengo que visitar a otro médico o necesito visitar una sala de urgencias por dolor, o si quedo embarazada.
4. Entiendo que la medicación opioide es estrictamente para mi propio uso. El opioide nunca se debe dar o vender a los demás, ya que puede poner en peligro la salud de la persona y es contra la ley.
 5. debo informar a mi médico sobre todos los medicamentos que estoy tomando, incluyendo remedios de hierbas. Los medicamentos como el Valium o Ativan; sedantes como Soma, Xanax, Fiorinal; antihistamínicos como Benadryl; remedios a base de hierbas, alcohol y jarabe para la tos que contienen alcohol, codeína, hidrocodona o pueden interactuar con los opioides y producir efectos secundarios graves.
 6. Durante el tiempo que se está ajustando mi dosis, que se espera que regrese a la clínica siguiendo las instrucciones de mi médico de la clínica. Después se me ha colocado en una dosis estable, que pueda recibir opioides de mi médico de atención primaria y volveré a la clínica del dolor para una evaluación médica al menos una vez cada seis meses.
 7. Entiendo que las recetas de opioides no se enviarán por correo o llaman a la Farmacia, que se dan en mi cita programada SOLAMENTE. Si no puedo obtener mis recetas mensuales, yo seré responsable de encontrar un médico local que pueda hacerse cargo de la redacción de mis recetas con consultas de mi médico de dolor. **Iniciales:**
 8. Cualquier evidencia de la acumulación de drogas, la adquisición de cualquier medicamento opioide o analgesia adyuvante de otros médicos (que incluyen salas de emergencia), la escalada de dosis no controladas o reducción, pérdida de recetas, o el no seguir el acuerdo puede resultar en la terminación de la médico / relación paciente.



Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD and Associates
Diplomat, American Board of Pain Medicine
Diplomat, American Board of Anesthesiology

9. voy a comunicarse plenamente con mi médico a lo mejor de mi capacidad en la inicial y todas las visitas de seguimiento de mi nivel de dolor y la actividad funcional, junto con los efectos secundarios de los medicamentos. Esta información permite a mi médico ajustar mi plan de tratamiento en consecuencia.

10. No use sustancias ilícitas, como la cocaína, marihuana, etc mientras toma estos medicamentos. Esto puede dar lugar a un cambio en su plan de tratamiento, incluyendo la interrupción segura de sus medicamentos opioides cuando la terminación de la relación médico / paciente aplicable o completa.

11. está contraindicado el uso de alcohol junto con medicamentos opioides.

12 Yo soy responsable de mis recetas de opioides. Entiendo que:

a. **Prescripciones de recarga pueden ser escritos por un máximo de un mes de suministro y se llenarán en la misma farmacia.**

Farmacia: _____ Teléfono: _____ Ciudad: _____

b. Es mi responsabilidad hacer citas para la próxima recarga de opioides antes de salir de la clínica o dentro de los 3 días de la última visita a la clínica. Recargas no serán aprobados a través del teléfono, usted debe mantener su cita.

c. Yo soy responsable de mantener mis medicamentos para el dolor en un lugar seguro, como por ejemplo un armario cerrado con llave o seguro. Me esperan para proteger mis medicamentos de pérdida o robo. Yo soy el responsable de tomar la medicación en la dosis prescrita y para hacer el seguimiento de la cantidad restante. Si mi medicación es los, o es robado, voy a informar de esto a mi departamento de policía local y obtener un informe de artículo robado. Entonces voy a reportar el medicamento robado a mi médico. Entiendo que no se le dará otra receta sin un informe de la policía. Si se pierden, extraviado o robado mis medicamentos mi médico puede optar por no sustituir los medicamentos o de cono y suspenda los medicamentos.

d. Recargas no se harán como una "emergencia", como el viernes por la tarde, porque de repente me doy cuenta de que voy a "quedarse sin mañana".

e. Recargas sólo pueden ser ocupados por una farmacia en el estado de California, incluso si soy un residente de otro estado.

f. Las recetas para analgésicos o cualquier otra prescripción se hará sólo durante una visita al consultorio durante horas de oficina. Los recambios de cualquier medicamento se realizarán durante la noche o los fines de semana.

g. **Usted debe traer de vuelta todos los medicamentos opioides y fármacos adyuvantes prescritos por su médico en los contenedores / envases originales en cada visita.**

h. Las recetas no serán escritos con antelación debido a las vacaciones, reuniones u otros compromisos.

yo. Si una cita para una recarga de prescripción se pierde, otra cita se hará tan pronto como sea posible. No se concederán citas inmediatas o de emergencia.

j. No se otorgarán citas "walk-in" para recargas de opioides.

13 Si bien la dependencia física es de esperar después de su uso a largo plazo de los opioides, **los signos de la adicción, el abuso o mal uso se impulsan la necesidad de tratamiento de la dependencia de sustancias, así como el destete y la desintoxicación de los opiáceos.**

a. **La dependencia física** es común a muchos fármacos, como los medicamentos para la presión arterial, medicamentos anticonvulsivos y opiáceos. Es el resultado de cambios bioquímicos, tales como la interrupción brusca estos fármacos pueden causar una respuesta de retirada. Cabe señalar que la dependencia física no es igual a la adicción. Uno puede ser dependiente de la insulina para tratar la diabetes o que dependen de la prednisona (esteroides) para tratar el asma, pero uno no es adicto a la insulina o la prednisona.

b. **La adicción** es la enfermedad neurobiológica primaria, crónica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en su desarrollo y manifestación. Se caracteriza por un comportamiento que incluye uno o más de los siguiente: deterioro del control sobre el consumo de drogas, el uso compulsivo, uso continuado a pesar del daño, y los antojos. Esto significa que el medicamento disminuye la propia calidad de vida. Si el paciente presenta este comportamiento, el medicamento será cónica y un paciente tal no es un candidato para el juicio de opiáceos. Él / ella será referido a un especialista en medicina de adicción.

c. Tolerancia significa un estado de adaptación en el que la exposición al fármaco induce cambios que resultan en una lessoning de uno o más de los efectos del fármaco en el tiempo. La dosis del opioide puede tener que ser valorada de arriba o abajo para una dosis que produce el máximo de función y una disminución realista de dolor del paciente.



Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD and Associates
Diplomat, American Board of Pain Medicine
Diplomat, American Board of Anesthesiology

14 Si parece que el proveedor médico / sanitario que no hay mejoría en mi función o la calidad de vida de la sustancia controlada diariamente, mis opioides puede ser descontinuado. Voy a disminuir gradualmente la medicación según lo prescrito por el médico.

15 Si tengo una historia de alcohol o drogas mal uso / adicción, debo notificar al médico de tal historia ya que el tratamiento con opioides para el dolor puede aumentar la posibilidad de recaída. Un historial de adicción no lo hace, en la mayoría de los casos, descalificar a uno para el tratamiento del dolor con opiáceos, pero iniciar o continuar un programa para la recuperación es una necesidad.

16 Voy a ser visto de manera regular y dieron recetas para la medicación suficiente para durar de una cita a, ya veces dos o tres días más si la receta termina en un fin de semana o vacaciones. Este medicamento extra no es para ser utilizado sin el permiso explícito del médico que receta a menos que una emergencia requiere la cita al aplazarse uno o dos días.

17 Estoy de acuerdo y entiendo que mi médico se reserva el derecho a realizar las pruebas de drogas de orina aleatoria o sin previo aviso. Si se solicita para proporcionar una muestra de orina, estoy de acuerdo en cooperar. Si decido no proporcionar una muestra de orina, entiendo que mi médico puede cambiar mi plan de tratamiento, incluyendo la interrupción segura de mis medicamentos opioides cuando la terminación de la relación médico / paciente aplicable o completa. La presencia de un medicamento no prescrito (s) o fármaco (s) ilícito de la orina puede ser motivo para la terminación de la relación médico / paciente. Pruebas de drogas en orina no es prueba forense, pero se hace por mi bien como herramienta de diagnóstico y de acuerdo con ciertos materiales legales y reglamentarias sobre el uso de sustancias controladas para tratar el dolor.

Iniciales:

18 Estoy de acuerdo en permitir que mi médico / profesional de la salud para contactar a cualquier profesional de la salud, miembro de la familia, la farmacia, la autoridad legal, o agencia reguladora para obtener o proporcionar información acerca de su atención o acciones si el médico considera que es necesario.

19 Estoy de acuerdo en una conferencia de la familia con un amigo cercano o pareja si el médico considera que es necesario.

20. Entiendo que el incumplimiento de las condiciones anteriores puede dar lugar a una reevaluación de mi plan de tratamiento y la interrupción de la terapia con opioides. Puedo ser tomado poco a poco estos medicamentos, o incluso el alta de la clínica.

Yo _____ he leído la información anterior o me lo han leído a mí y todas mis preguntas con respecto al tratamiento del dolor con opioides han sido respondidas satisfactoriamente. Yo doy mi consentimiento para participar en la terapia de la medicación opioide y acusar recibo de este documento.

Firma del paciente: _____ Date _____

Firma del Testigo _____ Date _____



Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD and Associates
Diplomat, American Board of Pain Medicine
Diplomat, American Board of Anesthesiology

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP)

En cumplimiento con la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA) y Portabilidad del Seguro de Salud, Estrategias Clínicas del dolor, se requiere PC para ofrecer al paciente el Aviso de prácticas de privacidad. El aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente.

En Conformidad Con El acto de la portabilidad y de la Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), Estrategias Clínicas del dolor, PC es Requerido Que proporciona al Paciente El Aviso de la Salud Sobre el usted Puede Ser utilizada y divulgada Ser, y com derrocado Tener envíale el Acceso A ESTA informacion. Por favor lea cuidadosamente la información this.

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud Estrategias Clínicas de Manejo del Dolor. Además, un Aviso de prácticas de privacidad se puede encontrar en la sala de espera del paciente.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se utiliza mi información privada y revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que usted no está obligado a estar de acuerdo con mis restricciones solicitadas, pero si usted no está de acuerdo, entonces están obligados a cumplir con tales restricciones.

Firma del paciente: _____ Fecha _____

Firma del Testigo _____ Fecha _____

If not signed by patient, please indicate relationship: _____

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 and Associates
Diplomat, American Board of Pain Medicine
Diplomat, American Board of Anesthesiology

Patient Name/Nombre: _____ **Patient DOB/Fecha de Nac:** ____/____/____ **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 your 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? _____

Is the pain: CONSTANT COMES AND GOES ONLY IN MORNING ONLY IN AFTERNOON ONLY AT NIGHT

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

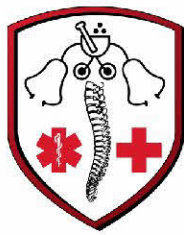
Is this Work Related/¿Es esto relacionado de trabajo?: YES/Si NO Last Date Worked/Última fecha de trabajo: __/__/__

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 and Associates
 Diplomat, American Board of Pain Medicine
 Diplomat, American Board of Anesthesiology

Use any of the following WORDS to describe your Pain:

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/Apalstante
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			

Please mark any of the following treatments that you may have had in the past, and tell is who performed them; when and the outcome:

Treatment Done/Trato Hecho	Who/Quién/Where/Donde	When/Cuando	What was the outcome/cuál fue el resultado
Physical Therapy/Terepia Fisica			
Pool Therapy/Piscina Terapeutica			
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:			

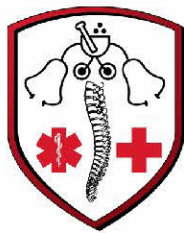


Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD and Associates
 Diplomat, American Board of Pain Medicine
 Diplomat, American Board of Anesthesiology

Please MARK any medical problems that you have experienced since the onset of your PAIN to current.

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					
Cancer/Cancer:					
Cardiovascular Problems/Problemas de Cora					
Cellulites/Celulitis					
Cervical (Neck)Pain:					
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					
Diabetes/Diabetico					
Difficulty Sleeping/Dificil Dormir					
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					
High Blood Pressure/Presion Arterial Alta					
Hypoglycemia/La Hipoglucemia					
Hypothyroid/Hipotiroidismo					
Insomnia/ Insomnio					
Irregular Heartbeats/irregular palpitation del					
Kidney Problems/Problemas Renales					
Leukemia/Leucemia					
Liver Problems/Problemas Hepaticos					
Low Back Pain/Dolor de Espalda					
Loss of Interest/Perdida de interes:					



Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD and Associates
 Diplomat, American Board of Pain Medicine
 Diplomat, American Board of Anesthesiology

Please indicate any medical problems that you have experienced since the onset of your PAIN to current.

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					
Numbness/Entumecimiento					
Obesity/Obesidad					
Panic Attack:					
Preadolescent Sexual Abuse					
Reiter's Syndrome					
Restless Leg Syndrome/Síndrome de las piernas inquietas					
Schizophrenia/Esquizofrenia					
Sciatica/Ciática					
Seizures/Incautación					
Sleep Apnea/Apnea del sueño					
Stroke/Embolia					
Swelling/Hinchazón					
Substance Abuse:					
Tendonitis/Tendinitis					
Trigeminal Neuralgia					
Tuberculosis					
Tumor:					
Ulcers/úlceras					
Unexplained Crying/llanto inexplicable					
Urinary Incontinence/Incontinencia Urinaria					
Weakness/Debilidad					
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

ARE YOU TAKING ANY BLOOD THINNING MEDICATION: YES NO : _____

Example: Plavix, Coumadin, Pradaxa etc: What Dr Prescribes it: _____ Why: _____

Allergies/Alergias: () None/Ninguno () Latex/ Látex () IV Dye/Contrast () Penicillin/Penicilina
 () Morphine/Morfina () Codeine/Codeina () **Other/Otro:** _____

Allergic Reaction/ Reacción de Alergias: _____



Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD and Associates
Diplomat, American Board of Pain Medicine
Diplomat, American Board of Anesthesiology

Brief Pain Inventory

Patient Name: _____

DOB: _____

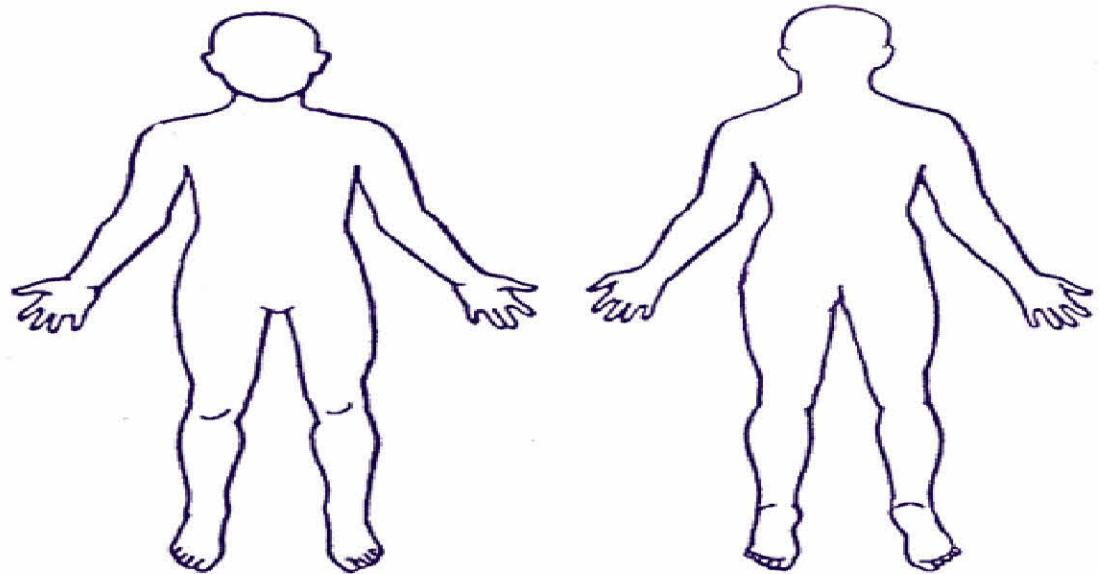
Brief Description of what YOU hope to get out of today's Visit (In your own words) (Breve descripción de lo que espera obtener de la visita de hoy (En sus propias palabras): _____

Throughout our lives, most of us have had pain from time to time (such as minor headaches, sprains, and toothaches.) Have you had PAIN other than these everyday kinds of pain today? (A lo largo de nuestras vidas, la mayoría de nosotros hemos tenido el dolor de vez en cuando (como dolores de cabeza leves, esguinces y dolores de muelas.) ¿Ha tenido dolor aparte de este tipo todos los días de dolor hoy?)

- 1. YES/ si
- 2. NO

**On the below Diagram, shade in the areas where you feel pain. Put an X on the area that hurts MOST.
En el siguiente diagrama, sombra en las áreas donde se siente dolor. Ponga una X en la zona que más duele.**

Right/ Derecha Front/Frente Left/izquierdan Left/Izquierd Back/Espalda Right/Derecha



Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its WORST in the past 24 hours.
Por favor califique su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describe su dolor en su peor en las últimas 24 horas.

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
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 best describes your pain at its LEAST in the past 24 hours.
Por favor califique su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describe su dolor en su MENOS en las últimas 24 horas.

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
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 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.

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
Por favor, hacer que su dolor 0 = NO PAIN 5 = Dolor Moderado 10 = peor dolor posible



Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD and Associates
Diplomat, American Board of Pain Medicine
Diplomat, American Board of Anesthesiology

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. ACTIVIDAD GENERAL:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does Not Interfere Completely Interferes

B. EL ESTADO DE ánimo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does Not Interfere Completely Interferes

C. Capacidad para caminar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does Not Interfere Completely Interferes

D. TRABAJO NORMAL (incluye tanto fuera de la casa y las tareas domésticas)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does Not Interfere Completely Interferes

E. RELACIONES CON OTRAS PERSONAS:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does Not Interfere Completely Interferes

F. DORMIR:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does Not Interfere Completely Interferes

G. DISFRUTE DE LA VIDA:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does Not Interfere Completely Interferes



Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD and Associates
 Diplomat, American Board of Pain Medicine
 Diplomat, American Board of Anesthesiology

HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE DEPRESIÓN

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha estado molestarle por alguno de los siguientes problemas?
 (use "✓" para indicar su respuesta)

	No en absoluto	Varios Días	No más de medio día	Casi todos Los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Sentirse deprimido, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3
3. Problemas para dormirse o quedarse dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3
5. Pobre apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracas, o haberse decepcionado a si mismo o a su familia	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periodico o mirar television	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas podrian haber notado, o lo contrario, estar tan inquieto o inquieto que te has estado moviendo mucho mas	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estarioas mayor nuerto, o de hacerte dano	0	1	2	3

Add columns + +
 TOTAL =

10. Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil le han resultado estos problemas para que haga su trabajo, se encargue de las cosas en casa o se lleve bien con otras personas?	No es difícil en absoluto	[]
	Algo Difícil	[]
	Muy Difícil	[]
	Extremadamente Difícil	[]

Total Score	Severidad de la depresion
1-4	Depresion Minima
5-6	Depresion Ligera
7-9	Depresion Ligera Moderada
10-14	Depresion Moderada
15-19	Depresion Severa Moderada
20-27	Depresion Severa

Comentarios: _____

Provider's Signature: _____

Date: _____



Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD and Associates
 Diplomat, American Board of Pain Medicine
 Diplomat, American Board of Anesthesiology

Herramienta de riesgo de opioides

Nombre del paciente: _____

DOB: _____

Siguiente para ser completado por el paciente

		Marque cada Casilla que aplique	Puntaje del elemento Si es Mujer	Puntaje del elemento Si es hombre
1. Historical familiar de abuso de sustancias	Alcohol	[]	1	3
	Drogas Ilegales	[]	2	3
	Medicamento con Receta	[]	4	4
2. Historial personal de abuso de sustancias	Alcohol	[]	1	3
	Dogas Ilegales	[]	2	3
	Medicamento con Receta	[]	4	4
3. Años (Marque la casilla si la edad esta entre 16-45)		[]	1	1
4. Historia de abuso sexual preadolescente		[]	3	0
5. Enfermedad Psicologica	Desorden de deficit de atencion	[]	2	2
	Desorden Obsesivo Compulsivo			
	Bipolar			
	Schizophrenia			
	Depresión	[]	1	1

Siguiente para ser completado por el proveedor de atención médica:

Total: _____

Total Score Risk Category: *Low Risk (0-3)* *Moderate Risk (4-7)* *High Risk (8-26)*

Comments: _____

Provider's Signature: _____

Date: _____