

*Clínica de Medicina de Dolor*  
*Robert Castro Velázquez, MD, DABA*  
*Diplomate of The American Board of Anesthesiology*

RECORD DEL PACIENTE

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F ☐ M ☐

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a)

☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad o Pueblo: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Dirección residencial: \_\_\_\_\_

Ciudad o Pueblo: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Tel. residencial: \_\_\_\_\_ Tel. celular: \_\_\_\_\_

Tel. trabajo: \_\_\_\_\_

Persona a contactar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Plan médico: \_\_\_\_\_ Núm. contrato: \_\_\_\_\_

Asegurado principal: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado principal: \_\_\_\_\_

Deducible: \_\_\_\_\_ Se necesita autorización: Si ☐ No ☐

Farmacia donde desea que le envíen la receta: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

***Clínica de Medicina de Dolor***  
***Robert Castro Velázquez, MD, DABA***  
***Diplomate of The American Board of Anesthesiology***

**CUESTIONARIO HISTORIAL DEL PACIENTE**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de 1<sup>ra</sup> visita: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F ☐ M ☐

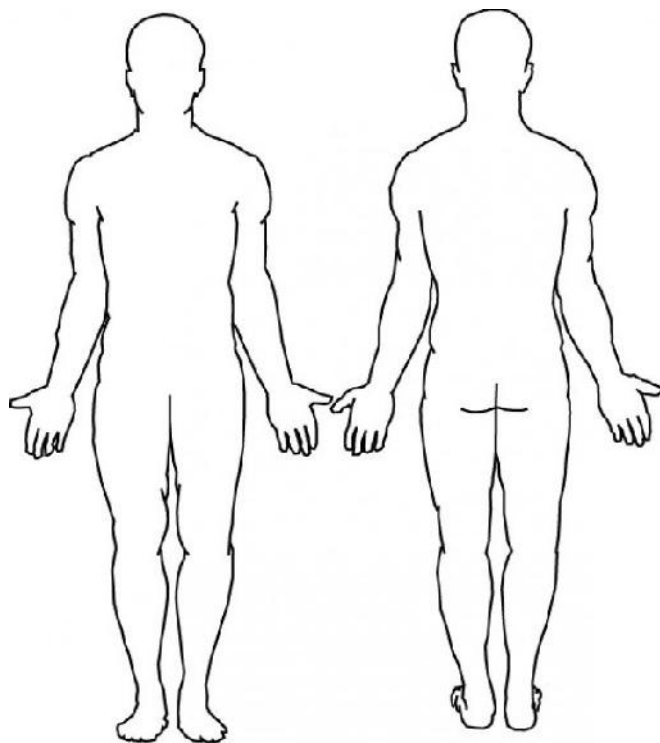
Describe brevemente: ¿cuál es su queja principal de dolor? \_\_\_\_\_

¿Cómo comenzó su dolor originalmente (marque solo una):

- |                                                                         |                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Accidente o evento en el trabajo, fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Luego de una enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Accidente de auto, fecha: _____                | <input type="checkbox"/> Dolor sólo comenzó      |
| <input type="checkbox"/> Luego de una cirugía, fecha: _____             |                                                  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                                    |                                                  |

¿Cuándo comenzó el dolor? (mes/año): \_\_\_\_\_

En la siguiente ilustración, por favor coloree el área donde tiene dolor y marque con una "X" sobre el área donde más le duele:



Marque la opción que MEJOR describa su dolor actual:

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Afilado     | <input type="checkbox"/> Punzada     |
| <input type="checkbox"/> Corriente   | <input type="checkbox"/> Latiendo    |
| <input type="checkbox"/> Pesado      | <input type="checkbox"/> Carcomiendo |
| <input type="checkbox"/> Calambre    | <input type="checkbox"/> Picando     |
| <input type="checkbox"/> Picando     | <input type="checkbox"/> Presión     |
| <input type="checkbox"/> Cansado     | <input type="checkbox"/> Sensible    |
| <input type="checkbox"/> Quemando    | <input type="checkbox"/> Ardiendo    |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ |                                      |

¿Cuán frecuente es su dolor?

- |                                          |                                          |
|------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Constante       | <input type="checkbox"/> Mayoría del día |
| <input type="checkbox"/> Ocasionalmente  | <input type="checkbox"/> Raramente       |
| <input type="checkbox"/> Esporádicamente |                                          |

En general, ¿cuándo es peor su dolor?

- |                                       |                                                    |                                |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mañana       | <input type="checkbox"/> Mediodía                  | <input type="checkbox"/> Tarde |
| <input type="checkbox"/> Al acostarse | <input type="checkbox"/> No hay momento específico |                                |

¿Qué empeora su dolor? \_\_\_\_\_

¿Qué mejora su dolor? \_\_\_\_\_

- ¿Tiene otros síntomas?
- |                                              |                                                 |                                         |                                    |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hinchazón           | <input type="checkbox"/> Adormecimiento         | <input type="checkbox"/> Enrojecimiento | <input type="checkbox"/> Debilidad |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia Fecal | <input type="checkbox"/> Incontinencia de orina | <input type="checkbox"/> Náusea/vómitos | <input type="checkbox"/> Insomnio  |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____        |                                                 |                                         |                                    |

*Clínica de Medicina de Dolor*  
*Robert Castro Velázquez, MD, DABA*  
**Diplomate of The American Board of Anesthesiology**

Sueño: ¿cuántas horas duerme en la noche? \_\_\_\_\_ ¿Se siente cansado? ☐ Si ☐ No  
¿El dolor lo despierta en la noche? ☐ Si ☐ No  
¿Ha recibido tratamientos para el dolor anteriormente? ☐ Si (marque los que ha recibido) ☐ No  
☐ Bloqueos ☐ Cirugía ☐ Terapia física ☐ Acupuntura ☐ Quiropráctica  
☐ Sicoterapia ☐ Tratamientos psiquiátricos ☐ Otros: \_\_\_\_\_

Hábitos: ☐ Fuma ☐ Café ☐ Alcohol ☐ Drogas ilegales

¿Ha cambiado de peso? ☐ Si ☐ No Aumentó \_\_\_\_\_ lbs. Rebajó \_\_\_\_\_ lbs.

Historial social: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Divorciado

Educación: ☐ Esc. Elemental ☐ Esc. Superior ☐ Esc. Vocacional ☐ Grado Asociado  
☐ Bachillerato ☐ Estudios post graduados Profesión: \_\_\_\_\_

Trabajo: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Desempleado ☐ Ama de casa  
☐ Incapacitado ☐ FSE

Alergias (describa) \_\_\_\_\_

Historial médico(marque todas las condiciones que padece)

☐ Alta presión ☐ Angina ☐ Infartos ☐ Tiroides ☐ Circulación ☐ Fallo renal ☐ Epilepsia  
☐ Diabetes ☐ Cirrosis ☐ Asma ☐ Enfisema ☐ Bronquitis ☐ Úlceras de estómago  
☐ Depresión ☐ Artritis ☐ Derrame cerebral ☐ Hepatitis ☐ Otras \_\_\_\_\_

Si ha tenido algún tipo de cirugía, favor de indicar abajo

| Tipo de cirugía | Mes y año | Tipo de cirugía | Mes y año |
|-----------------|-----------|-----------------|-----------|
|                 |           |                 |           |
|                 |           |                 |           |

Medicamentos y suplementos naturales. Favor indicar abajo.

| Medicamento | Dosis | Frecuencia | Medicamento | Dosis | Frecuencia |
|-------------|-------|------------|-------------|-------|------------|
|             |       |            |             |       |            |
|             |       |            |             |       |            |
|             |       |            |             |       |            |

*Clínica de Medicina de Dolor*  
*Robert Castro Velázquez, MD, DABA*  
***Diplomate of The American Board of Anesthesiology***

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

1. Entiendo que mi información de salud puede ser utilizada para llevar a cabo tratamiento, facturación, pago y cualquier procedimiento de cuidado de salud.
2. Entiendo que existe un Aviso de Privacidad, que provee una descripción completa de los tipos de usos y divulgaciones, que tengo derecho a revisar. De ser cambiado obtendré una copia revisada.
3. Entiendo que puedo solicitar por escrito que la Clínica de Medicina de Dolor restrinja mi información de salud ya sea para tratamiento y operaciones de cuidado de salud. Entiendo que a oficina no necesariamente tiene que acceder a esta petición.
4. Entiendo que el personal de oficina, secretarial y de facturación, está autorizado a trabajar y actualizar información demográfica y de salud en mi expediente médico.
5. Entiendo que de ser atendido por el Dr. Robert Castro Velázquez en otra facilidad mi información pasará a la oficina para el proceso de facturación.
6. Autorizo a comunicarse conmigo por correo y/o teléfono, dejar mensaje si es necesario en máquina contestadora, buzón de voz cualquier otra forma de comunicación.
7. Autorizo se de mi información a: \_\_\_\_\_

Con la firma de este documento certifico que he leído y entiendo lo antes expuesto y autorizo al Dr. Robert Castro Velázquez a utilizar mi información de salud.

---

Nombre del Paciente o  
Representante (letra de molde)

---

Firma

---

Fecha

*Clínica de Medicina de Dolor*  
*Robert Castro Velázquez, MD, DABA*  
*Diplomate of The American Board of Anesthesiology*

*Resumen de Nuestra Política de Privacidad, de uso y Divulgación de información Confidencial*

Estamos comprometidos con la protección de su información médica y obligados por la ley a: (1) mantener en privado formación que lo identifique a usted. (2) Facilitarle a usted esta notificación y aplicar los términos de la misma. Su información médica y/o demográfica podrá ser usada y/o divulgada por una o más de las siguientes razones:

1. Para tratamiento, compartiremos información médica como pruebas de laboratorio, radiografías y otros con técnicos, enfermeros, médicos y otros profesionales de la salud comprometidos en su cuidado.
2. Su información será utilizada para facturar a planes médicos y para pre-autorizaciones.
3. Cancelar citas.
4. Para contactarlo directamente o a través de una agencia de cobro. En este caso no se utilizarán diagnósticos o nombres de procedimiento realizados.
5. Revelar su información a personas involucradas en su tratamiento o personas que usted autorice en caso de emergencia.
6. Revelar información cuando así lo requiera la ley o algún tribunal local, estatal o federal.
7. Para prevenir una grave amenaza a su salud y seguridad o a la de otras persona. Tal información sería revelada únicamente a quienes pudieran prevenir dicha amenaza.
8. Proveerle copia de su expediente médico luego de hacer una solicitud por escrito.

Usted tiene los siguientes derechos en torno a la información médica que mantenemos sobre su salud:

1. Inspeccionar y/o solicitar copia de su expediente. Los originales permanecerán en la oficina.
2. Para solicitar copia de la información médica lo hará por escrito al Oficial de Privacidad. Se le cobrará \$0.75 por cada fotocopia o \$25.00 por expediente completo, lo que resulte más económico. El mismo será provisto en un plazo no mayor de 5 días laborables.
3. Solicitar enmiendas por escrito al Oficial de Privacidad si usted considera que la información médica que tenemos es incorrecta o incompleta.
4. Imponer restricciones al uso de su información médica en relación a pagos, procedimientos de salud y otros. También puede restringir la divulgación a familiares, amigos o planes médicos. Todo esto se hará por escrito junto con el consentimiento. Usted entiende y acepta no estamos obligados a estar de acuerdo o que podríamos optar por prescindir del uso de su plan médico.
5. Toda comunicación se hará en forma confidencial y debe ser solicitada por escrito.
6. Recibir copia de esta notificación.
7. Dirigirse por escrito al Oficial de Privacidad o al Dr. Robert Castro Velázquez, quien contestará en un período no mayor de 30 días laborables.

---

Nombre del Paciente o  
Representante (letra de molde)

---

Firma

---

Fecha