

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

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: _____ Asegurado principal: _____

Relación: _____

Fecha de nacimiento del asegurado principal: _____

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^{ra} visita: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F M

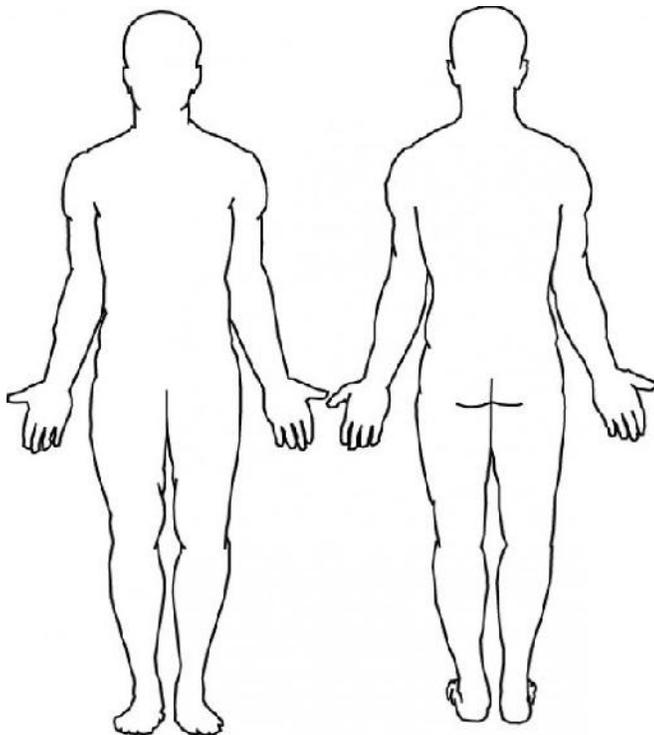
Describe brevemente: ¿cuál es su queja principal de dolor? _____

¿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 colorea 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