

THE PAIN CENTER

RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

WRITTEN ACKNOWLEDGEMENT FORM

I, _____, have reviewed/received a copy of
Patient Name

_____ 's Notice of Privacy Practices.
Practice Name

Signature of Patient / Guardian

Date

OFFICE USE ONLY

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

Date:	Initials:	Reason:
-------	-----------	---------

APELLIDO:		NOMBRE:	
DIRECCION:	TELEFONO: ()	TELEFONO CELULAR: ()	
CIUDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:	
DIRECCION PERMANENTE:			
CIUDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:	
FECHA DE NACIMIENTO: / /	SEXO: M / F	ESTADO MARITAL: S C D V	SEGURO SOCIAL # - -
SEGURO DE SALUD: []	SEGURO DE AUTO: []	COMPENSACION DEL TRABAJADOR: []	L.O.P. []
SEGURO PRIMARIO :		SEGURO SECONDARIO:	
DIRECCION DE LA COMPAÑIA:		DIRECCION DE LA COMPANIA:	
NUMERO DE POLISA:		NUMERO DE POLISA:	
NUMERO DE GRUPO:		NUMERO DE GRUPO:	
NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR:		NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR:	
NOMBRE DEL EMPLEADOR:		TELEFONO: ()	
DOCTOR PRIMARIO:		TELEFONO: ()	
NOMBRE DE UN RELATIVO:		RELACION:	TELEFONO: ()
ES ESTE TRATAMIENTO EL RESULTADO DE UN ACCIDENTE? SI NO		DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE? TRABAJO CASA OTRO	
FECHA DEL ACCIDENTE: / /	PERSONA ENCARGADA DEL ACCIDENTE:		TELEFONO: ()

ASIGNACION DE BENEFICIOS:

PERMISO DE TRATAMIENTO: Yo, el que firma, por medio del paciente nombrado, doy consentimiento y autorizacion para que se hagan todos los tratamientos considerados necesarios por el doctor.

BENEFICIOS DEL SEGURO: Yo autorizo _____ a dar la informacion adquirida en el curso de mi examinacion y/o tratamiento a la adminstracion del seguro social y a la adminstracion financiera del cuidado de la salud, o a sus intermediarios, cualquier informacion necesitada por medicare u otros reclamos de seguros. Yo permito que una copia de esta autorizacion se use en lugar de la original y yo pido el pago de mi seguro medico a mi o a cualquier parte que acepte el pago, esta es una autorizacion de por vida. Yo acepto pagar por todos los servicios medicos prestados por _____ y si yo incumplo el pago de mis cargos, yo acepto pagar el costo de las agencias de coleccion incluyendo costos y precios razonables de los abogados.

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION:

YO AUTORIZO LA REVELACION DE CUALQUIER INFORMACION MEDICA NECESARIA PARA PROCESAR LAS FORMAS DE PAGO DE MI SEGURO MEDICO

FIRMA: _____ FECHA: _____

PERMISO Y ASIGNACION PARA MEDICARE Y LOS CROSS-OVERS AUTOMATICOS (MEDIGAP)

Aquellos que tienen solamente medicare o un seguro suplementario que no cubre directamente del medicare por favor firme el permiso 1.

Aquellos que tienen medicare y un seguro suplementario que automáticamente cubre los cargos de medicare por favor firme los dos permisos.

PERMISO Y ASIGNACION DE TERMINO LARGO

Yo autorizo el pago a _____ por mis beneficios de mi compañía de seguros de otra manera pagarlos a mí si una asignación es aceptada.

Yo autorizo la revelación de cualquier información médica requerida por mi seguro (s). Una copia de esta autorización puede ser usada como un registro original.

Yo autorizo todo poseedor de información médica o de otro tipo de información sobre mí a la administración del seguro social y la salud o de sus intermediarios toda la información necesaria para ello o una reclamación relacionada con medicare. Yo solicito el pago de las prestaciones de los seguros médicos a mí o a la parte que acepta la asignación.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DE PACIENTE: _____ MEDICARE# _____

PERMISO Y ASIGNACION

PARA: _____

GRUPO: _____ ID# _____

DIRECCION DE LA COMPANIA DE SEGURO: _____

Yo autorizo al DR: _____ de divulgar a su compañía o a sus representantes, mi información incluyendo diagnósticos, y registro médicos de mi tratamiento o examinación prestada hacia mí durante el periodo médico o cuidado de cirugía.

También yo autorizo y pido a su compañía que le pague directamente al doctor nombrado la cantidad debida mía en mi reclamo pendiente de los servicios y tratamientos quirúrgicos y médicos, por la razón de los servicios y tratamientos prestados a.

PACIENTE: _____

Yo comprendo que yo soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos por esta autorización.

FIRMA DEL ASEGURADO: _____

THE PAIN CENTER (QUESTIONARIO)

Nombre _____ Edad _____ Fecha De Nacimiento _____

Ocupacion _____ Educacion _____

Estado Marital _____ Nombre De Su Pareja _____

Liste sus hijos y las edades _____

1. Es usted alergico a alguna medicina? _____

2. Tiene usted una historia de asma, diabetes, hipertension, ataque al Corazon, problema vascular u otro problema medico? Si es asi por favor explique _____

3. Tiene usted Tuberculosis o tos cronica? _____

4. Alguna vez a tenido cirugias () Si () No Si es asi que tipo de cirugia? _____

5. En que parte tiene el dolor? (pinte en la ilustracion de el cuerpo adjunta con el cuestionario) _____

6. Hace cuanto tiene este dolor? _____

7. Que diagnosticos o explicaciones medicas a recibido usted acerca este dolor? _____

8. Que otros sintomas acompañan este dolor? _____

9. En sus propias palabras, describa su dolor (agudo, seco, quemason, chuzo, ect.) _____

10. Que factores le agravan su dolor? _____

11. Que factores le alivian su dolor? _____

12. Que medicamento toma usted para disminuir su dolor? _____

13. Hace cuanto esta tomando esta medicina? _____
14. Esta medicina le alivia el dolor? () Completamente () Nada () Un poco
15. A ido usted a un hospital por un diagnostic, o tratamiento para su dolor?
() Si () No Si es asi, nombre del hospital _____

Fecha y año _____

16. Alguna vez le han hecho acupuntura o un tratamiento de bloqueo del nervio para su dolor?
() Si () No Si es asi, fecha y año _____ por quien _____
Resultado del tratamiento? _____

17. Este dolor le previene de hacer su trabajo usual, deberes socials y familiars?
() Si () No Si es asi, cuales? _____

18. Usted recibe compensacion para del trabajador u otros beneficios?
() Si () No () sigue esperando

19. Hay alguna demanda envuelta? () Si () No

20. Ha intentado usted volver a trabajar?
() Si () No () Tiempo completo () Medio tiempo () No applica

21. Ha usted recibido tratamiento psiquiatrico/ psicologico por alguna condicion o problema?
() Si () No

22. Se considera usted una persona enferma? () Si () No

23. Tiene usted problema para dormir? () Nunca () A veces () Usualmente () Siempre

24. Tiene usted algun problema en obtener sus historiales medicos de alguno de los doctores u hospitals nombrados anteriormente en el cuestionario? () Si () No

25. Como parte de una evaluacion y tratamiento medico completo, usted va a participar de una asignacion sobre el manejo y control del dolor. Este proceso esta designado para asistir al equipo de tratamiento en la identificacion de aquellas areas las cuales contribuyen en un impacto en su experiencia de el dolor. El objetivo es asistirle a reconocer cuales son los recursos que le ayudan a gestionar y hacer frente a sus trastornos asociados con el dolor y mejorar su calidad de vida.

Utilizando la escala a continuacion, por favor indique la gravedad de los Problemas ocasionados en su vida por el dolor.

0	1	2	3
Sin interrupcion	suave	moderado	extreme

a) Familiar/ Marital _____

b) Animo _____

c) Actividades sociales _____

d) Actividad sexual _____

e) Movilidad _____

f) Actividad recreacional _____

g) Dormir _____

h) Apetito _____

i) Trabajo _____

j) Financiero _____

26. Cuanto de su vida se ve perturbado por tener que lidiar con su dolor?

_____ Horas al dia

27. Su familia entiende el dolor que ud esta experimentando? _____

28. Que cambios ha notado en su familia como consecuencia de su dolor? _____

29. Que indicios ha notado que le permiten reconocer que su familia esta teniendo problemas con el ayudar con su dolor? _____

30. Utilizando la escala a continuacion, por favor indique que tan efectivo han sido las siguientes estrategias para usted con respect a su dolor.

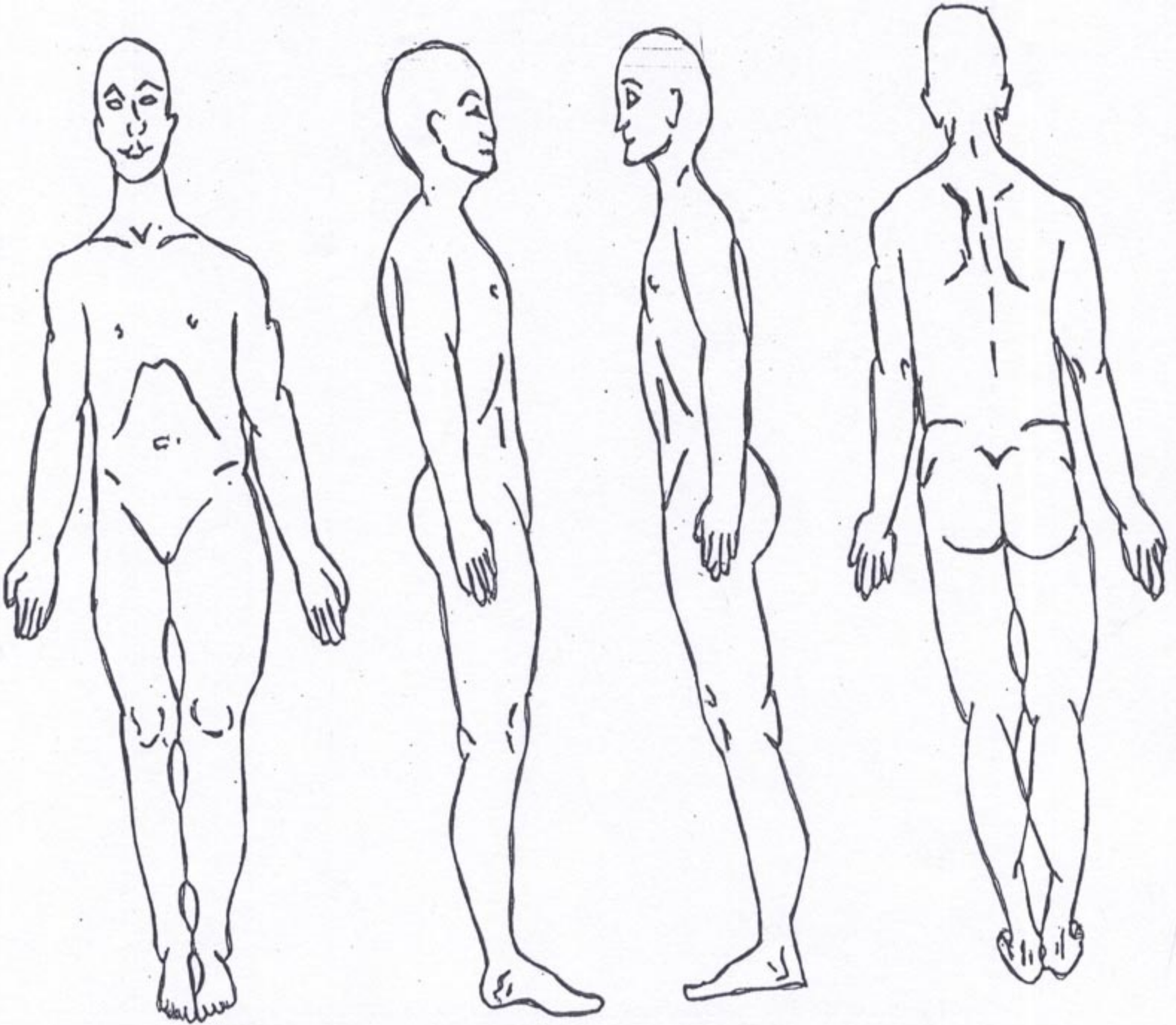
0	1	3	4	5
No usa	Para nada	Un poco	Bastante	Completamente

- | | |
|---|--------------------------------|
| a) Medicina para el dolor con narcoticos ____ | k) Electromiografia ____ |
| b) Medicina sin narcoticos ____ | l) relajacion ____ |
| c) Antidepresivos ____ | m) Terapia fisica ____ |
| d) Tranquilizantes | n) masajes ____ |
| e) Medicina para dormir ____ | o) consejeria individual ____ |
| f) TENS | p) De grupo ____ |
| g) Bloqueo del nervio | q) Familiar ____ |
| h) Inyeccion epidural | r) Consejeria nutricional ____ |
| i) Inyeccion en el punto de acivacion | s) Acostarse/relajarse ____ |
| j) Acupuntura | t) Otra _____ |

Como se entero de "The Pain Center"? _____

Firma _____

Fecha _____



Marque en los dibujos de arriba, con un circulo solido donde tiene el dolor. Si su dolor empieza en un punto y le va a otro lado, dibuje una linea desde ese punto hasta donde le termina. Si su dolor es en toda esa area entonces pinte toda esta area.

Marque con lineas horizontales cualquier parte que sienta adormecimiento y X's donde siente agujones y chuzones.

SU MEDIDOR DEL DOLOR

Por favor indique como es su dolor

100

INAGUANTABLE

80

HORRIBLE

60

ESTRESANTE

40

INCOMODO

20

SUAVE

JOHN GOMEZ, M.D. & ASSOCIATES
NOTICIA DE INTERES FINANCIERO

Esta carta es para informarle que el Dr. John Gomez. Lo ha referido al centro de cirugia PARKCREEK SURGERY CENTER para su tratamiento medico. Por lo tanto, el Dr. Gomez tiene requerido de proveerle la siguiente informacion:

1. El Dr. John Gomez. Tiene un interes de inversion y es uno de los dueños de, Parkcreek Surgery Center.
2. Parkcreek Surgery Center esta localizado en 6806 North State Road 7, Coconut Creek, Florida 33073. El Dr. Gomez no tiene inversiones en otra facilidad.
3. Usted, el paciente, tiene el derecho de obtener servicios para el control del Dolor el la localidad o de el proveedor, o de el centro de cirugia de su eleccion, incluyendo Parkcreek Surgery Center.

Reconocimiento del paciente

Yo he leído o me han leído la carta, y entiendo que yo tengo la elección de el lugar donde mis servicios medicos van a ser ofrecidos.

Paciente

Fecha

Testigo

