



Marte A. Martinez, MD
7614 Rocio Dr, Laredo, TX 78041
(956) 795-8393 • Fax (956) 795-8396

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento _____ Seg. Social# _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____

Codigo Postal _____

Telefono de casa# _____ Celular# _____

Proveedor Tel: AT&T [] T-Mobile [] Sprint [] Verizon [] Cricket [] Metro []

Correo Electronico (E-Mail): _____

Sexo: M [] F []

Estado Civil: Soltero(a) [] Casado(a) [] Viudo(a) [] Separado(a) [] Divorciado(a) []

Doctor de cabecera: _____ Doctor referente: _____

Nombre de Empleador _____ Ocupacion _____

Direccion de Negocio _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Telefono # _____

¿En caso de emergencia a quien notificamos? _____

Telefono# _____ Relacion al Paciente _____

Raza: Asiatico [] Afroamericano [] Blanco [] Otro [] Hispano [] Desconocido []

Idioma preferido: Español Ingles

¿Tiene seguro secundario? Si No

¿Su condición esta relacionada con el trabajo? Si No Fecha de su lesion: _____

¿Su condición esta relacionada con un accidente automovilistico? Si No

Farmacia preferida: _____

Entiendo que soy financieramente responsable de los gastos de los servicios que me han dado, incluyendo el saldo restante después del pago de los beneficios de seguros.

Firma _____ Fecha _____

AUTORIZACION

Yo, certifico que yo (o mi dependiente) tenemos seguro con _____
Y asigno directamente al Dr. Jaime A. Sued/ Dr. Marte A. Martinez todos los beneficios de seguro, si hay, de otra manera pagadero a mi por los servicios dados. Comprendo que soy responsable por todos los cargos pague o no pague el seguro. Autorizo al Doctor que de informacion necesaria para asegurar los pagos de beneficios. Autorizo el uso de esta firma para los seguro.

Seguros de responsabilidad:

Cualquier pago obtenido se basa en una cotización de los beneficios. Una cotización de beneficios y / o autorización no garantiza el pago o verifica elegibilidad. El pago de beneficios están sujetos a todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato del miembro en el momento del servicio.

Seguro de Responsabilidad Civil para el pago:

Su compañía de seguros de salud sólo pagará por los servicios que se determine que son "razonables y necesarios." Cada esfuerzo será hecho por esta oficina para que todos los servicios y procedimientos de autorización previa por su compañía de seguros de salud sean pagados. Si su compañía de seguro médico determina que un servicio determinado no es razonable y necesario, o que un determinado servicio no está cubierto por el plan, su compañía de seguros va a negar el pago por dicho servicio.

Acuerdo Beneficiario:

Entiendo que mi compañía de seguro de salud puede negar el pago por los servicios mencionados anteriormente, por las razones expuestas. Si mi compañía de seguros de salud niega el pago, acepto asumir personalmente la responsabilidad total para el pago. También entiendo que si mi compañía de seguro de salud hace un pago de servicios, seré responsable por cualquier "pago compartido", deducible o "porcentaje compartido" que se aplica.

NOTICIA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

He revisado el informe de practicas de privacidad que explica como mi informacion medica sera usada e informada a otros. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este documento.

AVISO SOBRE CITAS

Nosotros reservamos tiempo para usted, si tiene que cancelar su cita, le pedimos que por favor nosh able por lo menos 24 horas antes de su cita.

Habra una cuota de \$ 30.00 si no cumple con su cita o llama con 24 horas de anticipacion.

Si usted llega mas de 15 minutos tarde a su cita tendremos que cambiarle su cita.

AVISO SOBRE MEDICAMENTO

Si necesita mas medicamento favor de acudir a la oficina solamente de Lunes a Jueves de 9:00am – 3:00pm. Favor de llamar 2 – 3 días antes de que se le termine su medicamento. Si el medicamento es controlado debera ver a la enfermera cada mes de lo contrario no se le entregara su receta. Tiene que ser solamente en el horario ya mencionado, no se hara en Viernes o en fin de semana.

Firma

Fecha

I am responsible for my pain medications:

- I agree to take this medication as prescribed. I will not change my dose unless discussed and approved by my doctor.
- This medication is for my use only. I agree not to share or sell my medication.
- Except for emergencies, I will not ask any other doctor for pain medicines. If I do, I will inform my doctor's office.
- I will not abuse my pain medication or other drugs.
- I agree to have random urine or blood sampling performed on me as requested by my doctor. These samples will be tested for prescribed or non-prescribed medication and illicit drug use. If test is positive you may be discharged from our clinic.
- I agree to come in every three months for follow up visit.
- *Female patients:* You are responsible for informing your physician immediately if you are pregnant, thinking of becoming pregnant, or might be pregnant. Medication should be stopped immediately.

My prescriptions for pain medications:

- Will be written or called in during regular office hours, Monday-Thursday. Will be called in at the end of the day. If you require a pharmacy to pick it up, you will make arrangements with that pharmacy.
- Will not be re-written if "I run out early" or "lose a prescription. I am responsible for taking the dose prescribed and for keeping track of the amount remaining. If my medication is stolen, I will call the police and obtain a police report. Replacement prescriptions will be written at the discretion of my doctor.

*****Failure to adhere to above policies will be grounds for discharge from clinic.**

PATIENT INITIALS _____

Soy responsable de mi medicamento para dolor:

- Tomare mi medicamento como lo es recetado. No cambiare la dosis- solo podré cambiar la dosis si mi medico lo autoriza.
- Este medicamento es para mi uso solamente. Estoy de acuerdo a no compartir o vender mi medicina.
- No pediré recetas de este medicamento a otros medicos, solo en una emergencia. Si lo hago, avisare de inmediate a la oficina/enfermera.
- No abusare de mi medicamento o pediré otras drogas.
- Estoy de acuerdo en hacerme pruebas de orina o sangre en cualquier momento cuando lo pida mi doctor. Estas musetras serán utilizadas para comprobar si hay sustancias ilegales y si el medicamento se esta consumiendo. Si la prueba resulta positive ya no podrá ser nuestro paciente.
- Estoy de acuredo que necesito tener citas cada tres meses.
- *Pacientes de sexo femenino:* Es su responsabilidad de informar inmediatamente al medico si está embarazada, piensa quedar embarazada, o podria estar embarazada. El mecimiento debe ser suspendido inmediatamente.

Mis recetas de medicamento para dolor:

- Serán escritas o llamadas a la farmacia solamente durante horas de oficina, de lunes a jueves. Serán llamadas a la farmacia al final del dia. Si usted necesita que una farmacia la recoja, usted tendrá que hacer los arreglos.
- No serán escritas de nuevo si "se lo acaban antes de tiempo" o "se le pierde la receta" o "se le cayó la medicina". Soy responsable de tomar la medicina como es recetada y de mantener el conteo de mis pastilles. Si mi medicamento es robado, le llamare a la policia y obtendré un reporte policiaco. El reemplazo de recetas serán escritas de nuevo a la discreción de mi medico.

***** Si no sigo estas pólizas, ya no podré ser paciente de esta clínica.**

INICIALES DE PACIENTE _____

Pain Management Clinic Policy

- 1.** Copy of our pain medication policies will be given to you. Please read in its entirety as you may be discharged from our clinic if any of our policies are disregarded or not complied with.
- 2.** At Advanced Spine Pain Solutions we strive to provide the upmost care of our patients. If you do not have any recent MRI's or other diagnostic exams you will be required to have these done so that an appropriate plan of care can be established.
- 3.** It is probable your pain medications may not be continued as prescribed by your previous physician. You will be placed on new medication regimen which may or may not include your current medications. Previous pain medications may be titrated down until a dose recommended by your new physician is reached.
- 4.** COMM or SOAP Questionnaire mandatory for patients on opioid pain medications.
- 5.** If you need to discuss change in medication, increase in medication, or want to add medication, you will need to come in for follow up. We will not be able to discuss change in medication management over a telephone call.

*If you agree with the following conditions please sign below and circle " I ACCEPT" and we accept you as our new patient.

**If you disagree please sign below and circle " I DO NOT ACCEPT" . Please understand if you do not agree we cannot accept you as a new patient.

[] I ACCEPT [] I DO NOT ACCEPT

X _____

Reglas para la Clínica de Especialistas de Dolor

- 1.** Copia de nuestras reglas para el uso de medicamento de dolor se le dará a usted para que revise. Por favor lea en su totalidad ya que no lo podremos seguir atendiendo en nuestra clínica si cualquiera de nuestras reglas son ignoradas o no cumplidas.
- 2.** En nuestra practica medica nos esforzamos para proporcionar el máximo cuidado a nuestros pacientes. Si no tiene ninguna resonancia magnética o otros exámenes diagnósticos recientes, se le recomendará obtener estos exámenes para que pueda establecerse un plan adecuado de tratamiento.
- 3.** Medicamentos para el dolor probablemente no serán prescritas igual que por su médico anterior. Un nuevo régimen de medicamento se actualizara, que pueda o no incluir los medicamentos actuales. Medicamentos para su dolor serán disminuidos hasta que se alcance una dosis recomendada por su médico nuevo.
- 4.** Cuestionario de COMM o SOAP es obligatorio para los pacientes que toman medicamentos opioides.
- 5.** Si usted necesita algún cambio en su medicamento, incremento en su medicamento, o quisiera agregar algún medicamento, tendrá que poner cita con el médico para discutir en persona. No podremos discutir estos cambios por teléfono.

*Si está de acuerdo con las siguientes condiciones por favor firme a continuación, circule "SI ACEPTO" y lo aceptamos como nuestro paciente nuevo.

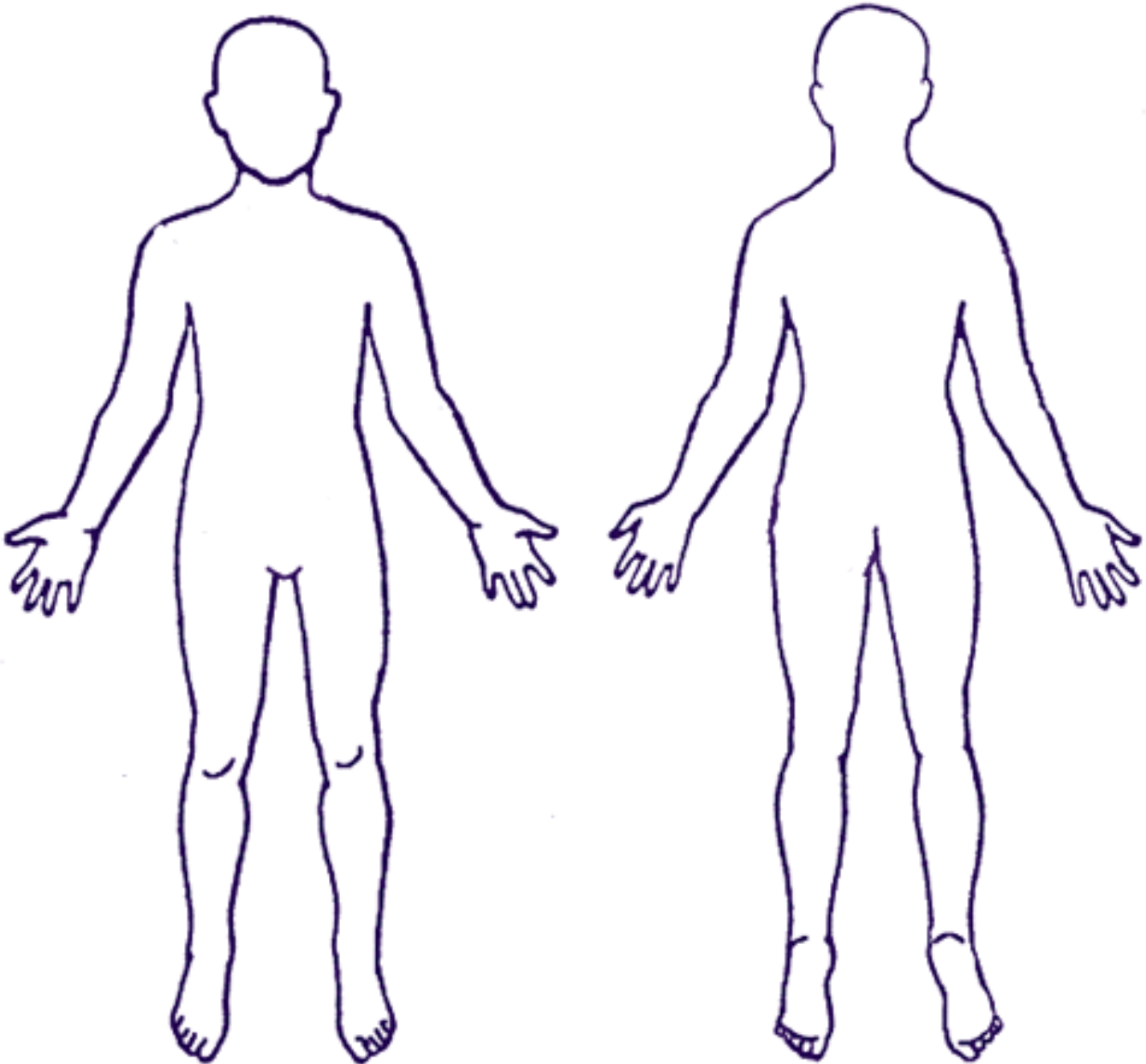
**Si no estás de acuerdo por favor firme a continuación y circule "NO ACEPTO" . Por favor entienda que si no acepta estas condiciones, no lo podremos aceptar como un paciente nuevo.

[] SI ACEPTO [] NO ACEPTO

X _____

MARK WITH AN X WHERE YOU ARE HAVING PAIN

INDIQUE CON UNA X DONDE SIENTE DOLOR



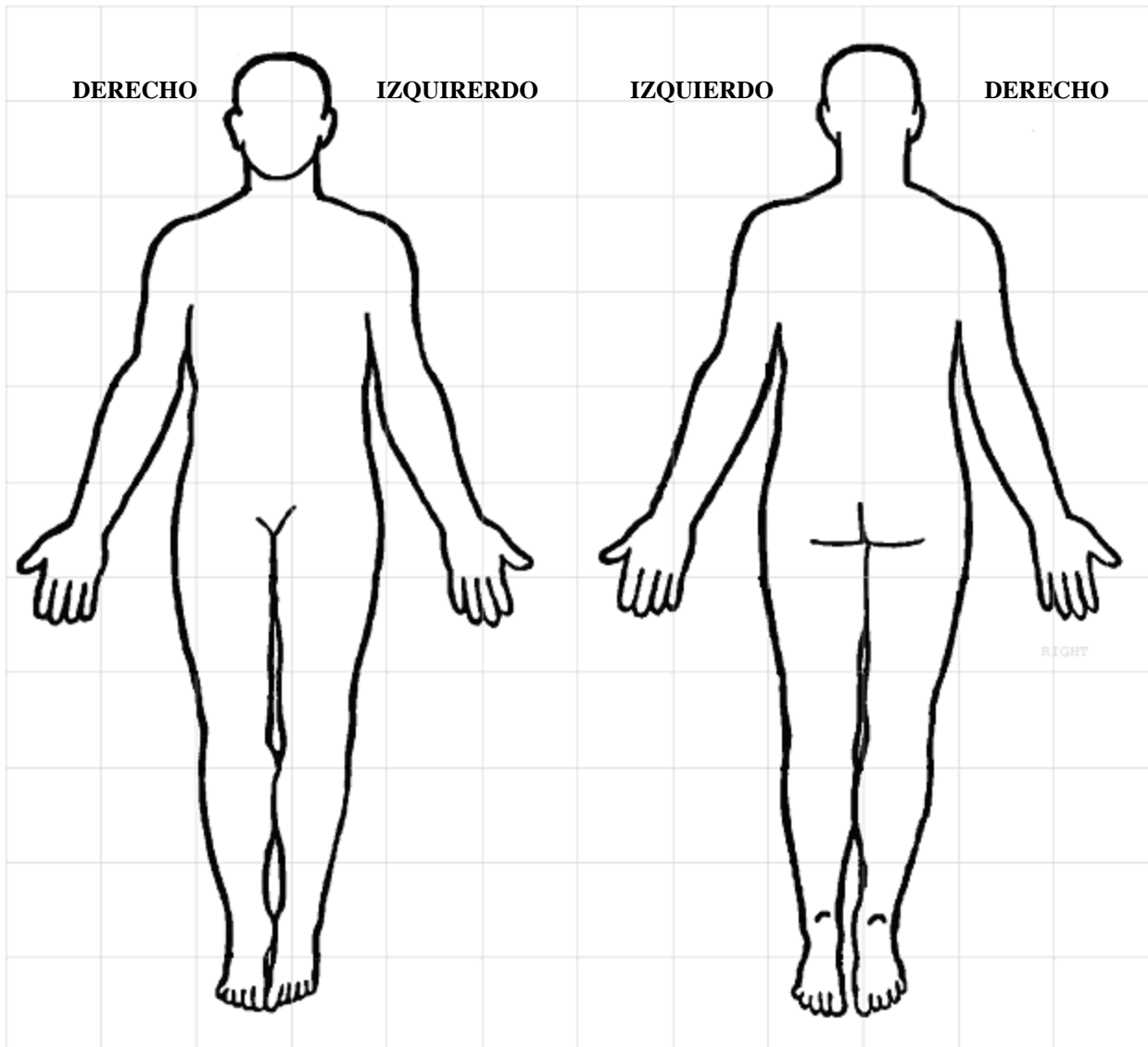
EVALUACIÓN DE DOLOR

Paciente: _____ Fecha: _____

Dónde está su dolor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Médico de Referencia: _____ Médico de Cabecera: _____

1. Marque en que parte del cuerpo esta su dolor



1. Historial de Dolor

¿Cuándo empezó el dolor? Mes _____ Año _____

¿Cómo empezó? de repente gradualmente

- accidente en casa accidente laboral laboral pero sin accidente
- después de una cirugía ninguna causa aparente

2. Intensidad: En una escala del -10, clasifique su dolor, el 0 significa que no tiene dolor, y el 10 significa el dolor más fuerte posible que se pueda imaginar. Indique el cuadro correspondiente:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
El peor caso										
Por lo general										
El caso mínimo										

3. Calidad: Favor de poner un círculo en las palabras que describen el tipo de dolor que tiene.
 Adolorido Ardor Pulsada Tirante Espasmo Agudo Sordo Picazón
 Otro Tipo: (describir en sus propias palabras) _____

4. Duración:

Siempre presente

A veces presente. ¿Cuándo? _____

Raramente presente. ¿Cuándo? _____

5. Cambios en el dolor:

¿Cuándo se le empeora su dolor? _____

¿Cuándo siente alivio del dolor? _____

6. Efectos del Dolor: (función disminuida, calidad de vida disminuida)

Síntomas acompañantes (por ejemplo, náusea) _____

Dormir: (indique uno) Duerme Mal Menos Más Ningún cambio

Apetito: (indique uno) Incrementado Disminuido Ningún cambio

Actividad Física: (indique uno) Incrementada Disminuido Ningún cambio

Relación con otros (p.Ej. Irritabilidad): _____

Emociones: (e.Ej. coraje, llanto, depresión) _____

¿Ha pensado en suicidarse? _____

Concentración _____

Actividad Sexual _____

Otro _____

7. Favor de indicar todas las intervenciones que se han utilizado para mitigar su dolor:

Terapia Física

Aparato TENS

Quiropráctico

Terapia a base de Hierbas

8. Cirugias anteriores para el dolor:

Tipo:

Fecha:

¿Sintió Alivio?

9. **Historial del Control del Dolor:** Favor de indicar todos los medicamentos, tratamientos o intervenciones que se detallan a continuación, que haya tomado o llevado a cabo anteriormente para controlar su dolor.

Intervención:	Si	Le Ayudo	No	Efectos secundarios?
<input type="checkbox"/> Inyección esteroide lumbar epidural	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Inyección esteroide cervical epidural	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Inyección faceta	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Inyección de punto de gatillo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Rizotomía	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Aparato TENS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Estimulador de la espina dorsal	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Bomba de infusión	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Lesión IDET/Disco	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
Medicamentos:				
<input type="checkbox"/> Amitriptyline (Elavil)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Nortriptyline (Pamelor)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Desipramine	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Doxepin	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Neurontin (Gabapentin)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Baclofen (Lioresol)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Tegretol (carbamazepine)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Dilantin (Phenytoin)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Lidoderm Patch	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Mexitil	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Ketamine	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Duragesic/Fentanyl patch	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Darvocet/Darvon	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Vicodin/Lortab/Hydrocodone	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Percocet (oxycodone/oxycontin)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Tylenol #3 (codeine) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> Morphine (MS Contin, Kadian) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dilaudid (hydromorphone) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> Demerol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> Methadone | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> Talwin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> Nubain | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

11. ¿Tiene alguna **alergia a drogas?** Si No
 En caso de tener, indique aquí cuales son? _____

12. Historial Médico (Favor de indicar todos los correspondientes)
 Asma Diabetes Alta Presión Ataque Cardíaco
 Ansiedad Angina COPD Artritis Cáncer
 Ataques de Pánico Depresión

¿Ha consultado o consulta con un psiquiatra? _____

Indique por favor de que otros problemas medicos padece _____

13. Historial de Cirugías (Favor de detallar a continuación todas las cirugías)
 Tipo Año

14. Historial de Familia (Favor de indicar todas las enfermedades que vienen de familia)

15. Historial Social

¿Fuma (o fumaba)? No Si, ¿Cuántas cajetillas diarias? _____
 ¿Cuándo dejó de fumar? _____

¿Toma (o tomaba) alcohol? No Si, ¿Cuánto y que tan seguido?

¿Cuándo dejó de usarlas? _____

¿Ha usado drogas? No Si, Favor de detallar: _____

¿Cuàndo dejò de usarias? _____

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Matrimonio por mero acuerdo

¿Cuantos hijos tiene? _____

¿Con quien vive? _____

Ocupaciòn: _____

¿Tiene alguna incapacidad? No Si, En que fecha y que tipo de incapacidad tiene _____

16. Sintomas Mèdicos Lista de verificaciòn

Si recientemente (p. Ej. En el mas anetior) le han llegado a molestar algunos de los problemas que se detallan a continuaciòn, indique Si.

	Si	No
dolores de cabeza frecuentes y fuertes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dolores de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bola en o hinchazòn del cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
perdida de equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vista borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
empeoramiento de la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
doble vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ver resplandores o luces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dolor o comenzòn en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ojos llorosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemas dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
encias adoloridas o con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lengua adolorida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resollar o quedarse sin aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tos frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tos con flema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tos con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
resfrios de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
latidos ràpidos o salteados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
falta de respiraciòn en actividades normales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pies o tobillos hinchados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
perdida o aumento en peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
indigestion repetida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ercutar frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vòmitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dolor de abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abdomen hinchado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
constipaciòn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
estomago suelto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
excremento negro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
excremento gris o blanquizo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dolor de recto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comezòn del recto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sangre en el excremento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orinar frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
salida involuntaria de orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
al orinar siente quemazòn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orina color càfe, negro o con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
flujo dèbil de orine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dificultad en empezar a orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ganas constantes de orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Solo Para Hombres

Quemazòn o descargas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bolas o hinchazòn en los testiculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dolor en los testiculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Solo Para Mujeres

perder un periodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemas con la menstruaciòn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sangrado entre periodos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tension o dolor entre periodos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sangrado denso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sentirse con peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
descargas vaginales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
irritaciòn en los genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dolor en el coito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hinchazòn o bolas en los senos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dolor en los senos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuantos embarazos: _____
 Cuantos partos: _____
 Malogros: _____
 Cesàreas: _____
 Abortos: _____

Comentarios o problemas especiales: _____

17. Favor de indicar todos los medicamentos que esta usted tomando, la dosis y la hora en que los toma.

19. ¿Ha visto antes a un médico del dolor? Si es así, escriba el nombre y la razón por la que ya no los ve.

20. ¿Ha tenido alguna nueva resonancia magnética, tomografía computarizada, radiografías relacionadas con su condición?

