



Teléfono: 832-286-4546

Fax: 832-461-1138

info@BetterLifeHouston.com

www.BetterLifeHouston.com

12518 Cutten Road

Houston, TX 77066

(Entrada en la Theall Rd)

¡Bienvenidos!

Gracias por elegir Better Life Pain Clinic como su proveedor de atención médica. Nos complace trabajar con usted para disminuir su dolor, mejorar su estado funcional y su calidad de vida.

Por favor llene los siguientes formularios con la mayor precisión posible. La finalización de estas formas antes de su cita se reducirá en gran medida la duración de su visita; pero si tiene alguna pregunta sobre sus formularios, estaremos encantados de ayudarle cuando se registre en la oficina.

Gracias,
Better Life Team

¿Cómo se enteró de Better Life Pain Clinic?

- Médico primario: _____
- Médico especialista: _____
- Quiropráctico: _____
- Facebook
- Yelp
- Google
- Otro: _____

Si es posible, traiga lo siguiente a su primera visita:

- Informes de imágenes (como radiografías y resonancias magnéticas)
- Informes de laboratorio recientes (como análisis de sangre)
- Todos sus medicamentos actuales
- Notas de su médico del dolor anterior, si corresponde
- Identificación fotográfica
- Tarjeta(s) de seguro
- Paquete de paciente nuevo completo (este paquete)

Registro de pacientes:

Nombre de pila: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

SSN: _____

Sexo: _____

Género: _____

Raza: _____

Empleador: _____

Contacto de emergencia: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Estado civil: _____

Etnicidad: _____

Teléfono del empleador: _____

Teléfono de contacto de emergencia: _____

Seguro primario

Nombre del seguro primario:

Identificación de miembro

(#): _____

Grupo #: _____

Nombre del asegurado: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Sexo del titular de la póliza: _____

Seguro secundario

Nombre del seguro secundario:

Identificación de miembro

(#): _____

Grupo #: _____

Nombre del asegurado: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Sexo del titular de la póliza: _____

Farmacia

Nombre de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia: _____

Farmacia ciudad, estado, código postal: _____

Certifico que la información completa en este formulario es exacta a lo mejor de mi conocimiento. No haré responsable a mi médico ni a ningún miembro de su personal por los errores u omisiones que pueda haber cometido al completar el formulario.

Firma: _____

Fecha: _____

Alergias y medicamentos:

Por favor liste todas las alergias:

Por favor liste todos sus medicamentos actuales (o adjunte una lista); por favor incluya dosis y frecuencia:

Historia familiar:

Por favor liste cualquier condición médica que se ejecutan en su familia:

Madre: _____

Padre: _____

Hermanos (por favor especifique): _____

Otros (por favor especifique): _____

Historia social:

Estado civil (seleccione): Soltero Casado Otro significativo Divorciado Viudo

Situación laboral (seleccione): Empleado Desempleado Discapacitado Jubilado

Fumador (seleccione): Nunca Ex (fecha para dejar de fumar ___) Fumador (paquetes / día)

Bebe alcohol (seleccione): No Sí (bebidas por semana _____)

¿Usa drogas ilegales (seleccione): No Sí (especifique _____)

Historial de cirugías pasadas:

Enumere todas sus cirugías y el año en que se realizaron (como "reemplazo de rodilla derecha - 2005", etc.):

Historia médica pasada:

Seleccione sus condiciones médicas y agregue otras que no estén en la lista:

- | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> COPD/ enfisema | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Sangrado gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Requiere oxígeno en el hogar | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Stents | <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| | | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Convulsiones |

Enumere cualquier otro problema médico no mencionado anteriormente:

Formulario de evaluación (antecedentes de enfermedades actuales) - Pacientes nuevos:

Médico remitente (si corresponde):

Médico de atención primaria (si corresponde):

Médico de dolor anterior (si corresponde):

¿Dónde está su dolor (como cuello, espalda baja o rodilla)?

¿Hace cuánto comenzó su dolor? _____

¿Recuerda una lesión o accidente específico que inició su dolor? _____

¿Su dolor es constante o intermitente? _____

¿Hay algo que mejore el dolor? _____

¿Hay algo que empeore el dolor? _____

¿Qué palabras describen mejor su dolor (seleccione todas las que correspondan):

Dolor Rígido Afilado Aburrido Apuntalado Disparo

Hormigueo Ardor Entumecido Se siente "dormido" Eléctrico Otro: _____

*Solo complete este cuadro si tiene **dolor de cuello**:*

¿El dolor de cuello baja por sus brazos? _____

¿Cómo describiría este dolor (seleccione todas las opciones que correspondan):

Hormigueo Ardor Entumecido Se siente "dormido"

Eléctrico Disparo Otro: _____

¿Alguna vez ha tenido una cirugía de cuello?

*Solo complete este cuadro si tiene **dolor lumbar**:*

¿El dolor de espalda baja por tus piernas?

¿Cómo describiría este dolor (seleccione todas las opciones que correspondan):

Hormigueo Ardor Entumecido Se siente "dormido"

Eléctrico Disparo a otro: _____

¿Alguna vez ha tenido una cirugía de espalda baja?

¿Con qué interfiere su dolor (seleccione todas las opciones que correspondan):

Dormir Vestirse Usar el baño Cocinar Limpiar Comprar Aficiones Trabajar

¿Algún efecto secundario con sus analgésicos actuales (como estreñimiento, náuseas o somnolencia)?

¿Toma anticoagulantes (como plavix, coumadin, effient, xarelto u otros)? _____

Medicamentos para el dolor:

Medicamentos	¿Has tomado esto alguna vez?	¿Mejóro su dolor y / o funcionalidad?	¿Algún efecto secundario? (Por favor especifica):
Tylenol (acetaminophen)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Aspirin (Bayer, BC en polvo, Goody's)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Advil (Duexis, Motrin, ibuprofen)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Aleve (Naprosyn, naproxen)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Mobic (meloxicam)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Celebrex (celecoxib)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Voltaren (diclofenac)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Elavil (amitriptyline)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Pamelor (nortriptyline)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Norpramin (desipramine)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Sinequan, Silenor (doxepin)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Cymbalta (duloxetine)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Effexor (venlafaxine)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Savella (milnacipran)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Flexeril (cyclobenzaprine)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Zanaflex (tizanidine)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Robaxin (methocarbamol)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Skelaxin (metaxalone)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Lioresal (baclofen)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Neurontin (gabapentin)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Lyrica (pregabalin)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Tegretol (carbamazepine)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Topamax (topiramate)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Ultram (tramadol)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Tylenol #3 & #4 (codeine)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Dolophine (methadone)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Belbuca (Suboxone, parche de butrans, buprenorfina)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Parche de lidoderm, Aspercreme con lidocaína (lidocaína)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Gel Voltaren / parche Flector (diclofenaco tópico)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	

Cuidado conservador:

	¿Ha utilizado esta terapia?	¿Te ayudó?	¿Algún efecto secundario? (Por favor especifica):
Paquete de hielo / enfriamiento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Almohadilla térmica / térmica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Unidad TENS	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Terapia de comportamiento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Régimen de ejercicio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Yoga, tai chi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Acupuntura	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Masaje	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Quiropráctica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	

Terapia física:

¿Ha tenido terapia física para su dolor? _____

Si es así, ¿qué zonas del cuerpo fueron tratados?

¿Cuándo fue su sesión más reciente? _____

¿Cuántas sesiones y / o cuántas semanas completó? _____

¿Mejóro su dolor y / o funcionalidad? _____

¿Empeoró su dolor y / o funcionalidad? _____

Procedimientos:

Si ha tenido procedimientos para el dolor (es decir, estimuladores espinales, epidurales, inyecciones, etc.), indíquelos aquí: _____

Cuestionario para pacientes nuevos:

¿Qué número describe mejor su dolor en promedio durante la última semana?

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 peor dolor

¿Qué número describe mejor cómo, durante la última semana, el dolor ha interferido con su disfrute de la vida?

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 peor dolor

¿Qué número describe mejor cómo, durante la última semana, el dolor ha interferido con su actividad general?

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 peor dolor

¿Con qué frecuencia tiene cambios de humor?

Nada 0 1 2 3 4 peor dolor

¿Con qué frecuencia fuma un cigarrillo una hora después de despertarse?

Nada 0 1 2 3 4 peor dolor

¿Con qué frecuencia ha tomado medicamentos distintos a los recetados?

Nada 0 1 2 3 4 peor dolor

¿Con qué frecuencia ha consumido drogas ilegales (por ejemplo, marihuana, cocaína, etc.) en los últimos cinco años?

Nada 0 1 2 3 4 peor dolor

¿Con qué frecuencia, en su vida, ha tenido problemas legales o ha sido arrestado?

Nada 0 1 2 3 4 peor dolor

¿Edad entre 16 y 45 años?

No Si

¿Historial de abuso de alcohol?

No Si

¿Historial de abuso de drogas ilegales?

No Si

¿Historial de abuso de medicamentos recetados?

No Si

¿Historia de depresión?

No Si

¿Antecedentes de TDAH, TOC, trastorno bipolar o esquizofrenia?

No Si

¿Historia de abuso sexual preadolescente?

No Si

Antecedentes familiares de abuso de alcohol?

No Si

Para uso exclusivo del personal

1

3

4

5

1

2

M0-F3

M3-F1

Antecedentes familiares de abuso de drogas ilegales?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	M3-F2
¿Antecedentes familiares de abuso de medicamentos recetados?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	4

Revisión de sistemas (seleccione todos los que correspondan):

Constitucional: Fiebre, Sudores nocturnos, Aumento de peso, Pérdida de peso

EENT: Boca seca, Hemorragias nasales frecuentes, Ronquidos

Cardiovascular: Dolor de pecho, Hinchazón de tobillo

Respiratorio: tos, silbidos, dificultad para respirar

Gastrointestinal: Náuseas, Vómitos, Estreñimiento, Diarrea, Vómitos con sangre, Ardor de estómago, Heces con sangre, Heces negras o

Genitourinario: Dificultad para orinar, Incontinencia urinaria

Musculoesquelético: Dolor muscular, Dolor articular, Inflamación articular, Dolor de espalda, Dolor de cuello

Tegumentario: Erupción

Neurológico: Debilidad, Entumecimiento, Convulsiones, Mareos, Dolor de cabeza, Mareos, Somnolencia diurna

Psiquiátrico: Estado de ánimo deprimido, Alteraciones del sueño, Ansiedad frecuente,

Pensamiento con niebla, Pensamientos suicidas

Endocrino: Fatiga, Sed excesiva, Aumento de la micción

Hematológicos / linfáticos: Sangrado excesivo por cortes menores, Moretones excesivos

Alérgico / inmunológico: Reacción alérgica reciente

ACUERDO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y MANEJO DEL DOLOR SEGÚN LO REQUIERE LA JUNTA MÉDICA DE TEXAS

REFERENCIA: CÓDIGO ADMINISTRATIVO DE TEXAS, TÍTULO 22, PARTE 9, CAPÍTULO 170

4ta edición: desarrollado por la Texas Pain Society, Agosto de 2017 (www.texaspain.org)

AL PACIENTE: Como paciente, tiene derecho a ser informado sobre su afección y el procedimiento médico o de diagnóstico recomendado o la farmacoterapia que se utilizará, de modo que pueda tomar una decisión informada sobre si tomar o no los medicamentos. Después de conocer los riesgos y peligros involucrados. Esta divulgación no tiene la intención de asustarlo o alarmarlo, sino más bien es un esfuerzo para informarlo mejor para que pueda dar o negar su consentimiento / permiso para usar los medicamentos que le recomiendo, como su médico. A los efectos de este acuerdo, el uso de la palabra "médico" se define para incluir no solo a mi médico, sino también a los asociados autorizados, asistentes técnicos, enfermeras, personal y otros proveedores de atención médica de mi médico, según sea necesario o aconsejable para tratar mi condición.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y / O TERAPIA CON DROGAS: Solicito voluntariamente a Better Life Pain Clinic para tratar mi afección que se me ha explicado como dolor crónico, que es un estado de dolor que persiste más allá del curso habitual de una enfermedad aguda o la curación de lesión. Por la presente autorizo y doy mi consentimiento voluntario para que mi médico administre o escriba recetas de drogas peligrosas y / o controladas (medicamentos) como un elemento en el tratamiento de mi dolor crónico. Se me ha explicado que estos medicamentos incluyen opioides / narcóticos, que pueden ser dañinos si se toman sin supervisión médica. He hablado de los riesgos y beneficios del uso de sustancias controladas para el tratamiento del dolor crónico, incluida una explicación de lo siguiente: (a) diagnóstico; (b) plan de tratamiento; (c) resultados terapéuticos anticipados, incluidas expectativas realistas de alivio continuo del dolor y mejor funcionamiento y posibilidades de falta de alivio del dolor; (d) terapias adicionales o en lugar de la terapia con medicamentos, incluida la terapia física o técnicas psicológicas; (e) posibles efectos secundarios y cómo tratarlos; (f) efectos adversos, incluido el potencial de dependencia, adicción, tolerancia y abstinencia; y (g) posibles complicaciones y deterioro del juicio y las habilidades motoras. Se me han explicado los métodos alternativos de tratamiento, los posibles riesgos involucrados y las posibilidades de complicaciones como se indica a continuación. Entiendo que esta lista no está completa y que solo describe los efectos secundarios o reacciones más comunes, y que la muerte también es una posibilidad como resultado de tomar estos medicamentos.

LOS MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS QUE MI MÉDICO TIENE QUE PRESCRIBIR SERÁN DESCRITOS Y DOCUMENTADOS POR SEPARADO DE ESTE ACUERDO. ESTO INCLUYE EL USO DE MEDICAMENTOS PARA FINES DIFERENTES A LOS QUE HAN SIDO APROBADOS POR LA COMPAÑÍA DE DROGAS Y EL GOBIERNO (ESTO A VECES SE REFIERE COMO PRESCRIPCIÓN "FUERA DE LA ETIQUETA"). MI MÉDICO ME EXPLICARÁ SU PLAN DE TRATAMIENTO Y LO DOCUMENTARÁ EN MI CARTA MÉDICA.

HE SIDO INFORMADO Y entiendo que me someteré a pruebas y exámenes médicos antes y durante mi tratamiento. Esas pruebas incluyen controles aleatorios sin previo aviso (orina, sangre, saliva o cualquier otra prueba indicada y considerada necesaria por mi médico en cualquier momento) de drogas y evaluaciones psicológicas cuando se considere necesario, y por la presente doy permiso para realizar las pruebas. o mi negativa puede dar lugar a la finalización del tratamiento. La presencia de sustancias no autorizadas o la ausencia de sustancias autorizadas puede resultar en que me den de alta de su cuidado.

Solo para pacientes femeninas: Se me han explicado completamente todos los posibles efectos anteriores de los medicamentos y entiendo que, en la actualidad, no se han realizado suficientes estudios sobre el uso a largo plazo de muchos medicamentos, es decir opioides / narcóticos, para garantizar la completa seguridad de mi (s) hijo (s) por nacer. Con pleno conocimiento de esto, doy mi consentimiento para su uso y eximo a mi médico por lesiones al embrión / feto / bebé.

ENTIENDO QUE LOS EFECTOS SECUNDARIOS MÁS COMUNES QUE PUEDEN OCURRIR EN EL USO DE LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN MI TRATAMIENTO INCLUYEN, PERO NO SE LIMITAN A LOS SIGUIENTES: estreñimiento, náuseas, vómitos, somnolencia excesiva, picazón, retención urinaria (incapacidad para orinar), ortostática hipotensión (presión arterial baja), arritmias (latidos cardíacos irregulares), insomnio, depresión, deterioro del razonamiento y el juicio, depresión respiratoria (respiración lenta o nula), impotencia, tolerancia a medicamentos, dependencia física y emocional o incluso adicción, y muerte. No participaré en ninguna actividad que pueda ser peligrosa para mí o para otra persona si me siento somnoliento o no estoy pensando con claridad. Soy consciente de que incluso si no me doy cuenta, mis reflejos y tiempos de reacción podrían verse ralentizados. Tales actividades incluyen pero no se limitan a: usar equipo pesado o un vehículo motorizado, trabajar en alturas desprotegidas o ser responsable de otra persona que no puede cuidar de sí misma.

Se me han explicado los métodos alternativos de tratamiento, los posibles riesgos involucrados y las posibilidades de complicaciones, y todavía deseo recibir medicación (es) para el tratamiento de mi dolor crónico.

El objetivo de este tratamiento es ayudarme a controlar mi dolor crónico para poder llevar una vida más productiva y funcional. Me doy cuenta de que puedo tener una enfermedad crónica y que existe una posibilidad limitada de curación

completa, pero el objetivo de tomar medicamentos de forma regular es reducir (pero probablemente no eliminar) mi dolor para poder disfrutar de una mejoría. calidad de vida. Me doy cuenta de que el tratamiento para algunos requerirá el uso prolongado o continuo de medicamentos, pero un objetivo de tratamiento apropiado también puede significar la eventual suspensión del uso de todos los medicamentos. Mi plan de tratamiento se adaptará específicamente a mí. Entiendo que puedo retirarme de este plan de tratamiento e interrumpir el uso de los medicamentos en cualquier momento y que notificaré a mi médico sobre cualquier uso descontinuado. Además, entiendo que se me proporcionará supervisión médica si es necesario al suspender el uso de medicamentos.

Entiendo que no se me ha otorgado ninguna garantía en cuanto a los resultados de cualquier terapia con medicamentos o la cura de cualquier condición. El uso a largo plazo de medicamentos para tratar el dolor crónico es controvertido debido a la incertidumbre con respecto a la medida en que proporcionan un beneficio a largo plazo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi afección y tratamiento; riesgos de no tratamiento y la terapia con medicamentos; tratamiento médico o procedimiento (s) de diagnóstico que se utilizarán para tratar mi afección; y los riesgos y peligros de dicha terapia con medicamentos, tratamiento y procedimiento (s), y creo que tengo suficiente información para dar este consentimiento informado.

ENTIENDO Y ACEPTO LO SIGUIENTE: Que este acuerdo de manejo del dolor se relaciona con mi uso de todos y cada uno de los medicamentos (es decir, opioides, también llamados "narcóticos, analgésicos" y otros medicamentos recetados, etc.) para el dolor crónico recetado por mi médico. Entiendo que existen leyes, reglamentos y políticas federales y estatales con respecto al uso y prescripción de sustancias controladas. Por lo tanto, los medicamentos solo se proporcionarán siempre que siga las reglas especificadas en este Acuerdo.

El término "médico de manejo del dolor" a continuación significa su médico de manejo del dolor primario u otro médico que cubra al médico de manejo del dolor primario.

Mi médico de manejo del dolor puede optar por suspender el medicamento en cualquier momento. El incumplimiento de cualquiera de las siguientes pautas y / o condiciones puede causar la interrupción de los medicamentos y / o mi alta del cuidado y tratamiento. El alta puede ser inmediata por cualquier comportamiento delictivo: **(el paciente debe indicar todas las disposiciones con sus iniciales)**

_____ Soy consciente de que todas las recetas de sustancias controladas están siendo monitoreadas por la Junta de Farmacia del Estado de Texas y que mi médico de manejo del dolor accederá a la información cada vez que escriba una receta.

_____ Acepto someterme a pruebas de laboratorio para los niveles de drogas a pedido, incluidos análisis de orina y / o sangre, para detectar el uso de medicamentos recetados y no recetados en cualquier momento y sin previo aviso. Si doy positivo por sustancias ilegales, como marihuana, speed, cocaína, etc., el tratamiento para el dolor crónico puede finalizar. Además, puede ser necesaria una consulta o derivación a un experto: como someterse a una evaluación psiquiátrica o psicológica por parte de un médico calificado, como un especialista en adicciones o un médico que se especialice en desintoxicación y rehabilitación y / o terapia / psicoterapia cognitivo-conductual.

_____ No se solicitarán recargas antes de la fecha de recarga programada. Sin embargo, se permiten recargas anticipadas cuando estoy de viaje y hago arreglos antes de la fecha de salida planificada. De lo contrario, no esperaré recibir medicamentos adicionales antes de la hora de mi próximo resurtido programado, incluso si se agotan mis recetas. Mi médico de manejo del dolor puede limitar el número y la frecuencia de reabastecimiento de recetas.

_____ Entiendo que mi (s) medicamento (s) se volverán a surtir con regularidad. Entiendo que mi (s) receta (s) y mi (s) medicamento (s) son exactamente como dinero. Si se pierde o se lo roban, NO SE PUEDE REEMPLAZAR

_____ Mi médico de manejo del dolor controlará todos mis síntomas de dolor agudo y crónico. Solo mi médico de manejo del dolor puede recetar medicamentos peligrosos y programados para el tratamiento del dolor crónico. Recibiré medicamentos de sustancias controladas sólo de UN médico de manejo del dolor, a menos que sea para una emergencia o los medicamentos recetados por otro médico estén aprobados por mi médico de manejo del dolor. La información de que he estado recibiendo medicamentos recetados por otros médicos que no han sido aprobados por mi médico de manejo del dolor puede dar lugar a la suspensión de los medicamentos y el tratamiento. Todos los demás problemas relacionados con la salud deben ser manejados por mi médico de atención primaria.

_____ Estoy de acuerdo en informar a cualquier médico que pueda tratarme por cualquier otro problema médico que estoy inscrito en un programa de manejo del dolor, ya que el uso de otros medicamentos puede causar daño.

_____ Por la presente doy permiso a mi médico de manejo del dolor para discutir todos los detalles de diagnóstico y tratamiento con mis otros médicos y farmacéuticos con respecto al uso de medicamentos recetados por mis otros médicos. Doy permiso a mi médico de manejo del dolor para obtener todos los registros médicos necesarios para diagnosticar y tratar mis afecciones dolorosas.

_____ Usaré los medicamentos exactamente como lo indique mi médico de manejo del dolor. Cualquier aumento no

autorizado de la dosis de los medicamentos puede considerarse una causa para la interrupción del tratamiento.

_____ Si alguien que no sea mi médico de manejo del dolor me prescribe medicamentos para tratar el dolor agudo o crónico, entonces divulgaré esta información a mi médico de manejo del dolor en o antes de mi próxima fecha de servicio, que debe incluir como mínimo el nombre e información de contacto de la persona que emitió la receta, la fecha de la receta, el nombre y la cantidad del medicamento recetado y la farmacia que dispensa el medicamento.

_____ Todos los medicamentos deben obtenerse en una farmacia designada por mí, con excepción de aquellas circunstancias por las cuales no tengo control o responsabilidad, que me impiden obtener medicamentos recetados en mi farmacia designada. Si surge la necesidad de cambiar de farmacia, mi médico de manejo del dolor debe ser informado en mi próxima fecha de servicio o antes de las circunstancias y la identidad de la farmacia. Usaré solo una farmacia y le proporcionaré a mi farmacéutico una copia de este acuerdo. Autorizo a mi médico de manejo del dolor a divulgar mis registros médicos a mi farmacéutico según sea necesario.

_____ Mi progreso será revisado periódicamente y, si los medicamentos no mejoran mi función y calidad de vida, es posible que se suspendan los medicamentos.

_____ Debo cumplir con todas las citas de seguimiento según lo recomendado por mi médico o mi tratamiento puede interrumpirse.

_____ Estoy de acuerdo en no compartir, vender ni permitir que otros, incluidos mi familia y amigos, tengan acceso a estos medicamentos.

_____ No permitiré ni ayudaré en el mal uso / desvío de mi medicamento; ni se lo daré ni se lo venderé a nadie más.

_____ Si a mi médico de manejo del dolor le parece que no hay beneficios demostrables para mi función diaria o calidad de vida de los medicamentos, entonces mi médico de manejo del dolor puede probar medicamentos alternativos o puede reducirme todos los medicamentos s). No haré responsable a mi médico de manejo del dolor por los problemas causados por la interrupción de los medicamentos.

_____ Reconozco que mi dolor crónico representa un problema complejo que puede beneficiarse de fisioterapia, psicoterapia, atención médica alternativa, etc. También reconozco que mi participación activa en el manejo de mi dolor es extremadamente importante. Acepto participar activamente en todos los aspectos del programa de manejo del dolor recomendado por mi médico de manejo del dolor para lograr una mayor función y una mejor calidad de vida.

_____ Entiendo que muchos medicamentos recetados para el dolor crónico producen efectos secundarios graves como somnolencia, mareos y confusión. El alcohol aumentará todos estos efectos secundarios y debe suspenderse antes de comenzar a tomar estos medicamentos.

Certifico y acepto lo siguiente (el paciente indicará todas las disposiciones con sus iniciales):

_____ 1) Actualmente no estoy usando drogas ilegales o abusando de medicamentos recetados, y no estoy recibiendo tratamiento por dependencia (adicción) o abuso de sustancias. Estoy leyendo y haciendo este acuerdo mientras estoy en total posesión de mis facultades y no bajo la influencia de ninguna sustancia que pueda afectar mi juicio.

_____ 2) Nunca he estado involucrado en la venta, posesión ilegal, mal uso / desvío o transporte de sustancias controladas (narcóticos, pastillas para dormir, pastillas para los nervios o analgésicos) o sustancias ilegales (marihuana, cocaína, heroína, etc. .).

_____ 3) No se ha garantizado ni asegurado los resultados que pueden obtenerse del tratamiento del dolor crónico. Con pleno conocimiento de los posibles beneficios y posibles riesgos involucrados, doy mi consentimiento para el tratamiento del dolor crónico, ya que me doy cuenta de que me brinda la oportunidad de llevar una vida más productiva y activa.

_____ 4) He revisado los efectos secundarios de los medicamentos que se pueden usar en el tratamiento de mi dolor crónico. Entiendo completamente las explicaciones sobre los beneficios y los riesgos de estos medicamentos y acepto el uso de estos medicamentos en el tratamiento de mi dolor crónico.

_____ 5) Si me convierto en paciente de esta clínica y recibo sustancias controladas para controlar mi dolor, este acuerdo de manejo del dolor reemplaza cualquier otro acuerdo que pueda haber firmado en el pasado.

Solo para pacientes femeninas (indicar con sus iniciales):

_____ A mi leal saber y entender, NO estoy embarazada.

_____ Si no estoy embarazada, usaré un método anticonceptivo / anticonceptivo apropiado durante mi tratamiento. Acepto que es MI responsabilidad informar a mi médico de inmediato si quedo embarazada.

_____ Si estoy embarazada o no estoy seguro, NOTIFICARÉ A MI MÉDICO INMEDIATAMENTE.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Consentimiento informado y acuerdo para el manejo del dolor (obligatorio)

_____ (Iniciales) Reconozco y acepto el Acuerdo de Consentimiento Informado y Manejo del Dolor.

Política de privacidad (obligatorio)

_____ (Iniciales) Better Life Pain Clinic tiene el deber de proteger su información médica personal (PHI). Autorizo a Better Life Pain Clinic a obtener o divulgar PHI para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Esto puede incluir la comunicación con otros profesionales de la salud, compañías de seguros, intercambios de información médica u otras entidades involucradas en la prestación de su atención médica. Su PHI no se divulgará de otro modo a menos que lo solicite o lo exija la ley. He recibido y revisado la Política de privacidad de HIPAA y el Aviso de prácticas de privacidad.

Autorización para divulgar información médica personal / autorización de HIPAA (opcional)

_____ (Iniciales) Autorizo a Better Life Pain Clinic a divulgar información médica personal a las personas que se enumeran a continuación. Entiendo que esto puede incluir información médica y de facturación. Esto puede revocarse en cualquier momento con una solicitud por escrito.

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Responsabilidad financiera y asignación de beneficios (obligatorio)

_____ (Iniciales) El pago vence al momento del servicio. El paciente es responsable de todos los copagos, coseguros, deducibles o cargos no cubiertos. Verificamos los beneficios de su seguro como cortesía y los formularios necesarios se presentarán a las compañías de seguros. No podemos garantizar la cobertura ni el pago. Todos los cargos son su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no. Los cheques devueltos estarán sujetos a un cargo de recolección de \$ 35.00. Los saldos impagos de más de 180 días pueden estar sujetos a cobros a través de una agencia de cobros. Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su saldo. Lo alentamos a que comunique cualquier problema de este tipo para que podamos ayudarlo en la gestión de su saldo pendiente.

Por la presente asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, y autorizo y ordeno a mi (s) compañía (s) de seguro (s), incluido Medicare, seguro privado y cualquier otro plan de salud, que emita el pago directamente a Better Life Medical Center por los servicios prestados a mí y / o a mi dependientes independientemente de los beneficios de mi seguro. Entiendo que soy responsable de cualquier monto que no cubra el seguro. Soy responsable de notificar a Better Life Pain Clinic si cambia la cobertura de mi seguro.

Certifico que la información completada en este formulario es exacta a mi leal saber y entender. No haré responsable a mi médico ni a ningún miembro de su personal por los errores u omisiones que pueda haber cometido al completar el formulario.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento de telecomunicaciones

El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para las comunicaciones por teléfono, mensaje de texto, portal del paciente y / o visitas de telemedicina.

Su historial médico, exámenes, estudios y plan de atención se pueden discutir mediante el uso de tecnología. Todas las leyes existentes con respecto a su acceso a la información y los registros médicos se aplican a estas modalidades. Se han realizado esfuerzos razonables y apropiados para minimizar cualquier riesgo de confidencialidad asociado con estas tecnologías. Sin embargo, a pesar de estas salvaguardas, existen riesgos potenciales para el uso de esta tecnología, que incluyen, entre otros, interrupciones, acceso no autorizado por parte de terceros y dificultades técnicas. Puede negar o retirar su consentimiento a estos modos de comunicación en cualquier momento.

Es responsabilidad del paciente tomar las precauciones adecuadas con respecto a la seguridad de sus propios dispositivos electrónicos personales, incluido el almacenamiento seguro, contraseñas seguras, actualizaciones periódicas de contraseñas y no compartir contraseñas.

Consentimiento telefónico (obligatorio)

_____ (Iniciales) Better Life Pain Clinic requiere un número de contacto para comunicarse con usted con respecto a citas, resultados de pruebas e imágenes, facturación u otras operaciones necesarias. Acepto recibir llamadas telefónicas de Better Life Pain Clinic.

Consentimiento de texto (opcional)

_____ (Iniciales) Better Life Pain Clinic desea comunicarse con usted a través de mensajes de texto usando su teléfono personal para recordarle citas. Es posible que se incluya cierta información personal limitada. Acepto recibir mensajes de texto de Better Life Pain Clinic.

Consentimiento del portal del paciente (opcional)

_____ (Iniciales) El Portal del Paciente ofrece acceso a parte de su expediente médico, la capacidad de administrar citas y una comunicación segura. El Portal no debe utilizarse para comunicaciones urgentes. El sistema está protegido y cifrado, pero todas las formas de comunicación tienen riesgo de verse comprometidas. Para minimizar ese riesgo, proporcione información precisa y no permita que usuarios no autorizados accedan a su cuenta. Reconozco y acepto el Consentimiento del Portal del Paciente.

Consentimiento de telemedicina (opcional)

_____ (Iniciales) Autorizo a Better Life Pain Clinic a contactarme para visitas de telemedicina a través de Doxy.me.

La telemedicina es el intercambio electrónico de información médica a través de un medio audiovisual (es decir, un dispositivo de telecomunicaciones). Requiere equipo apropiado en ambos lugares. Necesitará una conexión a Internet, cámara, dispositivo de micrófono; estos se incluyen con la mayoría de los teléfonos y portátiles modernos.

Los beneficios de las visitas de telemedicina incluyen la conveniencia, la falta de viajes y una menor exposición a enfermedades infecciosas.

La telemedicina es segura y protegida. Better Life Pain Clinic utiliza una plataforma segura que está encriptada y sigue las pautas de HIPAA. Sin embargo, a pesar de estas salvaguardas, existen riesgos potenciales para el uso de esta tecnología, que incluyen, entre otros, interrupciones, acceso no autorizado por parte de terceros y dificultades técnicas. Las visitas de telemedicina no se registran.

Para la mayoría de las intenciones y propósitos, las visitas de telemedicina son muy similares a las visitas habituales en persona. Se mantendrá el estándar de atención y los pacientes recibirán una atención adecuada y de calidad. No todas las visitas son apropiadas para visitas de telemedicina. Si está indicado, se puede pedir a los pacientes que realicen un seguimiento en la clínica para un examen físico más profundo u otra evaluación.

Acepto participar en los métodos de comunicación rubricados anteriormente. Todas mis preguntas han sido respondidas y entiendo la información proporcionada.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

Formulario de consentimiento para la prueba de drogas en orina (obligatorio):

El espécimen identificado en este formulario es mío. No lo he adulterado de ninguna manera. Estoy enviando voluntariamente esta muestra para que la analice mi proveedor de atención médica y / o un laboratorio externo. Autorizo al laboratorio a divulgar los resultados de esta prueba al proveedor de atención médica que lo solicitó. El laboratorio está autorizado para facturar a mi proveedor de seguros y recibir el pago de los beneficios por las pruebas que solicita mi proveedor de atención médica. Además, autorizo al laboratorio y a mi proveedor de atención médica a divulgar a mi proveedor de seguros cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo. Tribal Diagnostics acepta pagos de las compañías de seguros de muchos pacientes. Tribal Diagnostics facturará a los pacientes los deducibles, copagos y coseguros del seguro que la compañía de seguros considere responsabilidad del paciente. Tribal Diagnostics facturará a los pacientes el costo de los servicios si no hay cobertura disponible. Tribal Diagnostics trabajará con los pacientes de forma individual para establecer opciones de pago sobre cualquier saldo pendiente a través del Programa de asistencia financiera. La Clínica facturará directamente a los pacientes sin seguro.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____