



REGISTRO DE PACIENTE

Apellido del paciente: _____ **Primer nombre:** _____ **Segundo nombre:** _____

Género: Masculino Femenino **Fecha de nacimiento:** ____/____/____ **Edad:** ____ **Estado Civil:** C S D V

RAZA: Americano Indio Asiático Negro o Africano Americano Hispano Hawaiano Blanco
 Rechaza reportar Otro: _____

ETNICIDAD: Hispano o Latino No-Hispano o Latino Rechaza reportar

NACIONALIDAD: Africano-Americano Americano Árabe Asiático -Indio Australiano Chino Filipino Francés Alemán
 Hispano Irlandés Italiano Japonés Coreana Mexicano Polaco Puertorriqueño Ruso Escocés-
Irlandés Español Vietnamite

LENGUAJE: Inglés Francés Alemán Japonés Mandarín Ruso Español

Seguro Social#: _____ - _____ - _____ **Licencia de Manejar#:** _____ **Apellido Materno:** _____

Domicilio: _____

Teléfono Casa #: (_____) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Celular/Mensaje Teléfono: (_____) _____

TRABAJO/EMPLEADOR: _____ Teléfono de trabajo: (_____) _____

Dirección trabajo: _____

Ocupación: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Como fue referido a esta oficina? _____

Pariente/amigo no viviendo con usted en caso de emergencia ▼ CORREO ELECTRONICO: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono#: (_____) _____

SEGURO-PRIMARIO

SEGURO: _____ ID#: _____ Grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Relación: _____

Seguro Social del asegurado#: _____ - _____ - _____ Teléfono del seguro #: (_____) _____

Nombre del Trabajo: _____ Dirección de trabajo: _____
Ciudad _____ Estad _____ Código Postal _____

SEGURO-SECUNDARIO

SEGURO: _____ ID#: _____ Grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Relación: _____

Seguro Social del asegurado#: _____ - _____ - _____ Teléfono del seguro #: (_____) _____

Nombre del Trabajo: _____ Dirección de trabajo: _____
Ciudad _____ Estad _____ Código Postal _____

COMPENSACION DE TRABAJO

Nombre del trabajo: _____ Fecha de lesión: _____ Reclamo#: _____

Campania de Seguro: _____ Teléfono#: (_____) _____

Dirección: _____

Nombre de Ajustador: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono#: (_____) _____

ASIGNACION & COMUNICADO: YO AUTORIZO A MI PLAN DE SEGUROS QUE MIS BENEFICIOS SEAN PAGADOS DIRECTAMENTE A NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC. O A ROSA M. NAVARRO, MD. YO ME HAGO RESPONSABLE POR CUALQUIER PAGO QUE MI SEGURO NO CUBRA.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nos importa su privacidad

NUESTRO COMPROMISO ACERCA DE SU INFORMACION MÉDICA

la privacidad de su información médica es importante para nosotros. Entendemos que su información médica es personal y estamos comprometidos a protegerla. Creamos un registro del cuidado y servicios que usted recibe en nuestra organización. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso le dirá acerca de las maneras podemos usar y compartir su información médica. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos sobre el uso y la divulgación de información médica.

NUESTRO DEBER LEGAL

La ley nos obliga a:

- Mantener información médica privada
- Darle esta notificación que describe nuestras obligaciones legales, prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información medica
- Cumplir con los términos del aviso actual

Tenemos el derecho a:

- Cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso a cualquier momento siempre y cuando sean permitidos por la ley
- Hacer cambios en nuestras prácticas de privacidad y los términos de nuestra notificación acerca de la información médica que mantenemos, incluyendo información previamente creada o recibida antes de los cambios

Aviso de cambios a prácticas de privacidad:

- Antes de hacer cambios importantes en nuestra practica de privacidad, cambiaremos este aviso y haremos disponible este aviso cuando guste una copia

USO Y DIVULGACION DE SU INFORMACION MÉDICA

La siguiente sección describe diferentes maneras que usamos y revelamos información médica. No cada uso o divulgación se anunciará. Sin embargo, hemos enumerado todas las formas diferentes que se nos permite usar y revelar su información médica. No usar o revelar su información médica para cualquier propósito que no se enumeran a continuación, sin su autorización específica por escrito. Cualquier autorización que proporcione por escrito será revocable en cualquier momento.

Para el tratamiento

Se puede utilizar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento médico o servicios. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermera, técnicos, estudiantes de medicina u otras personas que están cuidando de usted. También podemos compartir su información médica a otros proveedores de salud para ayudarles a tratarle.

Para el pago

Se puede utilizar y revelar su información médica para fines de pago. Un proyecto de ley puede enviarse a usted o a un tercero pagador. La información sobre o que acompaña la factura puede incluir su información médica.

Para operaciones de cuidado de la salud

se puede usar y divulgar su información médica para sus operaciones de atención médica. Esto podría incluir medir y mejorar la calidad, evaluar el desempeño de los empleados llevando a cabo programas de capacitación y conseguir la acreditación, certificados, licencias y credenciales que necesitamos para servirle. Adicional usos y divulgación además de usar y revelar su información médica para tratamiento, pago, salud anuncio cuidado operaciones, nosotros podemos usar y divulgar su información médica para los siguientes propósitos.

Directorio de instalación

A lo menos que usted se oponga la siguiente información médica sobre usted se utilizara en nuestros directorios; su nombre; su ubicación en nuestras instalaciones; su condición en términos generales; su afiliación religiosa, si la dio voluntariamente. Podemos divulgar esta información a los miembros del clero o, excepto su afiliación religiosa, a quienes pidan información acerca de usted por su nombre.

Notificación

Podemos usar y divulgar su información médica para notificar o ayudar a notificar: un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado. Compartimos información sobre su ubicación, estado general o muerte. Si usted está presente, obtendremos su permiso si es posible antes de compartir la información o darle la oportunidad de negar el permiso. En caso de emergencia, y si no eres capaz de dar o negar el permiso, compartimos sólo la información de salud que es directamente necesaria para el cuidado de su salud, según nuestro criterio. También usaremos nuestro criterio profesional en su mejor interés de permitir a alguien que pueda tener acceso a su equipo médico, rayos x, o su información medica

Alivio de desastre

Se puede compartir información médica con la organización pública o privada o persona que legalmente puede ayudar a los damnificados de desastre.

Recaudación de fondos

Podemos proporcionar información médica a uno de nuestros fundamentos afiliadas para recaudar fondos para contactarle con fines de recaudación de fondos. Limitaremos la difusión que describe en general términos y fechas de su atención médica. Le daremos información acerca de cómo recibir fondos en general o la opción a elegir no recibir comunicación de recaudación de fondos.

Investigación en circunstancias limitadas

Usaremos información médica para fines de investigación en circunstancias limitadas si la investigación ha sido aprobada por una Junta de revisión que ha revisado la propuesta de investigación y se han establecido protocolos para asegurar la privacidad de información médica.

Director de la funeraria, médico forense

Podemos compartir la información médica de una persona que ha muerto con un médico forense, director de la funeraria o una organización de adquisición de órganos.

Funciones especializadas de gobierno

Podemos revelar o utilizar la información de salud para personal militar, veteranos, seguridad nacional, actividades de inteligencia, para servicios de protección para el Presidente y otros, para determinar la aptitud médica para el Departamento de estado, para las instituciones correccionales y otras situaciones custodia de aplicación de ley y para programas de gobierno brindando beneficios públicos.

Órdenes judiciales y procedimientos judiciales administrativos

Se puede divulgar la información médica en respuesta a un tribunal u orden administrativa, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, bajo ciertas circunstancias. En circunstancias limitadas, como la orden judicial, orden judicial o citación del gran jurado, podemos compartir su información médica con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Podemos compartir información limitada con un oficial de la ley relativa a la información médica de un sospechoso, fugitivo, testigo, víctima de crimen o persona desaparecida. Podemos compartir la información médica de un preso u otra persona en custodia legal con una institución ley aplicación oficial o correccional bajo ciertas circunstancias.

Actividades de salud pública

Como requiere la ley, podemos divulgar su información médica para la salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades, incluyendo el abuso o negligencia. También podemos divulgar su información médica a personas sujetas a la jurisdicción de la Food and Drug Administration para fines de presentación de informes de eventos adversos asociados con defectos en el producto o problemas, para permitir que productos retirados, reparaciones o reemplazos, para realizar un seguimiento de productos, o para llevar a cabo las actividades requeridas por la Food and Drug Administration. Podemos también, cuando estamos autorizados por la ley para hacerlo, notificamos a una persona que pudo haber sido expuesta a una enfermedad o condición.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica

Se puede usar y revelar información médica a las autoridades apropiadas si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos compartir su información médica si es necesario prevenir una amenaza grave a su salud o la seguridad de la salud y seguridad de los demás. Podemos compartir información médica cuando sea necesario para ayudar a las autoridades a capturar a una persona que ha admitido a participar en un delito o ha escapado de custodia legal.

Compensación de trabajadores

Podemos divulgar información de salud cuando autorizado o necesario para cumplir con las leyes relativas a la compensación de trabajadores u otros programas similares.

Actividades de supervisión de salud

Podemos divulgar información médica a una agencia que ofrece la supervisión de la salud para actividades de supervisión autorizadas por la ley, incluyendo auditorías, civiles, administrativos, o investigaciones penales o procedimientos, inspecciones, licencias acciones disciplinarias u otras actividades autorizadas.

Aplicación de la ley

Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar información de salud a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Estas circunstancias incluyen informes requeridos por ciertas leyes (como la divulgación de ciertos tipos de heridas), en virtud de ciertas citaciones u órdenes judiciales, informes limitada información sobre identificación y ubicación a petición del oficial de la ley, los informes sobre víctimas sospechosas de crímenes a petición de un oficial de la ley, informes, muerte, crímenes en nuestras instalaciones y crímenes en situaciones de emergencia.

Recordatorios de citas

Se puede usar y divulgar información médica para propósitos de envío de postales de recordatorios de sus citas.

Servicios médicos adicionales o alternativas

Se puede usar y divulgar información médica para proporcionarle información sobre beneficios de salud y servicios que puedan ser de su interés, y para describir o recomendar alternativas de tratamiento.

Sus derechos individuales

Usted tiene el derecho de:

- Revisar u obtener copias de ciertas partes de su información médica. Usted puede solicitar que proporcionemos copias en un formato que no sean copias en imagen. Vamos a utilizar el formato que usted solicite a menos que no es práctico para nosotros hacerlo. Usted debe hacer su petición por escrito. La recepcionista puede darle el formulario necesario para solicitar el acceso. Puede haber cargos para copiar y para gastos de envío si desea que las copias por correo. Pregúntele a la recepcionista estructura de honorarios.
- Recibir una lista de todos los tiempos que nosotros o nuestros asociados de negocio compartieron su información médica para fines que no sean de tratamiento, pago y operaciones de atención médica u otras excepciones específicas.
- Petición que pongamos restricciones adicionales en nuestro uso o divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, nosotros cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en el caso de una emergencia).
- Solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica por diferentes medios o a diferentes lugares. Esta solicitud debe hacerse por escrito a nuestro oficial de privacidad.
- Petición que cambiamos algunas partes de su información médica. Podemos negar su petición si no creamos la información que desee cambiante o para ciertas otras razones. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos con una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de desacuerdo que se añadirá a la información que buscaba cambiante. Si aceptamos su solicitud de cambio de la información, hacemos razonables esfuerzos para decir a los demás, incluyendo personas nombre, del cambio y para incluir los cambios en cualquier futuro intercambio de esa información.
- Recibir una copia de este aviso de privacidad, por favor solicite una copia de la recepcionista.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso, por favor pregunte a la recepcionista o a nuestro oficial de privacidad. Si usted piensa que hemos violado sus derechos de privacidad, puede hablar con nuestro oficial de privacidad y presentar una queja por escrito. Para tomar cualquier acción, por favor informe a la recepcionista que desea comuníquese con el funcionario de privacidad o solicitar una forma obediente. Usted puede presentar una queja por escrito a los Estados Unidos Departamento de salud y servicios humanos; le proporcionaremos la dirección para presentar su queja. No se tomaran represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja.

Esta privacidad está en efecto y permanecerá en efecto hasta nuevo aviso.

Septiembre, 2011

2452 Fenton Street Suite 101, Chula Vista, CA 91914
Phone (619) 600-5309 • Toll Free (866) 671-2871 • Fax (619)655-4700

COPIA PACIENTE



Navarro Pain Control Group, Inc.

Rosa M. Navarro, MD

Board Certified Anesthesiology

Subspecialty Certification in Intervention Pain Management

ACGME Fellowship Trained

ABMS Boarded Anesthesiology/ABA Pain Medicine

navarropaincontrolgroup.com

AVISO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Septiembre, 2011

Navarro Pain Control Group, Inc. se ha comprometido a mantener la privacidad de su información médica personal. De hecho, estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información médica y darle el siguiente aviso:

CÓMO PODEMOS USAR INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN

Podemos requerir su consentimiento por escrito antes de que usemos o divulguemos a otros su información médica a fin de suministrar o administrar su atención médica, el pago o reembolso de la atención que ponemos a su disposición y las actividades administrativas apoyando su tratamiento.

Nosotros podemos ser requeridos o permitidos por ciertas leyes para usar y divulgar su información médica para otros fines sin su consentimiento o autorización.

Como nuestro paciente, usted tiene derechos importantes relativos a inspeccionar y copiar su información médica que mantenemos, enmendar o corregir esa información, obtener una contabilidad de nuestras divulgaciones de su información médica, solicitar que nos comuniquemos con usted en forma confidencial, solicitando que restringimos ciertos usos y divulgaciones de su información médica, y quejarse si cree que sus derechos han sido violados.

Tenemos disponible un aviso de privacidad que explica plenamente sus derechos y nuestras obligaciones bajo la ley. Podemos modificar nuestro aviso de vez en cuando. La fecha en la parte superior derecha de esta página indica la fecha de la noticia más actual en vigor.

Usted tiene el derecho a recibir una copia de nuestra notificación más actual en vigor. Si usted todavía no obtiene una copia de nuestra notificación actual, por favor pregunte en la recepcionista y le proporcionaremos una copia.

Si usted tiene preguntas, preocupaciones o quejas sobre el aviso de su información médica, póngase en contacto con nuestro Gerente de práctica o Dr. M. Rosa Navarro al (619) 600-5309.

Firma del paciente

Fecha

Testigo

INDIQUE LAS PERSONAS CON LAS CUALES PODEMOS COMUNICAR ACERCA DE SU CONDICION MÉDICA

Nombre

Relación

Nombre

Relación

2452 Fenton Street Suite 101, Chula Vista, CA 91914
Phone (619)600-5309 • Toll Free (866)671-2871 • Fax (619)655-4700



Navarro Pain Control Group, Inc.
Rosa M. Navarro, MD
Board Certified Anesthesiology
Subspecialty Certification in Intervention Pain Management
ACGME Fellowship Trained
ABMS Boarded Anesthesiology/ABA Pain Medicine
Navarropaincontrolgroup.com

NUEVO ACUERDO DE PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA EL PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL

1. **SEGURO**
 - a. Representación, el abajo firmante, en lo sucesivo como "Paciente", acepta que cualquier información presentada con respecto al seguro es precisa, válida y cubre el paciente descrito.
 - b. Paciente de asignación de beneficios está de acuerdo en que toda prestaciones previstas por dicho seguro es reasignado a dolor Control asociado de San Diego, Inc. y cualquiera de sus "empleados, enfermeras, proveedores de servicios médicos y los médicos, en adelante denominan colectivamente" proveedor", por los servicios prestados.
 - c. Deber de informar a la paciente está de acuerdo y se compromete a mantener proveedor consciente de los cambios, o cancelación de seguros pertinentes, que se presentaron como garantía de pago.
2. **RESPONSABILIDAD FINANCIERA**
 - a. Co-pago, el paciente está de acuerdo y entiende que todos los copagos especificados por la compañía de seguros son exigibles y pagaderos antes de que el paciente ve el proveedor.
 - b. Deducibles, el paciente está de acuerdo y entiende que son responsables de informar al proveedor de cualquier deducible anual de la póliza de seguro aún no se ha cumplido y son responsables de remitir los importes correspondientes al final de la visita.
 - c. Facturación, el paciente está de acuerdo y entiende que la facturación se presenta a su compañía de seguros como una cortesía. Si dicho pago es revocado o se negó porque no se pagan las primas o seguro de lo contrario no es válido, el paciente será responsable por el saldo impago.
3. **CITAS**
 - a. De decisiones, el paciente comprende y acepta que todas las citas se realizan por adelantado llamando a la Oficina. Además, el paciente entiende que no hay ningún nombramiento sin cita. El paciente comprende el proveedor prefiere que los pacientes II se derivan de un proveedor de atención primaria, que es responsable de la aplicación de las recomendaciones como resultado de la consulta.
 - b. Primero visita el paciente comprende y acepta que una visita inicial no constituyen un acuerdo entre el paciente y el proveedor de atención primaria en curso y la gestión. Por el contrario, una primera visita constituye una consulta, que puede conducir a un plan de tratamiento individual acordado para el tratamiento del dolor sólo. El paciente entiende más que una visita inicial no garantiza la dispensación de recetas, en particulares sustancias controladas (drogas).
 - c. El mantenimiento de la paciente comprende y acepta que son responsables de asistir a una cita programada y que si es necesario cancelar o reprogramar debe hacer al menos 24 horas antes de la cita programada.
 - d. Perder u olvidar, el paciente comprende y acepta que faltan citas pueden privar a otros pacientes la oportunidad de ver el proveedor y tendrá que pagar una tarifa de \$75.00 tras ser "presentas" una segunda vez. Si el paciente es un "presentas" tres veces, el paciente será dado de alta de la práctica y requieren una nueva consulta de proveedor referente.
4. **PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL**
 - a. Cumplimiento de normas, el paciente comprender y acepta que el proveedor hará recomendaciones y delinear un plan de tratamiento que incluye una combinación de modificación de comportamiento, procedimientos intervencionistas y manejo de medicamentos, y que el cumplimiento con este plan es vital para la mejor oportunidad posible de mejora. El paciente promete ser compatible con este plan de tratamiento acordado y que si surgen circunstancias o condiciones cambian tal que el paciente no puede estar conforme, el paciente le informará al proveedor para que un cambio agradable mutuo, si se considera viable médicamente en el único juicio del proveedor, el plan de tratamiento puede ser efectuado.
 - b. Elección el paciente comprende y acepta que tienen una opción de someterse a los procedimientos de manejo del dolor o no. Sin embargo, el paciente también entiende y acepta que el proveedor se especializa principalmente en manejo del dolor procedimiento intervencionista, y si la única opción de los pacientes es la gestión médica, se completará una consulta y el paciente se remitirá al proveedor principal para la aplicación del tratamiento médico. Si esto no es aceptable para el paciente, una lista de médicos que ofrecen principalmente el tratamiento médico en el tratamiento del dolor crónico se entregará a la paciente y, a continuación, el paciente acepta más que todos los requisitos de California Senado Bill 420 ("dolor paciente Carta de derechos") habrá sido vuelco
 - c. No garantía de rendimiento- paciente comprende y acepta que el dolor es un síntoma, no un diagnóstico. Además, el dolor es una experiencia individual que afecta la vida psicológicamente, socialmente y físicamente. Como tal, un plan de tratamiento del dolor es individualizado basado y los resultados pueden variar. Estos tratamientos mayor no puede ser efectivo percibido por el paciente. El proveedor se esforzará encontrar un plan de tratamiento que sea mutuamente satisfactorio; Sin embargo, en ningún caso esto constituye una garantía de rendimiento o garantía. Si el paciente no está satisfecho con los servicios prestados, el único remedio se registrará por la sección 4b y 6b del presente acuerdo.
 - f. Componentes del Plan de tratamiento individual
 - i Medicamentos define como drogas tomadas o aplicados por el proveedor como parte del plan de tratamiento individual.
 1. En etiqueta paciente comprende y acepta que los medicamentos prescritos y que algunos de ellos pueden tener un Federal Drug Administration (FDA) aprobó y estudió la indicación para el tratamiento del dolor.
 2. Off-Label-el paciente también entiende y acepta que la investigación y desarrollo de medicamentos es largo y costoso y más que algunos medicamentos que no tienen una expresa FDA aprobaron indicación (Off-label), se sabe que son eficaces en el tratamiento del dolor. Algunos de estos medicamentos pueden ser parte del plan de tratamiento individual. Algunos ejemplos incluyen medicamentos anti-epilépticos, antidepresivos y medicamentos tópicos.
 3. Genérico y elección del paciente comprende y acepta que el proveedor puede ofrecer directamente a la venta a los pacientes medicamentos que forman parte del plan de tratamiento. Estos medicamentos cumplen las normas de la FDA en el etiquetado y cumplir requisitos como alternativas genéricas. El paciente entiende que no tienen ninguna obligación de comprar estos medicamentos directamente desde el proveedor.

4. Opioids-el paciente comprende y acepta que esta clase de medicamentos, también conocido como narcóticos, está controlada por la Agencia de las drogas (DEA) y local apropiado, Estado y las autoridades federales. Fármacos en esta clase incluyen, pero no se limitan a, Vicodin, Percocet, Norco, Lortab, fentanilo, Dilaudid, Demerol, metadona, morfina y Oxycontin. Estos medicamentos están "programados" y bajo ninguna circunstancia una receta se dará por teléfono o sobre una base amplia. El paciente comprende y acepta que no todos los planes individuales de tratamiento incluirá opioides, y que el proveedor tendrá la opción de decidir si o no, basados en juicio médico del paciente es candidato a estos medicamentos. Si mutuamente acordado que estos medicamentos será parte del plan de tratamiento individual, el "Opiod consentimiento y acuerdo" se registrará exclusivamente su uso.
- ii. Procedimientos definidos como las intervenciones quirúrgicas con agujas, inyecciones o procedimientos quirúrgicos menores, realizados en la Oficina o en una suite quirúrgica.
 1. En la etiqueta y la etiqueta de la paciente entiende que parte del plan de tratamiento puede incluir procedimientos intervencionistas. Algunos de estos procedimientos pueden ser considerados "experimental" de off-label. Sin embargo, cualquier decisión de seguir adelante con un procedimiento se hará mutuamente tras el debate del consentimiento informado, alternativas, los riesgos y beneficios.
 2. No cubierto por seguros-algunos recomiendan procedimientos no pueden estar cubiertos por el seguro. El proveedor se esforzará en obtener aprobación previa para cualquier procedimiento acordado. Esto puede retrasar el procedimiento de programación. En el caso de la compañía de seguros niega la cobertura, el paciente acepta tienen la posibilidad de someterse al procedimiento no cubiertos, pero acepta ser financieramente responsable por cargo de normal y habitual del proveedor.
 3. No hay garantía de rendimiento - respuesta a procedimientos es tan individual como el síndrome de dolor Tratado. Como tal, no existe ninguna garantía de rendimiento o garantía para cualquier procedimiento realizado.
- iii. Adjuntos-definidos como las intervenciones médicas o no de procedimiento para el tratamiento del dolor.
 1. La terapia conductual paciente comprende y acepta que factores psicológicos, como depresión, causados o agravados por el dolor crónico. Estas condiciones realmente pueden causar más dolor, y como tal, el síndrome de dolor general no puede mejorar sin terapia conductual para reducir el impacto de estos factores. El paciente comprende y acepta que la terapia conductual prescrita como parte del plan de tratamiento individual. Además, incumplimiento de las recomendaciones podría incluirse en la sección 4a del presente acuerdo. También el paciente entiende que terapia de "estupefacientes" opioid puede requerir curso terapia conductual y ese incumplimiento se registrará por el "Opioid consentimiento y acuerdo"
 2. Terapia física-el paciente comprende y acepta que la terapia física es un programa acondicionado estructurado, individualizado, físico, que es particularmente eficaz en la gestión de muchos síndromes de dolor. Esto puede ser recetado como parte del plan de tratamiento individualizado. El paciente se esforzará para que sea compatible con las referencias.
 3. Otra consultas la paciente también puede estar interesado en terapias alternativas, tales como la acupuntura. Estos tratamientos no pueden ser cubiertos por el seguro. El proveedor hará recomendaciones y referencias a acupunturistas con licencia, sin embargo, el manejo de pago y seguro será estrictamente entre el paciente y el acupunturista. No seguir las recomendaciones de tratamiento alternativo no constituye una violación del cumplimiento por parte del paciente.

5. DIVISIBILIDAD

a. tratamiento de completar el paciente está de acuerdo y entiende que la relación médico/paciente se termina cuando el paciente o proveedor considere tratamiento completo.

Esto puede ocurrir cuando el síndrome de dolor ha resuelto (rara vez), o cuando el dolor se administra adecuadamente a la satisfacción del paciente. Sin embargo, tratamiento completo puede producirse también cuando todas las vías, gobernado por juicio médico del proveedor, se han agotado en el tratamiento del dolor de los pacientes síndrome. Tratamiento completo podrá ser designado como si hay repetidos casos de incumplimiento del plan de tratamiento de las personas.

b. volver a atención primaria o relación médico - paciente comprende y acepta que bajo ninguna circunstancia será función de proveedor como un proveedor de atención primaria, más bien está realizando como especialista exclusivamente para el manejo del síndrome de dolor. El paciente comprende y acepta que cualquier anomalía encontrada en pruebas de laboratorio

o de imagen (resonancia magnética, tomografía computarizada, rayos X) no directamente relacionados con el síndrome de dolor puede requerir un retorno al médico de atención primaria. Como resultado, el paciente promete mantener una relación con un médico primario designado y seguimiento exclusivamente con ese individuo para el síndrome de dolor no relacionadas con las condiciones. También, el proveedor de atención primaria o referencia será el punto de contacto, una vez que el tratamiento se considera completo.

c. insatisfacción con proveedor y/o individuales de tratamiento de plan- El paciente está de acuerdo y entiende que cualquier momento que el paciente esté insatisfecho con su progresos en la gestión de su síndrome de dolor que su único remedio será solicitar una lista de otros médicos de gestión dolor conforme a lo dispuesto en California Senado Bill 420, la Carta de derechos de los pacientes de dolor.

6. RESPONSABILIDAD

a. dolor y el sufrimiento del paciente está de acuerdo y entiende que un síndrome de dolor por definición es un estado subjetivo de dolor preexistente y sufrimiento y como tal está de acuerdo de no hacer responsable al proveedor de cualquier dolor y sufrimiento alegatos relacionados con esta condición o realizar cualquier denuncia contra el tratamiento recibido del proveedor.

b. insatisfacción con el plan individual del paciente-El paciente entiende y está en acuerdo con el tratamiento Individual y que el único remedio para la insatisfacción con el progreso en la gestión de sus síndrome de dolor es solicitar una lista de otros especialistas en manejo de dolor de la sociedad médica local en conformidad con la ley del Senado de California 420.

c. acuerdo de arbitraje-el paciente está de acuerdo y entiende como condición para desarrollar un plan de tratamiento individual tras la primera consulta, el paciente se compromete a renunciar a cualquier juicio por jurado para denuncias de negligencia médica o abandono de paciente. Además el paciente está de acuerdo en que todas las disputas legales y médico-legales en su lugar se registrarán por arbitraje obligatorio de conformidad con el código de Proc. Cal. CIV. § 1295 9West 1982).

7. SUPERVIVENCIA

r. Si alguna parte de este acuerdo es considerado inválido, las partes restantes del presente acuerdo seguirán en plena vigencia.

Nombre

Firma

Fecha

Testigo

Firma

Fecha

3-PATIENT FILE



Navarro Pain Control Group, Inc.
Rosa M. Navarro, MD
Board Certified Anesthesiology
Subspecialty Certification in Intervention Pain Management
ACGME Fellowship Trained
ABMS Boarded Anesthesiology/ABA Pain Medicine
Navarropaincontrolgroup.com

NUEVO ACUERDO DE PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA EL PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL

1. **SEGURO**
 - a. Representación, el abajo firmante, en lo sucesivo como "Paciente", acepta que cualquier información presentada con respecto al seguro es precisa, válida y cubre el paciente descrito.
 - b. Paciente de asignación de beneficios está de acuerdo en que toda prestaciones previstas por dicho seguro es reasignado a dolor Control asociado de San Diego, Inc. y cualquiera de sus "empleados, enfermeras, proveedores de servicios médicos y los médicos, en adelante denominan colectivamente" proveedor", por los servicios prestados.
 - c. Deber de informar a la paciente está de acuerdo y se compromete a mantener proveedor consciente de los cambios, o cancelación de seguros pertinentes, que se presentaron como garantía de pago.
2. **RESPONSABILIDAD FINANCIERA**
 - a. Co-pago, el paciente está de acuerdo y entiende que todos los copagos especificados por la compañía de seguros son exigibles y pagaderos antes de que el paciente ve el proveedor.
 - b. Deducibles, el paciente está de acuerdo y entiende que son responsables de informar al proveedor de cualquier deducible anual de la póliza de seguro aún no se ha cumplido y son responsables de remitir los importes correspondientes al final de la visita.
 - c. Facturación, el paciente está de acuerdo y entiende que la facturación se presenta a su compañía de seguros como una cortesía. Si dicho pago es revocado o se negó porque no se pagan las primas o seguro de lo contrario no es válido, el paciente será responsable por el saldo impago.
3. **CITAS**
 - a. De decisiones, el paciente comprende y acepta que todas las citas se realizan por adelantado llamando a la Oficina. Además, el paciente entiende que no hay ningún nombramiento sin cita. El paciente comprende el proveedor prefiere que los pacientes II se derivan de un proveedor de atención primaria, que es responsable de la aplicación de las recomendaciones como resultado de la consulta.
 - b. Primero visita el paciente comprende y acepta que una visita inicial no constituyen un acuerdo entre el paciente y el proveedor de atención primaria en curso y la gestión. Por el contrario, una primera visita constituye una consulta, que puede conducir a un plan de tratamiento individual acordado para el tratamiento del dolor sólo. El paciente entiende más que una visita inicial no garantiza la dispensación de recetas, en particulares sustancias controladas (drogas).
 - c. El mantenimiento de la paciente comprende y acepta que son responsables de asistir a una cita programada y que si es necesario cancelar o reprogramar debe hacer al menos 24 horas antes de la cita programada.
 - d. Perder u olvidar, el paciente comprende y acepta que faltan citas pueden privar a otros pacientes la oportunidad de ver el proveedor y tendrá que pagar una tarifa de \$75.00 tras ser "presentas" una segunda vez. Si el paciente es un "presentas" tres veces, el paciente será dado de alta de la práctica y requieren una nueva consulta de proveedor referente.
4. **PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL**
 - a. Cumplimiento de normas, el paciente comprender y acepta que el proveedor hará recomendaciones y delinear un plan de tratamiento que incluye una combinación de modificación de comportamiento, procedimientos intervencionistas y manejo de medicamentos, y que el cumplimiento con este plan es vital para la mejor oportunidad posible de mejora. El paciente promete ser compatible con este plan de tratamiento acordado y que si surgen circunstancias o condiciones cambian tal que el paciente no puede estar conforme, el paciente le informará al proveedor para que un cambio agradable mutuo, si se considera viable médicamente en el único juicio del proveedor, el plan de tratamiento puede ser efectuado.
 - b. Elección el paciente comprende y acepta que tienen una opción de someterse a los procedimientos de manejo del dolor o no. Sin embargo, el paciente también entiende y acepta que el proveedor se especializa principalmente en manejo del dolor procedimiento intervencionista, y si la única opción de los pacientes es la gestión médica, se completará una consulta y el paciente se remitirá al proveedor principal para la aplicación del tratamiento médico. Si esto no es aceptable para el paciente, una lista de médicos que ofrecen principalmente el tratamiento médico en el tratamiento del dolor crónico se entregará a la paciente y, a continuación, el paciente acepta más que todos los requisitos de California Senado Bill 420 ("dolor paciente Carta de derechos") habrá sido vuelco
 - c. No garantía de rendimiento- paciente comprende y acepta que el dolor es un síntoma, no un diagnóstico. Además, el dolor es una experiencia individual que afecta la vida psicológicamente, socialmente y físicamente. Como tal, un plan de tratamiento del dolor es individualizado basado y los resultados pueden variar. Estos tratamientos mayor no puede ser efectivo percibido por el paciente. El proveedor se esforzará encontrar un plan de tratamiento que sea mutuamente satisfactorio; Sin embargo, en ningún caso esto constituye una garantía de rendimiento o garantía. Si el paciente no está satisfecho con los servicios prestados, el único remedio se registrará por la sección 4b y 6b del presente acuerdo.
 - f. Componentes del Plan de tratamiento individual
 - i Medicamentos define como drogas tomadas o aplicados por el proveedor como parte del plan de tratamiento individual.
 1. En etiqueta paciente comprende y acepta que los medicamentos prescritos y que algunos de ellos pueden tener un Federal Drug Administration (FDA) aprobó y estudió la indicación para el tratamiento del dolor.
 2. Off-Label-el paciente también entiende y acepta que la investigación y desarrollo de medicamentos es largo y costoso y más que algunos medicamentos que no tienen una expresa FDA aprobaron indicación (Off-label), se sabe que son eficaces en el tratamiento del dolor. Algunos de estos medicamentos pueden ser parte del plan de tratamiento individual. Algunos ejemplos incluyen medicamentos anti-epilépticos, antidepresivos y medicamentos tópicos.
 3. Genérico y elección del paciente comprende y acepta que el proveedor puede ofrecer directamente a la venta a los pacientes medicamentos que forman parte del plan de tratamiento. Estos medicamentos cumplen las normas de la FDA en el etiquetado y cumplir requisitos como alternativas genéricas. El paciente entiende que no tienen ninguna obligación de comprar estos medicamentos directamente desde el proveedor.

4. Opioids-el paciente comprende y acepta que esta clase de medicamentos, también conocido como narcóticos, está controlada por la Agencia de las drogas (DEA) y local apropiado, Estado y las autoridades federales. Fármacos en esta clase incluyen, pero no se limitan a, Vicodin, Percocet, Norco, Lortab, fentanilo, Dilaudid, Demerol, metadona, morfina y Oxycontin. Estos medicamentos están "programados" y bajo ninguna circunstancia una receta se dará por teléfono o sobre una base amplia. El paciente comprende y acepta que no todos los planes individuales de tratamiento incluirá opioids, y que el proveedor tendrá la opción de decidir si o no, basados en juicio médico del paciente es candidato a estos medicamentos. Si mutuamente acordado que estos medicamentos será parte del plan de tratamiento individual, el "Opioid consentimiento y acuerdo" se registrará exclusivamente su uso.
- ii. Procedimientos definidos como las intervenciones quirúrgicas con agujas, inyecciones o procedimientos quirúrgicos menores, realizados en la Oficina o en una suite quirúrgica.
 1. En la etiqueta y la etiqueta de la paciente entiende que parte del plan de tratamiento puede incluir procedimientos intervencionistas. Algunos de estos procedimientos pueden ser considerados "experimental" de off-label. Sin embargo, cualquier decisión de seguir adelante con un procedimiento se hará mutuamente tras el debate del consentimiento informado, alternativas, los riesgos y beneficios.
 2. No cubierto por seguros-algunos recomiendan procedimientos no pueden estar cubiertos por el seguro. El proveedor se esforzará en obtener aprobación previa para cualquier procedimiento acordado. Esto puede retrasar el procedimiento de programación. En el caso de la compañía de seguros niega la cobertura, el paciente acepta tienen la posibilidad de someterse al procedimiento no cubiertos, pero acepta ser financieramente responsable por cargo de normal y habitual del proveedor.
 3. No hay garantía de rendimiento - respuesta a procedimientos es tan individual como el síndrome de dolor Tratado. Como tal, no existe ninguna garantía de rendimiento o garantía para cualquier procedimiento realizado.
- iii. Adjuntos-definidos como las intervenciones médicas o no de procedimiento para el tratamiento del dolor.
 1. La terapia conductual paciente comprende y acepta que factores psicológicos, como depresión, causados o agravados por el dolor crónico. Estas condiciones realmente pueden causar más dolor, y como tal, el síndrome de dolor general no puede mejorar sin terapia conductual para reducir el impacto de estos factores. El paciente comprende y acepta que la terapia conductual prescrita como parte del plan de tratamiento individual. Además, incumplimiento de las recomendaciones podría incluirse en la sección 4a del presente acuerdo. También el paciente entiende que terapia de "estupefacientes" opioid puede requerir curso terapia conductual y ese incumplimiento se registrará por el "Opioid consentimiento y acuerdo"
 2. Terapia física-el paciente comprende y acepta que la terapia física es un programa acondicionado estructurado, individualizado, físico, que es particularmente eficaz en la gestión de muchos síndromes de dolor. Esto puede ser recetado como parte del plan de tratamiento individualizado. El paciente se esforzará para que sea compatible con las referencias.
 3. Otra consultas la paciente también puede estar interesado en terapias alternativas, tales como la acupuntura. Estos tratamientos no pueden ser cubiertos por el seguro. El proveedor hará recomendaciones y referencias a acupunturistas con licencia, sin embargo, el manejo de pago y seguro será estrictamente entre el paciente y el acupunturista. No seguir las recomendaciones de tratamiento alternativo no constituye una violación del cumplimiento por parte del paciente.

5. DIVISIBILIDAD

a. tratamiento de completar el paciente está de acuerdo y entiende que la relación médico/paciente se termina cuando el paciente o proveedor considere tratamiento completo.

Esto puede ocurrir cuando el síndrome de dolor ha resuelto (rara vez), o cuando el dolor se administra adecuadamente a la satisfacción del paciente. Sin embargo, tratamiento completo puede producirse también cuando todas las vías, gobernado por juicio médico del proveedor, se han agotado en el tratamiento del dolor de los pacientes síndrome. Tratamiento completo podrá ser designado como si hay repetidos casos de incumplimiento del plan de tratamiento de las personas.

b. volver a atención primaria o relación médico - paciente comprende y acepta que bajo ninguna circunstancia será función de proveedor como un proveedor de atención primaria, más bien está realizando como especialista exclusivamente para el manejo del síndrome de dolor. El paciente comprende y acepta que cualquier anomalía encontrada en pruebas de laboratorio

o de imagen (resonancia magnética, tomografía computarizada, rayos X) no directamente relacionados con el síndrome de dolor puede requerir un retorno al médico de atención primaria. Como resultado, el paciente promete mantener una relación con un médico primario designado y seguimiento exclusivamente con ese individuo para el síndrome de dolor no relacionadas con las condiciones. También, el proveedor de atención primaria o referencia será el punto de contacto, una vez que el tratamiento se considera completo.

c. insatisfacción con proveedor y/o individuales de tratamiento de plan- El paciente está de acuerdo y entiende que cualquier momento que el paciente esté insatisfecho con su progresos en la gestión de su síndrome de dolor que su único remedio será solicitar una lista de otros médicos de gestión dolor conforme a lo dispuesto en California Senado Bill 420, la Carta de derechos de los pacientes de dolor.

6. RESPONSABILIDAD

a. dolor y el sufrimiento del paciente está de acuerdo y entiende que un síndrome de dolor por definición es un estado subjetivo de dolor preexistente y sufrimiento y como tal está de acuerdo de no hacer responsable al proveedor de cualquier dolor y sufrimiento alegatos relacionados con esta condición o realizar cualquier denuncia contra el tratamiento recibido del proveedor.

b. insatisfacción con el plan individual del paciente-El paciente entiende y está en acuerdo con el tratamiento Individual y que el único remedio para la insatisfacción con el progreso en la gestión de sus síndrome de dolor es solicitar una lista de otros especialistas en manejo de dolor de la sociedad médica local en conformidad con la ley del Senado de California 420.

c. acuerdo de arbitraje-el paciente está de acuerdo y entiende como condición para desarrollar un plan de tratamiento individual tras la primera consulta, el paciente se compromete a renunciar a cualquier juicio por jurado para denuncias de negligencia médica o abandono de paciente. Además el paciente está de acuerdo en que todas las disputas legales y médico-legales en su lugar se registrarán por arbitraje obligatorio de conformidad con el código de Proc. Cal. CIV. § 1295 9West 1982).

7. SUPERVIVENCIA

r. Si alguna parte de este acuerdo es considerado inválido, las partes restantes del presente acuerdo seguirán en plena vigencia.

Nombre

Firma

Fecha

Testigo

Firma

Fecha



Navarro Pain Control Group, Inc.

Rosa M. Navarro, MD

Board Certified Anesthesiology

Subspecialty Certification in Intervention Pain Management

ACGME Fellowship Trained

ABMS Boarded Anesthesiology/ABA Pain Medicine

**CONSENTIMIENTO/ACUERDO FORMA DE
TRATAMIENTO DE NARCÓTICOS A LARGO PLAZO PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR DE NO-CÁNCER**

Han acordado un ensayo de opiáceo (narcótico) tratamiento para el dolor. Los opiáceos incluyen medicamentos como Percocet, morfina, metadona, etc... Estos incluyen los medicamentos clasificados como lista II de III por la DEA. El propósito de este tratamiento es reducir el dolor y mejorar su nivel de función en el trabajo, en casa u otras actividades. Terapias alternativas han sido explicadas y se le ofrecieron. Usted y su médico han elegido un tratamiento con opiáceos como un componente del tratamiento. Es importante que sea consciente de los riesgos y efectos secundarios de estos medicamentos. Necesita entender que no todo dolor responde a la medicación narcótica, se le avisa que no todas las personas reaccionan de la misma manera a estos medicamentos. En algunas situaciones, a discreción del médico, este ensayo puede no funcionar y se suspenderá de estos medicamentos.

Además, hay leyes estrictas, que rigen el uso de estas sustancias controladas para condiciones médicas. Como una condición del tratamiento con estos medicamentos, el acuerdo Gobierno y sus "disposiciones se unen y debe ser acordadas en su totalidad.

Efectos secundarios

Posibles efectos secundarios físicos incluyen cambios de humor, somnolencia, mareos, estreñimiento, náusea o confusión. Muchos de estos efectos secundarios, ocurren, gradualmente desaparecen un par de días o semanas. Estreñimiento a menudo persiste y puede requerir manejo con medicamentos. Si persisten otros efectos secundarios, ensayos de opioides alternativos pueden ser necesarios o los opiáceos deben suspenderse. No debe conducir un coche u otro vehículo o manejar maquinaria mientras que aumentan su dosis, o si los medicamentos causan somnolencia. Los efectos sedativos del alcohol y otros sedantes son aditivos con los efectos secundarios de los opiáceos. Es recomendable que evite el alcohol mientras recibe tratamiento con opiáceos.

Dependencia física

La dependencia física es un efecto secundario esperado de un uso prolongado de opiáceos si se prescriben en forma diaria. Esto significa que si usted toma los opiáceos continuamente y deja de tomarlos abruptamente por cualquier razón, usted experimentará un síndrome de abstinencia. Este síndrome a menudo incluye sudoración, diarrea, irritabilidad, insomnio, rumorea, lagrimeo, dolor de musculo y huesos y pupilas dilatadas. Para evitar estos síntomas, medicamentos deben ser tomados regularmente si hay una dependencia física. Cuando los opioides se suspenden, deben ser coordinados bajo la supervisión de su médico. No deje abruptamente de tomar su prescripción sin consultar a su médico.

Adicción

La adicción está presente cuando un individuo experimenta pérdida de control sobre el uso de medicamentos, está constantemente buscando drogas, y/o experiencias adversas consecuencias como resultado del uso de drogas, pero continúa tomando el medicamento. La mayoría de los pacientes que usan opiáceos son capaces de tomar los medicamentos según lo prescrito y de manera programada. No buscan otras drogas cuando se controla su dolor y experimentan la mejoría en la calidad de vida como resultado de los medicamentos opiáceos; por lo tanto no son adictos. Dependencia física no indica adicción. Individuos con antecedentes de alcoholismo, tabaquismo y abuso de tabaco u otra adicción a las drogas pueden estar en mayor riesgo para el desarrollo de la adicción durante el uso de opioides.

Tolerancia al medicamento

Tolerancia a los medicamentos opiáceos es posible con el uso continuo. Esto significa que aunque no ha habido ningún cambio físico en la condición subyacente, una mayor dosis de la medicación es necesaria para alcanzar el mismo nivel de control del dolor experimentado cuando se iniciaron los medicamentos. No se entiende el por qué, o qué condiciones producen tolerancia a los efectos del dolor de los opiáceos. Cuando esto pasa, puede requerir disminuir y la discontinuación de la medicación. A veces la tolerancia puede manejarse mediante la sustitución de un medicamento opiáceo diferente. Además, debe darse cuenta que si tiene que someterse a una cirugía por cualquier motivo, tendrá un requisito de opiáceos de línea de base y experimente más dolor en su período postoperatorio que alguien no tomar este tipo de medicación. Usted tendrá que informar a su cirujano y anesthesiologo que usted está tomando estos medicamentos por lo que pueden hacer planes apropiados.

Hiperalgnesia

En casos raros, los medicamentos opiáceos pueden causar dolor entre ellos. Una señal de que puede estar pasando esto es de repente aumenta la medicina (en cuestión de semanas o meses) para lograr el mismo alivio. Por desgracia, no hay ninguna prueba de sangre u otros exámenes que pueden revelar esto. Si su médico cree que esto puede estar ocurriendo entonces usted gradualmente disminuirémos todos los opiáceos.

Riesgo a fetos de los niños

Niños nacidos de mujeres que toman regularmente opiáceos probablemente serán físicamente dependientes al nacer, hospitalización costosa, a largo plazo. Las mujeres en edad fértil deben mantener seguro y eficaz control de la natalidad mientras está en tratamiento con opiáceos. Si queda embarazada, comuníquese inmediatamente con su médico. El medicamento puede interrumpirse.

He leído y entiendo todas las declaraciones anteriores.

Nombre del paciente: _____ Firma del paciente: _____

Doctora: Rosa M. Navarro, MD Fecha: ____/____/____

2452 Fenton Street Suite 101, Chula Vista, CA 91914 · Phone (619) 600-5309 Toll Free (866) 671-2871 Fax (619) 655-4700



Navarro Pain Control Group, Inc.
Rosa M. Navarro, MD
Board Certified Anesthesiology
Subspecialty Certification in Intervention Pain Management
ACGME Fellowship Trained
ABMS Boarded Anesthesiology/ABA Pain Medicine

CONSENTIMIENTO/ACUERDO FORMA DE TRATAMIENTO DE NARCÓTICOS A LARGO PLAZO PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR DE NO-CÁNCER

Han acordado un ensayo de opiáceo (narcótico) tratamiento para el dolor. Los opiáceos incluyen medicamentos como Percocet, morfina, metadona, etc... Estos incluyen los medicamentos clasificados como lista II de III por la DEA. El propósito de este tratamiento es reducir el dolor y mejorar su nivel de función en el trabajo, en casa u otras actividades. Terapias alternativas han sido explicadas y se le ofrecieron. Usted y su médico han elegido un tratamiento con opiáceos como un componente del tratamiento. Es importante que sea consciente de los riesgos y efectos secundarios de estos medicamentos. Necesita entender que no todo dolor responde a la medicación narcótica, se le avisa que no todas las personas reaccionan de la misma manera a estos medicamentos. En algunas situaciones, a discreción del médico, este ensayo puede no funcionar y se suspenderá de estos medicamentos.

Además, hay leyes estrictas, que rigen el uso de estas sustancias controladas para condiciones médicas. Como una condición del tratamiento con estos medicamentos, el acuerdo Gobierno y sus "disposiciones se unen y debe ser acordadas en su totalidad.

Efectos secundarios

Posibles efectos secundarios físicos incluyen cambios de humor, somnolencia, mareos, estreñimiento, náusea o confusión. Muchos de estos efectos secundarios, ocurren, gradualmente desaparecen un par de días o semanas. Estreñimiento a menudo persiste y puede requerir manejo con medicamentos. Si persisten otros efectos secundarios, ensayos de opioides alternativos pueden ser necesarios o los opiáceos deben suspenderse. No debe conducir un coche u otro vehículo o manejar maquinaria mientras que aumentan su dosis, o si los medicamentos causan somnolencia. Los efectos sedativos del alcohol y otros sedantes son aditivos con los efectos secundarios de los opiáceos. Es recomendable que evite el alcohol mientras recibe tratamiento con opiáceos.

Dependencia física

La dependencia física es un efecto secundario esperado de un uso prolongado de opiáceos si se prescriben en forma diaria. Esto significa que si usted toma los opiáceos continuamente y deja de tomarlos abruptamente por cualquier razón, usted experimentará un síndrome de abstinencia. Este síndrome a menudo incluye sudoración, diarrea, irritabilidad, insomnio, rumorea, lagrimeo, dolor de musculo y huesos y pupilas dilatadas. Para evitar estos síntomas, medicamentos deben ser tomados regularmente si hay una dependencia física. Cuando los opioides se suspenden, deben ser coordinados bajo la supervisión de su médico. No deje abruptamente de tomar su prescripción sin consultar a su médico.

Adicción

La adicción está presente cuando un individuo experimenta pérdida de control sobre el uso de medicamentos, está constantemente buscando drogas, y/o experiencias adversas consecuencias como resultado del uso de drogas, pero continúa tomando el medicamento. La mayoría de los pacientes que usan opiáceos son capaces de tomar los medicamentos según lo prescrito y de manera programada. No buscan otras drogas cuando se controla su dolor y experimentan la mejoría en la calidad de vida como resultado de los medicamentos opiáceos; por lo tanto no son adictos. Dependencia física no indica adicción. Individuos con antecedentes de alcoholismo, tabaquismo y abuso de tabaco u otra adicción a las drogas pueden estar en mayor riesgo para el desarrollo de la adicción durante el uso de opioides.

Tolerancia al medicamento

Tolerancia a los medicamentos opiáceos es posible con el uso continuo. Esto significa que aunque no ha habido ningún cambio físico en la condición subyacente, una mayor dosis de la medicación es necesaria para alcanzar el mismo nivel de control del dolor experimentado cuando se iniciaron los medicamentos. No se entiende el por qué, o qué condiciones producen tolerancia a los efectos del dolor de los opiáceos. Cuando esto pasa, puede requerir disminuir y la discontinuación de la medicación. A veces la tolerancia puede manejarse mediante la sustitución de un medicamento opiáceo diferente. Además, debe darse cuenta que si tiene que someterse a una cirugía por cualquier motivo, tendrá un requisito de opiáceos de línea de base y experimentar más dolor en su período postoperatorio que alguien no tomar este tipo de medicación. Usted tendrá que informar a su cirujano y anesthesiologo que usted está tomando estos medicamentos por lo que pueden hacer planes apropiados.

Hiperalgnesia

En casos raros, los medicamentos opiáceos pueden causar dolor entre ellos. Una señal de que puede estar pasando esto es de repente aumenta la medicina (en cuestión de semanas o meses) para lograr el mismo alivio. Por desgracia, no hay ninguna prueba de sangre u otros exámenes que pueden revelar esto. Si su médico cree que esto puede estar ocurriendo entonces usted gradualmente disminuirémos todos los opiáceos.

Riesgo a fetos de los niños

Niños nacidos de mujeres que toman regularmente opiáceos probablemente serán físicamente dependientes al nacer, hospitalización costosa, a largo plazo. Las mujeres en edad fértil deben mantener seguro y eficaz control de la natalidad mientras está en tratamiento con opiáceos. Si queda embarazada, comuníquese inmediatamente con su médico. El medicamento puede interrumpirse.

He leído y entiendo todas las declaraciones anteriores.

Nombre del paciente: _____ Firma del paciente: _____
Doctora: Rosa M. Navarro, MD Fecha: ____/____/____

2452 Fenton Street Suite 101, Chula Vista, CA 91914 · Phone (619) 600-5309 Toll Free (866) 671-2871 Fax (619) 655-4700

COPIA PACIENTE



Navarro Pain Control Group, Inc.
Rosa M. Navarro, MD
 Board Certified Anesthesiology
 Subspecialty Certification in Intervention Pain Management
 ACGME Fellowship Trained
 ABMS Boarded Anesthesiology/ABA Pain Medicine

**TRATAMIENTO DE NARCÓTICOS A LARGO PLAZO PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR POR NO-CÁNCER
 CONSENTIMIENTO/ACUERDO FORMA**

1. Este acuerdo es un acuerdo de "una falta y hacia fuera". Cualquier violación subsiguiente de este acuerdo, por ninguna razón, resultará en la terminación del tratamiento con opiáceos. Si el médico considera que ha habido cualquier violación de las leyes locales, estatales o Federal, estas violaciones pueden presentarse a las autoridades. Usted acepta eximir a Navarro Pain Control Group, Inc. de cualquier resultado adverso de esta acción.
2. Usted obtendrá prescripciones de opiáceo solamente de Navarro Pain Control Group, Inc. y de acuerdo a sus recetas de opiáceos sólo podrá usar una farmacia.
3. Su medicamento opiáceo se continuará siempre y cuando demuestre mejoría en su nivel de dolor y función según lo determinado por el médico (va a trabajar, escuela, etc.).
4. Brotes en la piel o exacerbación de dolor ocurrirá de vez en cuando y será tratada por terapias como hielo, calor, TENS, o relajación en lugar de medicamentos adicionales.
5. Debe atenderse con la Dra. Rosa Navarro a lo menos una vez al mes. Es su responsabilidad para hacer una cita por adelantado. No se permiten visitas sin cita previa para recargas de medicación. su horario es generalmente abiertos 2 semanas de anticipación. La clínica del dolor no proporcionará los recambios tempranos y no se teléfono en recetas para sustancias controladas bajo ninguna circunstancia. Se le proporcionará una receta solamente durante las horas normales de la clínica.
6. Le sugerimos evitar el embarazo mientras esté tomando opiáceos. Existen riesgos para los niños al nacer, incluyendo pero no limitado a defectos de nacimiento, de adicción, tolerancia y el sufrimiento al retirar dando por resultado la necesidad de una hospitalización prolongada y costosa. Las mujeres en edad fértil se someterán a pruebas de embarazo antes de la iniciación de la terapia y en cada visita de seguimiento. Si queda embarazada medicamentos opiáceos pueden disminuir o ser detenidos.
7. Usted no recibirá otros medicamentos adictivos como pastillas para dormir (Ambien, Lunesta), tranquilizantes (Valium, Xanax, etc.) o estimulantes (Ritalin, etc.) de otros médicos sin la autorización de la clínica del dolor.
8. Estoy en acuerdo que se utilice el reporte CURES del Departamento de California de Justicia el cual se utilizará para medir el cumplimiento de este acuerdo con Navarro Pain Control Group, Inc. Permitirá a su médico recibir información de cualquier proveedor de salud o farmacéutico sobre el uso o el posible mal uso/abuso de opiáceos, alcohol y otras drogas. Se presentará una muestra de orina o sangre sobre la iniciación de este acuerdo y a intervalos regulares, o al azar para medir el cumplimiento de este acuerdo.
9. Se tomara el medicamento exactamente como se prescribe. Cualquier cambio en su prescripción debe ser discutido con su médico antes de cambiar. No debe compartir o vender su receta y traerá los analgésicos que no se tome cada visita posterior.
10. Si usted pierde su receta, debe hacer un reporte al Departamento de policía y nos proporcionara una copia de su informe antes de que se puede proporcionar una receta de sustituto. Si ocurre un emergencia que requiera tratamiento opiáceo (por ejemplo visitar una sala de emergencias), comuníquese con esta oficina el día hábil siguiente e infórmenos de las circunstancias.
11. Usted acepta ser visto por especialistas incluyendo un psiquiatra o addictionologo al criterio del médico tratante. Usted también se someterá a una evaluación psicológica estandarizada requerida por su médico tratante, incluyendo aquellos administrados en Navarro Pain Control, Inc.
12. Usted debe entender que su médico poco a poco le quitara su medicamento de opiáceos si no sigue el plan anterior, o si su médico cree los opioides no le están ayudando o le están perjudicando. Usted acepta eximir a Navarro Pain Control Group, Inc., de ninguna consecuencia real o imaginaria de la discontinuación de esta.
13. Usted acepta que Navarro Pain Control Group, Inc. y su médico tratante total y completamente inofensivo de cualquier reclamo que surja del uso de estas sustancias controladas incluyendo cualquier evento atribuido a sobredosis, efectos secundarios, desarrollo de tolerancia, dependencia, adicción, incapaz de tomar la medicación según lo ordenado, o insatisfacción con el nivel de control del dolor los medicamentos le permitir.
14. Si se termina el tratamiento de opiáceos, se le proporcionará un plan de-intensificación de la dosis y usted será responsable de seguirlo. No seguir el plan de de- intensificación puede resultar en experimentar abstinencia físico intenso y desagradable. Si esto ocurriese usted acepta eximir el médico tratante y el Navarro Pain Control Group, Inc. de esta experiencia.
15. Si se termina el tratamiento de opiáceos, esto no significa necesariamente que no podrá volver a Navarro Pain Control Group, Inc. para procedimientos sobre narcótico, terapias o manejo de medicamentos, sólo significa que el manejo de los opiáceos se considera un fracaso. Sin embargo, si el tratamiento fuese ser inaceptable por cualquiera de las partes, se le proporcionará el número de teléfono a la asociación médica del condado de San Diego, que mantiene una lista de otros médicos de gestión del dolor en su área, de acuerdo con AB1120 de California (Pain Patients' Bill of Rights). Usted será considerado dado de alta de la práctica y el tratamiento considerado completo, y usted acepta que esto no puede interpretarse como abandono.

Este consentimiento ha sido leído y entendido por mí, y estoy de acuerdo con todo lo anterior.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Doctora: Rosa M. Navarro, MD

Fecha: ____/____/____

2452 Fenton Street Suite 101, Chula Vista, CA 91914
 Phone (619)600-5309 • Toll Free (866)671-2871 • Fax (619)655-4700



Navarro Pain Control Group, Inc.
Rosa M. Navarro, MD
 Board Certified Anesthesiology
 Subspecialty Certification in Intervention Pain Management
 ACGME Fellowship Trained
 ABMS Boarded Anesthesiology/ABA Pain Medicine

**TRATAMIENTO DE NARCÓTICOS A LARGO PLAZO PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR POR NO-CÁNCER
 CONSENTIMIENTO/ACUERDO FORMA**

16. Este acuerdo es un acuerdo de "una falta y hacia fuera". Cualquier violación subsiguiente de este acuerdo, por ninguna razón, resultará en la terminación del tratamiento con opiáceos. Si el médico considera que ha habido cualquier violación de las leyes locales, estatales o Federal, estas violaciones pueden presentarse a las autoridades. Usted acepta eximir a Navarro Pain Control Group, Inc. de cualquier resultado adverso de esta acción.
17. Usted obtendrá prescripciones de opiáceo solamente de Navarro Pain Control Group, Inc. y de acuerdo a sus recetas de opiáceos sólo podrá usar una farmacia.
18. Su medicamento opiáceo se continuará siempre y cuando demuestre mejoría en su nivel de dolor y función según lo determinado por el médico (va a trabajar, escuela, etc.).
19. Brotes en la piel o exacerbación de dolor ocurrirá de vez en cuando y será tratada por terapias como hielo, calor, TENS, o relajación en lugar de medicamentos adicionales.
20. Debe atenderse con la Dra. Rosa Navarro a lo menos una vez al mes. Es su responsabilidad para hacer una cita por adelantado. No se permiten visitas sin cita previa para recargas de medicación. su horario es generalmente abiertos 2 semanas de anticipación. La clínica del dolor no proporcionará los recambios tempranos y no se teléfono en recetas para sustancias controladas bajo ninguna circunstancia. Se le proporcionará una receta solamente durante las horas normales de la clínica.
21. Le sugerimos evitar el embarazo mientras esté tomando opiáceos. Existen riesgos para los niños al nacer, incluyendo pero no limitado a defectos de nacimiento, de adicción, tolerancia y el sufrimiento al retirar dando por resultado la necesidad de una hospitalización prolongada y costosa. Las mujeres en edad fértil se someterán a pruebas de embarazo antes de la iniciación de la terapia y en cada visita de seguimiento. Si queda embarazada medicamentos opiáceos pueden disminuir o ser detenidos.
22. Usted no recibirá otros medicamentos adictivos como pastillas para dormir (Ambien, Lunesta), tranquilizantes (Valium, Xanax, etc.) o estimulantes (Ritalin, etc.) de otros médicos sin la autorización de la clínica del dolor.
23. Estoy en acuerdo que se utilice el reporte CURES del Departamento de California de Justicia el cual se utilizará para medir el cumplimiento de este acuerdo con Navarro Pain Control Group, Inc. Permitirá a su médico recibir información de cualquier proveedor de salud o farmacéutico sobre el uso o el posible mal uso/abuso de opiáceos, alcohol y otras drogas. Se presentará una muestra de orina o sangre sobre la iniciación de este acuerdo y a intervalos regulares, o al azar para medir el cumplimiento de este acuerdo.
24. Se tomara el medicamento exactamente como se prescribe. Cualquier cambio en su prescripción debe ser discutido con su médico antes de cambiar. No debe compartir o vender su receta y traerá los analgésicos que no se tome cada visita posterior.
25. Si usted pierde su receta, debe hacer un reporte al Departamento de policía y nos proporcionara una copia de su informe antes de que se puede proporcionar una receta de sustituto. Si ocurre un emergencia que requiera tratamiento opiáceo (por ejemplo visitar una sala de emergencias), comuníquese con esta oficina el día hábil siguiente e infórmenos de las circunstancias.
26. Usted acepta ser visto por especialistas incluyendo un psiquiatra o addictionologo al criterio del médico tratante. Usted también se someterá a una evaluación psicológica estandarizada requerida por su médico tratante, incluyendo aquellos administrados en Navarro Pain Control, Inc.
27. Usted debe entender que su médico poco a poco le quitara su medicamento de opiáceos si no sigue el plan anterior, o si su médico cree los opioides no le están ayudando o le están perjudicando. Usted acepta eximir a Navarro Pain Control Group, Inc., de ninguna consecuencia real o imaginaria de la discontinuación de esta.
28. Usted acepta que Navarro Pain Control Group, Inc. y su médico tratante total y completamente inofensivo de cualquier reclamo que surja del uso de estas sustancias controladas incluyendo cualquier evento atribuido a sobredosis, efectos secundarios, desarrollo de tolerancia, dependencia, adicción, incapaz de tomar la medicación según lo ordenado, o insatisfacción con el nivel de control del dolor los medicamentos le permitir.
29. Si se termina el tratamiento de opiáceos, se le proporcionará un plan de-intensificación de la dosis y usted será responsable de seguirlo. No seguir el plan de de- intensificación puede resultar en experimentar abstinencia físico intenso y desagradable. Si esto ocurriese usted acepta eximir el médico tratante y el Navarro Pain Control Group, Inc. de esta experiencia.
30. Si se termina el tratamiento de opiáceos, esto no significa necesariamente que no podrá volver a Navarro Pain Control Group, Inc. para procedimientos sobre narcótico, terapias o manejo de medicamentos, sólo significa que el manejo de los opiáceos se considera un fracaso. Sin embargo, si el tratamiento fuese ser inaceptable por cualquiera de las partes, se le proporcionará el número de teléfono a la asociación médica del condado de San Diego, que mantiene una lista de otros médicos de gestión del dolor en su área, de acuerdo con AB1120 de California (Pain Patients' Bill of Rights). Usted será considerado dado de alta de la práctica y el tratamiento considerado completo, y usted acepta que esto no puede interpretarse como abandono.

Este consentimiento ha sido leído y entendido por mí, y estoy de acuerdo con todo lo anterior.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Doctora: Rosa M. Navarro, MD

Fecha: ____/____/____

2452 Fenton Street Suite 101, Chula Vista, CA 91914
 Phone (619)600-5309 • Toll Free (866)671-2871 • Fax (619)655-4700



Navarro Pain Control Group, Inc.
Rosa M. Navarro, MD
Board Certified Anesthesiology
Subspecialty Certification in Intervention Pain Management
ACGME Fellowship Trained
ABMS Boarded Anesthesiology/ABA Pain Medicine
Navarropaincontrolgroup.com

POLÍTICA DE DILUYENTES DE LA SANGRE Y PROCEDIMIENTOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL

ANTES DE PROCEDIMIENTOS, LOS DILUYENTES DE LA SANGRE DEBEN SER DETENIDOS!

Ejemplos de diluyentes:

- Dejar de tomar 10 días antes de su procedimiento. Aspirina, Plavix, Aggrenox, Ajo, Aceite de Pescado y Ginseng.
- Dejar de tomar 7 días antes de su procedimiento. Coumadin, Ibuprofen, Motrin, Advil, Naprosyn, Aleve u otro No-steroidal Anti-Inflamatorio.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de dejar de tomar los diluyentes prescritos por su cardiólogo, favor de comunicarse con su oficina e infórmeles sus preocupaciones. **NO DEJE DE TOMAR SUS DILUYENTES** sin autorización de su cardiólogo.

He leído y entiendo las declaraciones anteriores.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Date

2452 Fenton Street Suite 101, Chula Vista, CA 91914
Phone (619)600-5309 • Toll Free (866)671-2871 • Fax (619)655-4700



¡ BIENVENIDO!

NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC. SE HA COMPROMETIDO A COLABORAR CON USTED PARA HACER UNA DIFERENCIA.

Creemos que cuanto más sepa sobre NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC. Mejor nos podemos asociar con usted para hacer una diferencia. Así, por favor tome unos minutos para leer y familiarizarse con los siguientes:

1. HORARIO DE OFICINA: LUNES-VIERNES 8:00 AM-5:00 PM

2. LLAMADAS TELEFONICAS:

Los médicos y personal clínico de NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC. Intentan ser exhaustivos y completos durante su visita, incluyendo darle respuestas a todas sus preguntas. Usted notará que el personal clínico raramente será interrumpido para tomar una llamada durante su visita (a menos que otro doctor este llamando.) Les pedimos a nuestros pacientes respetar el tiempo del médico y hacer sus preguntas durante su visita programada. Le pedimos que escriba todas sus preguntas, antes de su cita para que olvide que preguntar al médico. En otras palabras, el médico, enfermera o auxiliares médicos de NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC., no aceptan llamadas excepto en circunstancias muy especiales. Si tiene una pregunta clínica que cree que no puede esperar hasta su visita programada, puede llamar a la oficina al (619) 600-5309. Por favor, siga las instrucciones. Su pregunta estará evaluada y clasificada según la situación clínica y le responderemos su llamada lo más pronto posible. Favor de **NO** dejar mensajes múltiples.

3. CANCELACIONES

Se le cobrara un cargo de \$25 por cancelaciones no hechas 24 horas antes de su cita. Favor de llamar para cancelar o hacer citas.

4. RECETAS:

Todas las recetas deben ser recogidas en persona en una visita programada, no en citas de inyecciones u otros procedimientos. Para medicamentos los cuales puede pedir por teléfono, se requieren 4 días para recibir su receta. Por favor llame para pedir su receta al (619) 600-5309 x 104.

Los pacientes que vienen con frecuencia para el tratamiento del dolor deben tomar medicamentos para una variedad de dolencias como la hipertensión arterial, diabetes, cardiopatía, etc. Usted necesitará llenar estas recetas a través de su proveedor de atención primaria.

5. SEGURO:

Como cortesía, NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC., enviara los cargos a su seguro por los servicios rendidos en nuestra clínica. Para poder extender esta cortesía hacia usted, necesitaremos una credencial con foto y una copia de su seguro médico.

- Varios procedimientos que hacemos aquí en NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC. requieren pre-autorización de su seguro médico. Este proceso de autorizacion puede tomar 10-14 días.
- Los seguros médicos cubren varios procedimientos, le sugerimos que se familiarice con los beneficios de su seguro y las restricciones que este pueda tener.
- Si ocurren cambios en su plan de seguro mientras está recibiendo tratamiento en NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC. Le pedimos nos notifique de estos cambios lo más pronto posible.

6. POLIZA FINANCIERA:

Entiendo que si no soy elegible bajo los términos de mi acuerdo de seguro médico **seré responsable de todos los cargos por los servicios prestados.** Entiendo que soy responsable por cualquier y todos los cargos si se requiere un representante legal, costos de corte y cargos de colección como resultado de cualquier actividad de colección. Entiendo que falta de responsabilidad financiera de mi parte puede resultar en el despido de la práctica.

7. CO PAGOS Y DEDUCIBLES:

Si su cobertura de seguro requiere copago, se cobraran cuando se registre, antes de ver al médico. Deducibles son determinadas por su compañía de seguros, NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC. le notificará de su responsabilidad tras explicación de beneficios.

8. FORMAS:

NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC. Requiere que todas las formas **sean llenadas durante su cita.** Si usted necesita una forma completada por el médico, notifique a la recepcionista o cuando haga su cita. Los precios por este servicio son los siguientes:
1-Página \$30.00 Cada página adicional \$15.00

9. COPIA DE SU REPORTE MEDICO: Una copia de la cita del mismo día está disponible, pregunte al médico.

10. POLIZA DE REFERENCIA:

NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC. Es una clínica de especialistas, por lo tal solo se atiende con referencia médica.

11. MEDICO DE ATENCIO PRIMARIA

Si usted es referido a NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC. por otro especialista, es imperativo que usted tenga una relación con un médico de atención primaria. Nuestro médico actúa como consultor y no puede asumir el papel de un médico de atención primaria.

12. EMERGENCIAS:

Afortunadamente, hay muy pocas emergencias médicas relacionadas con los dolores crónicos. Sin embargo, si usted cree que está experimentando una situación de emergencia, usted debe ir inmediatamente a un centro de atención de urgencia o emergencia. El médico atendiendo a su problema en el centro de atención de urgencia o la sala de emergencias será el indicado en comunicarse con el medico de dolor crónico. Usted debe solicitar al médico que se comunique con la clínica. Por lo tanto, es sólo en circunstancias muy especiales que una visita no programada o urgente sea necesaria.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente _____

Fecha: _____



¡ BIENVENIDO!

NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC. SE HA COMPROMETIDO A COLABORAR CON USTED PARA HACER UNA DIFERENCIA.

Creemos que cuanto más sepa sobre NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC. Mejor nos podemos asociar con usted para hacer una diferencia. Así, por favor tome unos minutos para leer y familiarizarse con los siguientes:

1. HORARIO DE OFICINA: LUNES-VIERNES 8:00 AM-5:00 PM

2. LLAMADAS TELEFONICAS:

Los médicos y personal clínico de NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC. Intentan ser exhaustivos y completos durante su visita, incluyendo darle respuestas a todas sus preguntas. Usted notará que el personal clínico raramente será interrumpido para tomar una llamada durante su visita (a menos que otro doctor este llamando.) Les pedimos a nuestros pacientes respetar el tiempo del médico y hacer sus preguntas durante su visita programada. Le pedimos que escriba todas sus preguntas, antes de su cita para que olvide que preguntar al médico. En otras palabras, el médico, enfermera o auxiliares médicos de NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC., no aceptan llamadas excepto en circunstancias muy especiales. Si tiene una pregunta clínica que cree que no puede esperar hasta su visita programada, puede llamar a la oficina al (619) 600-5309. Por favor, siga las instrucciones. Su pregunta estará evaluada y clasificada según la situación clínica y le responderemos su llamada lo más pronto posible. Favor de **NO** dejar mensajes múltiples.

3. CANCELACIONES

Se le cobrara un cargo de \$25 por cancelaciones no hechas 24 horas antes de su cita. Favor de llamar para cancelar o hacer citas.

4. RECETAS:

Todas las recetas deben ser recogidas en persona en una visita programada, no en citas de inyecciones u otros procedimientos. Para medicamentos los cuales puede pedir por teléfono, se requieren 4 días para recibir su receta. Por favor llame para pedir su receta al (619) 600-5309 x 104.

Los pacientes que vienen con frecuencia para el tratamiento del dolor deben tomar medicamentos para una variedad de dolencias como la hipertensión arterial, diabetes, cardiopatía, etc. Usted necesitará llenar estas recetas a través de su proveedor de atención primaria.

5. SEGURO:

Como cortesía, NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC., enviara los cargos a su seguro por los servicios rendidos en nuestra clínica. Para poder extender esta cortesía hacia usted, necesitaremos una credencial con foto y una copia de su seguro médico.

- Varios procedimientos que hacemos aquí en NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC. requieren pre-autorización de su seguro médico. Este proceso de autorizacion puede tomar 10-14 días.
- Los seguros médicos cubren varios procedimientos, le sugerimos que se familiarice con los beneficios de su seguro y las restricciones que este pueda tener.
- Si ocurren cambios en su plan de seguro mientras está recibiendo tratamiento en NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC. Le pedimos nos notifique de estos cambios lo más pronto posible.

6. POLIZA FINANCIERA:

Entiendo que si no soy elegible bajo los términos de mi acuerdo de seguro médico **seré responsable de todos los cargos por los servicios prestados.** Entiendo que soy responsable por cualquier y todos los cargos si se requiere un representante legal, costos de corte y cargos de colección como resultado de cualquier actividad de colección. Entiendo que falta de responsabilidad financiera de mi parte puede resultar en el despido de la práctica.

7. CO PAGOS Y DEDUCIBLES:

Si su cobertura de seguro requiere copago, se cobraran cuando se registre, antes de ver al médico. Deducibles son determinadas por su compañía de seguros, NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC. le notificará de su responsabilidad tras explicación de beneficios.

8. FORMAS:

NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC. Requiere que todas las formas **sean llenadas durante su cita.** Si usted necesita una forma completada por el médico, notifique a la recepcionista o cuando haga su cita. Los precios por este servicio son los siguientes:
1-Página \$30.00 Cada página adicional \$15.00

9. COPIA DE SU REPORTE MEDICO: Una copia de la cita del mismo día está disponible, pregunte al médico.

10. POLIZA DE REFERENCIA:

NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC. Es una clínica de especialistas, por lo tal solo se atiende con referencia médica.

11. MEDICO DE ATENCIO PRIMARIA

Si usted es referido a NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC. por otro especialista, es imperativo que usted tenga una relación con un médico de atención primaria. Nuestro médico actúa como consultor y no puede asumir el papel de un médico de atención primaria.

12. EMERGENCIAS:

Afortunadamente, hay muy pocas emergencias médicas relacionadas con los dolores crónicos. Sin embargo, si usted cree que está experimentando una situación de emergencia, usted debe ir inmediatamente a un centro de atención de urgencia o emergencia. El médico atendiendo a su problema en el centro de atención de urgencia o la sala de emergencias será el indicado en comunicarse con el medico de dolor crónico. Usted debe solicitar al médico que se comunique con la clínica. Por lo tanto, es sólo en circunstancias muy especiales que una visita no programada o urgente sea necesaria.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente _____

Fecha: _____



CUESTIONARIO DE PACIENTE NUEVO

PATIENT NAME		INSURANCE 1	
DOB	AGE:	INSURANCE 2	
DOS		OTHER INS.	
REFERRING DR.		OTHER DR.	
PHONE		PHONE	
FAX		FAX	

Por favor díganos a que se debe su visita (CC): _____

Marque todas las palabras que mejor describen su dolor

LATIDO	DOLORIDO	FUERTE	APAGADO
ARDOR	ENTUMECIMIENTO	PUNALADA	ELECTRICO
HORMIGUEO	PUNZADAS	TENSION	

CONSTANTE	
TIENE/NO TIENE	
DURACION	
CUANTO TIEMPO	
QUE PARTE DEL CUERPO	

DOLOR	SI	NO
¿Su dolor empezó repentinamente?		
¿Su dolor empezó gradualmente?		
¿Tuvo un accidente?		
¿Tuvo una lesión de trabajo?		
¿Hay acción legal pendiente?		

ALERGIAS	SI	NO
Alergia a las drogas		
¿Tiene alguna alergia?		
Si tiene alergia enliste aquí:		

DILUYENTES DE SANGRE	
Aggrenox/Dipyridamole	Heporin/Heporin
ASA 325mg	Lovenox/Enoxaparin
Brilinta/Tricagrelor	Plavix/Clopidogrel
Cilostazol/Pletal	Prodaxa/Dabigatran
Coumadin/Warfarin	Savaysa/Edoxaban
Effient/Prasugel	Trental/Pentoxifylline
Eliquis/Apixaban	Ticlid/Ticlopidine
Fragmin/Dalteparum	Xarelto/Rivaroxaban
Ginko/Garlic/Vitamin E	

Califique su dolor en la siguiente escala **CERO** es **SIN DOLOR**, mientras que **10** es el **PEOR IMAGINABLE**

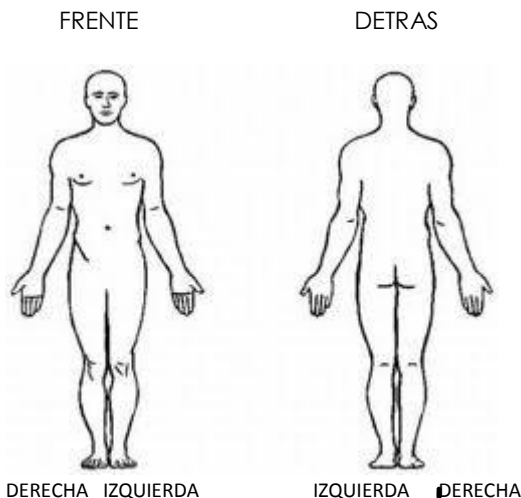
0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10 ○

SIN DOLOR

PEOR IMAGINABLE

¿Qué tan fuerte es su dolor? **LEVE** **MODERADO** **FUERTE** **INTOLERABLE**

INDIQUE TODAS LAS PARTES DONDE TIENE DOLOR



¿Se ha hecho uno de los siguientes?	SI	NO	cervical	thoracic	lumbar	otro
MRI'S						
X-Rayos						
CT Scan						
CT Mylogram						



EN LOS CUADROS A CONTINUACIÓN POR FAVOR DÍGANOS SI SU DOLOR LIMITA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES

¿El dolor afecta su apetito? SÍ/NO/explicar	¿Cuántas horas al día trabaja? Tipo de trabajo?
¿Cuántas horas duerme?	¿De qué manera el dolor limita sus actividades? Tipo de actividad:
¿Que causa que su dolor empeore?	**¿ El dolor le causa depresión o ansiedad? SI/NO/explicar
¿Que causa que su dolor mejore?	**¿Fuma tabaco? Si no fuma, <input type="checkbox"/> ANTERIORMENTE <input type="checkbox"/> NUNCA Si fuma, <input type="checkbox"/> ¿Desde cuándo? (fecha) _____ <input type="checkbox"/> FRECUENCIA: _____
¿Problemas urinarios? SI/NO/ explicar	**¿ Toma alcohol? Si no toma, <input type="checkbox"/> ANTERIORMENTE <input type="checkbox"/> NUNCA Si toma, <input type="checkbox"/> ¿Desde cuándo?(fecha) _____ <input type="checkbox"/> FRECUENCIA
¿Problemas del intestino? SI/NO/explicar	**¿ Hace drogas recreacionales? SI/NO (Cocaína, Heroína, o Marihuana)

INDIQUE SI USTED HA INTENTADO CUALQUIERA DE ESTOS TRATAMIENTOS Y SI FUERAN EFICAZ

Tratamiento	SI	No
Cirugía		
Fisioterapia		
Quiropráctico		
Acupuntura		
Masaje		
Biofeedback		
TENS unit		
Inyecciones de esteroides/Bloqueo del nervio		

Inicio del dolor:	Repentino
	Gradualmente
Mi dolor esta:	Mejorando
	Empeorando
	No cambio

****FAVOR DE ENLISTAR TODOS SUS MEDICAMENTOS****

Nombre de las medicinas o suplementos	Dosis o potencia	Número de tabletas	Número total de tabletas por día	Razón por la cual toma esta medicina

NOMBRE DE FARMACIA	DIRECION	TELEFONO & FAX



REVISION DE LOS SISTEMAS

CONSTITUCIONAL	Fiebre	SI	NO	Comentarios	URINE TOX-6	URINE TOX-12	P	N
	Pérdida de peso				COC	THC		
OJOS	Problemas de visión				OP	COC		
OREJAS/NARIZ/BOCA	Audífonos				AMP	OPI		
CARDIOVASCULAR	Dolor en el pecho				MET	AMP		
	Dificultad para respirar				BZO	MET		
	Palpitaciones				OXY	PCP		
	Inflamación de piernas				BY:	MDM		
RESPIRATORIO	Tos					BAR		
	Raspa al respirar (wheezing)					BZO		
GASTROINTESTINAL	Reflujo					MTD		
GENITOURINARIO	Infección del tracto urinario					TCA		
MUSCULOSKELETAL	Dolor en los músculos					OXY		
INTEGUMENTARIO	Piel					BY:		
NEUROLOGICA	Sincope							
	Mareos							
PSIQUIATRO	Depresión							
ENDOCRINO	Diabetes							
HEMATOLOGIA/LINFATICO	Tendencia al sangrado							
CANCER								

**** POR FAVOR INDIQUE SI TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES MÉDICAS ****

<input type="checkbox"/> Infarto Cerebral	<input type="checkbox"/> Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Dep. Insulina/ diabetes	<input type="checkbox"/> Piedras riñón
<input type="checkbox"/> Alto colesterol	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/> Dolor en las coyunturas	<input type="checkbox"/> Moretones fácil
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Murmullos	<input type="checkbox"/> Enfermedad músculos	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Perdida de memoria	<input type="checkbox"/> Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Huesos quebrados	<input type="checkbox"/> Bronquitis
<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Alta presión/Hipertensión	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Ulcera
<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroides	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Neuropatía Periférica	<input type="checkbox"/> Varicela
<input type="checkbox"/> Radiculopatía	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Migraña	<input type="checkbox"/> Dolor espalda
<input type="checkbox"/> Embarazada (ahora)	<input type="checkbox"/> Dolor de piernas	<input type="checkbox"/> Dolor de brazos	<input type="checkbox"/> Otro

**** POR FAVOR ENUMERE TODAS LAS CIRUGÍAS, INCLUYENDO CIRUGÍAS DE COLUMNA VERTEBRAL ****

Cirugías	Fecha

HISTORIA SOCIAL

HISTORIA FAMILIAR

	ESTADO CIVIL	ESTADO DE VIVIENDA	HIJOS	FRATERNAL	MATERNAL
	Casado	Vive solo	SI	Alcohol	Alcohol
	Soltero	Vive con cónyuge	NO	Uso de drogas	Uso de drogas
	Divorciado	Vive con familia	¿Cuántos?		
	Viudo	Otro	Varón		
			Mujer		



HISTORY OF PRESENT ILLNESS

PHYSICAL EXAM –COMPREHENSIVE MUSCULOSKELETAL SINGLE ORGAN SYSTEM

- I. **CONSTITUTIONAL** Any of the following: Weight: _____ Height: _____ Temperature: _____ Respiration: _____
Sitting/Standing Blood Pressure: _____ Pulse rate/regularity: _____
General Appearance: _____
- II. **CARDIOVASCULAR** Examination of peripheral vascular system by observation (swelling/varicosities) and palpation
(pulses, temperature, edema, tenderness) Radial: _____ Pedal: _____
- III. **LYMPHATIC** Palpation of lymph nodes in neck, axillae, groin and/or other location: _____
- IV. **RESPIRATORY** Lungs: _____ CTA or _____
- V. **MUSCULOSKELETAL** Examination of gait and station: _____

Examination of the joints, bones and muscles/tendons of 4 of the following 6 areas: (the examination of EACH of the 4 areas must include ALL of the items listed below)

1. HEAD AND NECK

- (a) Inspection and/or palpitation with notation of any misalignment, asymmetry, crepitation, defects, tenderness, masses or effusion
- (b) Assessment of range of motion with notation of any pain crepitation or contracture
- (c) Assessment of stability with notation of any dislocation (luxation), subluxation or laxity
- (d) Assessment of muscle strength and tone (e.g. flaccid, cogwheel, spastic) with notation of any dislocation (luxation), subluxation or laxity
- (e) CN2-12 intact: _____, HEENT: NCAT, EOMI: _____ Occipital n. tenderness: _____
- (f) Head flexion: _____, extension: _____, rotation right: _____ let: _____, bend right: _____ left: _____
- (g) As stated
- (h) Motor strength of facial and neck muscles are intact

2. SPINE/RIBS/PELVIS

- (a) Inspection and/or palpitation with notation of any misalignment, asymmetry, crepitation, defects, tenderness, masses or effusion
- (b) Assessment of range of motion with notation of any pain crepitation or contracture
- (c) Assessment of stability with notation of any dislocation (luxation), subluxation or laxity
- (d) Assessment of muscle strength and tone (e.g. flaccid, cogwheel, spastic) with notation of any dislocation (luxation), subluxation or laxity
- (e) Cervical-thoracic spine shows no scoliosis, kyphosis, scars, mid-spine tenderness, or Myofascial trigger points, SIJ tenderness R/L, Patrick's Test R/L, Facet R/L
- (f) ROM: flexion: _____, extension: _____, right side bend: _____, Left side bend: _____
- (g) Spondylolisthesis: luxation: _____, right rotation: _____, left rotation: _____
- (h) Atrophy, spasticity, flaccid

3. RIGHT UPPER EXTREMITIES

4. LEFT UPPER EXTREMITIES

- (a) Inspection and/or palpitation with notation of any misalignment, asymmetry, crepitation, defects, tenderness, masses or effusion
- (b) Assessment of range of motion with notation of any pain crepitation or contracture
- (c) Assessment of stability with notation of any dislocation (luxation), subluxation or laxity
- (d) Assessment of muscle strength and tone (e.g., flaccid, cogwheel, spastic) with notation of any atrophy or abnormal movement
- (e) Temperature, color
- (f) ROM: finger abduction/adduction: _____ shoulder abduction/adduction: _____
Scapular elevation: _____ elbow flexion: _____ wrist flexion/extension: _____
- (g) Stability, dislocation
- (h) Motor strength is: R ____/5 L ____/5 biceps flexion R ____/5 L ____/5 biceps extension
R ____/5 L ____/5 triceps flexion R ____/5 L ____/5 triceps extension
R ____/5 L ____/5 deltoid function (cogwheel, spastic)

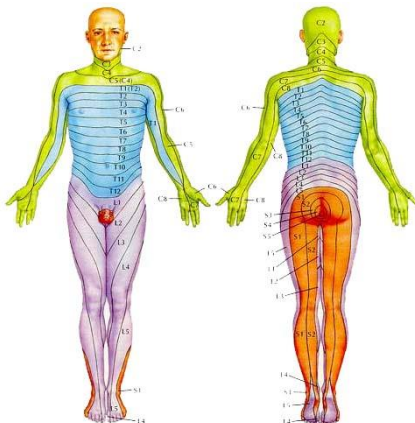
5. RIGHT LOWER EXTREMITIES

6. LEFT LOWER EXTREMITIES

- (a) Inspection, percussion and/or palpitation with notation of any misalignment, asymmetry, crepitation, defects, tenderness, masses or effusion
- (b) Assessment of range of motion with notation of any pain (e.g., straight leg raising), crepitation or contracture
- (c) Assessment of stability with notation of any dislocation (luxation), subluxation or laxity
- (d) Assessment of muscle strength and tone (e.g., flaccid, cogwheel, spastic) with notation of any atrophy or abnormal movement
- (e) Temperature, color
- (f) ROM: hips: _____, knee: _____, ankle: _____, straight leg raise test: _____R _____L
- (g) Stability, dislocation
- (h) Motor function of quadriceps femoris muscle and hamstrings muscle

	RIGHT	LEFT		
Hip Extension	____/5	____/5	Foot Inversion	____/5 _____/5
Hip Flexion	____/5	____/5	Foot Eversion	____/5 _____/5
Knee Extension	____/5	____/5	Plantar Flexion	____/5 _____/5
Knee Flexion	____/5	____/5	Dorsi Flexion	____/5 _____/5
EHL	____/5	____/5		

- VI. SKIN Inspection and/or palpitation of the skin and subcutaneous tissue (e.g., scars, rashes, lesions, Café-au-lait spots, ulcers) in 4 of the following 6 areas: (1) Head and neck (2)Trunk (3)Right upper extremities (4)Left upper extremities (5)Right lower extremities (6)Left lower extremities
- VII. ABDOMEN Soft NT/ND BS or _____
- VIII. PSYCHIATRIC Brief assessment of mental status including:
 - Orientation to time, place and person
 - Mood and affect (e.g., depression, anxiety, agitation)
- IX. NEUROLOGICAL Test coordination (e.g., finger/hose, heel/knee/shin, rapid alternating movements in the upper and Lower extremities, evaluation of fine motor coordination in young children) heel and toe walking
 - Examination of deep tendon reflexes and/or nerve stretch test with notation of pathological reflexes (e.g., Babinski)
 - Examination of sensation (e.g., by touch, pin, vibration, proprioception)



	RIGHT		LEFT
	B		C5
	BR		C6
	T		C7
	P		L4
	A		S1
	RIGHT		LEFT
	BABINSKI		BABINSKI
	CLONUS		CLONUS

MODERATE MEDICAL DECISION MAKING

- 1) Multiple diagnoses/management options
- 2) Moderate amount/complexity of data
- 3) Moderate risk of complications/morbidity/mortal

DIAGNOSIS/ASSESSMENT

MANAGEMENT OPTIONS & PLAN OF CARE

Impression (Multiple Diagnosis), (Moderate Data)

Procedures

Medications

Physical Therapy, (TENS), Psych

OTHER COMMENTS

Discussed complications of bleeding, infection, nerve damage, paralysis anaphlaxix. (PUMPS/SCS-dislodgement, disconnection, malfunction, CSF leak). Patient understands and will sign an informed consent prior to procedure. I spent more than 50 percent of my time discussing the diagnosis and treatment plan.

Smoking Cessation: Smoking Dangers (tobacco use):

Smoking and second hand smoke are harmful to your health. If you smoke, STOP! If you are around others who smoke, encourage them to stop. Smoking leads to chronic obstructive pulmonary disease, and increases risk of heart disease, cancer, and stroke. There are many medications and aids available to help you stop smoking. For additional help and/or information, call 1-800-NO-BUTTS (1-800-662-8887) or 1-800-LUNG-USA (1-800-586-4872). (99406)

Mr. /Mrs. _____ was evaluated upon request from _____, MD for consultation for _____ (diagnosis). I am basing my consultation/evaluation on records sent by _____, MD, the pain questionnaire completed by the patient, review of the diagnostic studies, and history and physical done on the patient. The patient was seen and evaluated by: _____.

Rosa M. Navarro, MD
Navarro Pain Control Group, Inc.

Date: _____

2452 Fenton Street Suite 101, Chula Vista, CA 91914
Phone (619)600-5309 • Toll Free (866)671-2871 • Fax (619)655-4700