

## Patient Health History Form

(No deje ninguna pregunta en blanco: simplemente poner "N/A" si no es aplicable)

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Doctor Primario (nombre completo): \_\_\_\_\_ Desea mandar el reporte al doctor?  si  no

Quien lo refirio a nosotros (nombre completo)? \_\_\_\_\_

Farmacia: Nombre \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Telefono # \_\_\_\_\_

Queja Principal: Cual es su razon principal por su visita hoy? Describa su problema en detalle. (Que le duele)

---



---



---

Lado:  Izquierdo  Derecho  Los Dos

Desde cuando tiene este problema?  \_\_\_\_\_ semanas  \_\_\_\_\_ Meses  \_\_\_\_\_ Anos Fecha de herida: \_\_\_\_\_

Cual es tu calidad de dolor?  Aburrido  Agudo  Dolorido  Ardiente

En donde esta su dolor?  Anterior (Frente)  Posterior (atras)  Lateral (Afuera)  Medial (en medio)

Cuando es su dolor peor?  En la manana  Tarde  Despues de Actividad vigorosa  En la noche (interfiere con sueno)

Nivel de dolor:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Cuales acciones/actividades hace que su problema empeore?  Caminar  De Pie  Correr  Flexion  Doblado  Alcanzar  
 Actividad general  Manejar  Sentado  Otro: \_\_\_\_\_

Cuales acciones/actividades hace su problema mejor?  Descanso  Hielo  Calor  Elevar  Medicamento  Actividad  
 Otro \_\_\_\_\_

Hay otros signos o sintomas asociados?  Debilidad  Hormigueo/Entumecimiento  Dolor Ardiente  Inestabilidad

Ha tenido algun estudio diagnostic o tratamiento para este problema? Si a si es, donde y cuando?

Rayos X  MRI  EMG  CT  Ultrasonido

Terapia Fisica (circule el tipo: calor, hielo, massage, manipulacion quiropractica, ultrasonido, traction, ejercicio)

Inyecciones  Vigorizante  Cirugia: \_\_\_\_\_

Otra cosa \_\_\_\_\_

Existen opciones de tratamiento especificas que los hayan traído con nosotros? (i.e. Celula madre, Suplementacion-visco, PRP, PT/OT, etc)

---



---

**Historia Pasada Medica:**

- Reflujo Acido
- A.D.H.D./A.D.D.
- Enfermedad de Alzheimer
- Anemia
- Asma
- Desorden Bipolar
- Desorden de Sangre
- Coagulos de Sangre
- Cancer \_\_\_\_\_
- Colesterol
- Conmocion Cerebral

**Niega Cualquier Historia Medica Pasado**

- Problemas Cardiacos
- Enfermedad de Crohn
- Diabetes – Tipo \_\_\_\_\_
- Problemas Digestivos
- Emfisema
- Gota
- Enfermedad de Graves
- Ataque de Corazon
- Problemas del Corazon
- Hepatitis
- Culebrilla
- Alta Presion
- HIV or SIDA
- I.B.S.
- Problemas de Rinon
- Leucemia
- Problemas de Higado
- Problemas de Pulmon
- Lupus
- Enfermedad Mental
- Obesidad Morbida
- Neoplasma, Benigno

- Neoplasma, Maligno
- Otro \_\_\_\_\_
- Neumonia
- Esquizofrenia
- Convulsiones
- Apnea de Sueno
- Ulcera Estomacal
- Ataque Fulminante
- Problemas de Tiroides
- Tuberculosis

## Patient Health History Form

(No deje ninguna pregunta en blanco; simple poner "N/A" si no es aplicable)

**Problemas Ortopedicos En El Pasado**  **Niega Cualquier Problema Ortopedica En El Pasado**

**Cirugias Anteriores:**

- Cirugia de Tobillo
- Cirugia de Brazo
- Cirugia De Espalda
- Cirugia de Seno
- Cirugia de Colon
- Cirugia de Oido/Nariz/Garganta
- Cirugia de Codo

**Niega Cirugias Anteriores**

- Cirugia de Pie
- Cirugia de Mano
- Cirugia de Cabeza
- Cirugia de Corazon
- Cirugia de Cadera
- Cirugia de Rodilla
- Cirugia en la Pierna
- Cirugia de Pulmon
- Cirugia de Cuello
- Neurocirugia
- Otro \_\_\_\_\_
- Cirugia Reproductiva
- Cirugia de Hombro
- Cirugia en la Piel

- Cirugia de Estomago
- Cirugia de Tiroides
- Cirugia Urologica
- Cirugia Vasculat
- Cirugia en la Muneca

**Historia Familiar**

- Alcolismo
- Anemia
- Artritis
- Asma
- Desorden de Sangre

- Cancer \_\_\_\_\_
- Diabetes
- Gota
- Problemas de Corazon
- Alta Presion

**Niega Cualquier Historia Medica Familiar**

- Problemas de Rinones
- Leucemia
- Enfermedad Mental
- Problemas Musculo Esqueletico
- Otro \_\_\_\_\_

- Condiciones de Respiro
- Convulsiones
- Embolia
- Tiroides

**Nombre todos los medicamentos que esta tomando incluyendo vitaminas o hierbas:**  Ninguno  Ver Listado Adjunto

**Nombre todas las alergias:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**  Casado  Separado  Divorciado  Soltero  Viudo  Ley Comun  Socio Domestico

**Estado De Trabajo:**  Profesion \_\_\_\_\_  Discapacitado  Retirado  Desempleado  Estudiante  Ama de Casa

**Esta Embarasada?**  si  no

**Lastimadura De Trabajo?**  si  no Fecha de Herida: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

**Lastimadura De Deporte?**  si  no Fecha de Herida: \_\_\_\_\_

**Accidente de Carro?**  si  no Fecha de Accidente: \_\_\_\_\_

**Usted Toma?**  No Alcohol  Si, diario (\_\_\_ al dia?)  Si, Tomador Social (\_\_\_ a la semana?)

**Usted Fuma Tobacco?**  Nunca  Actualmente (\_\_\_ paquete(s) al dia)  Antes

**Abuso de Droga:**  Nunca  Actualmente  En el Pasado

**Como supo de nosotros? (por favor seleccione todas las respuestas validas):**

- ER/Atencion de Emergencia (indicar cual hospital/que locacion) \_\_\_\_\_  Familiar/Amigo \_\_\_\_\_
- Doctor Primario  Rerencia de Doctor \_\_\_\_\_  Otro Doctor de POSM \_\_\_\_\_
- POSM sitio web  ZocDoc  Google  Bing  Otro sitio web \_\_\_\_\_
- Comunicacion Social  Facebook  Instagram  Twitter
- Revista  Southlake Style  Living Magazine  Otra Revista/Publico \_\_\_\_\_
- Evento Comunitario \_\_\_\_\_  Evento Deportivo \_\_\_\_\_  Otro Evento \_\_\_\_\_
- Camara de comercio de Southlake  Camara de Irving  Camara Hispana de Irving  Camaras de Coppell
- Compania de Seguros Recomendada  Mire el Edificio  Compensacion de Trabajadores

**Por firmando abajo estoy confirmando que la informacion de arriba es complete y exacta.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

#### Patient Consent for Treatment

Yo, sabiendo que tengo una afección que requiere un tratamiento de diagnóstico, médico o quirúrgico, doy mi consentimiento voluntario a tales procedimientos y atención a dicho diagnóstico, tratamiento médico u otro tratamiento quirúrgico basado en la instrucción general y específica de los médicos de POSM y / o cualquier otro proveedor de servicios de salud con licencia asistentes y/o designado como sea necesario a su juicio.

#### Política de recarga Prescription

Las recetas solo se escribirán y se volverán a enviar de Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

No se escribirán o llamarán recetas después de estas horas o en días festivos y fines de semana.

Por lo tanto, es su responsabilidad controlar de cerca su suministro de medicamentos. Le recomendamos que haga sus solicitudes de recetas al menos 48 horas antes de quedarse sin sus recetas.

#### Aviso de divulgación financiera al beneficiario

Este es un aviso que le informa que algunos y / o todos los médicos de Precision Orthopedics & Sports Medicine podrían tener un interés de propiedad en estas entidades. El interés de propiedad de su médico significa que sus médicos pueden beneficiarse al elegir realizar procedimientos quirúrgicos en una de las siguientes instalaciones: Baylor Las Colinas, Methodist Southlake, Blue Star Surgery Center, and Pine Creek Medical Center. Debido a esto, su médico le informa que tiene derecho a elegir que lo traten en un centro diferente, si lo desea, y que lo hará, si es posible. Estas instalaciones son entidades legales separadas de Precision Orthopedics and Sports Medicine. Recibirá una facturación separada de cada entidad.

#### Acuerdo Financiero

Estamos dedicados a brindarle la mejor atención posible y consideramos que su comprensión de nuestras políticas financieras es un elemento esencial de su atención y tratamiento. Esta política financiera tiene la intención de aclarar estos problemas.

Presente su tarjeta de seguro y su identificación con foto en cada cita. Debe proporcionar su dirección de facturación más reciente, todos los números de teléfono disponibles, dirección de correo electrónico y cualquier información importante de contacto. Si esta información cambia, es su responsabilidad contactarnos con su información actualizada. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.

Si no cumplió con los términos de su plan de seguro, incluida la obtención de las autorizaciones de derivación necesarias, es posible que no paguen la totalidad o parte de su atención, y es posible que no califique para los descuentos de atención mañana. Si su compañía de seguros no paga dentro de los 60 días posteriores a la fecha del servicio, es posible que deba pagar el saldo completo.

Pacientes con auto-pago: hay un depósito mínimo de \$ 350.00 para Pacientes Nuevos y \$ 200.00 para pacientes de seguimiento pagaderos por adelantado a todos los pacientes de pago privado para servicios profesionales que incluyen visita al consultorio, radiografías e inyecciones si están indicados; el equipo médico duradero y/o los servicios especiales se facturarán por separado. Todos los depósitos deben hacerse en efectivo o solo con tarjeta de crédito, sin cheques. En caso de que su cuenta se convierta en delincente a los 90 días, usted entiende que su cuenta será enviada a una agencia de cobros. El pago vence en el momento en que se presta el servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado.

Aceptamos efectivo, cheques, VISA, Mastercard, Discover y AMEX.

Algunos equipos y / o suministros médicos duraderos pueden no estar cubiertos por su seguro.

Cobramos por ciertos formularios, como los formularios de Discapacidad y FMLA, así como registros médicos.

Las responsabilidades por los pagos de los pacientes que son hijos menores, cuyos padres son divorciados, descansan con el padre que busca el tratamiento (este padre es el garante). Cualquier juicio de responsabilidad ordenado por un tribunal debe ser determinado entre las personas involucradas, sin la inclusión de POSM.

Facturamos a las compañías de seguro participantes como cortesía para usted. Si su compañía de seguros requiere su número de seguro social para presentar un reclamo, se le solicitará que lo pague o pague los servicios al momento del servicio.

Requerimos que el pago de deducibles, copagos, depósitos de cirugía, artículos no cubiertos y coseguro se paguen en el momento del servicio. Usted es financieramente responsable de los servicios no cubiertos por su compañía de seguros.

No cobramos a compañías de seguros de terceros, tales como seguros de automóviles o de responsabilidad civil; el pago se espera en su totalidad en el momento del servicio. Le proporcionaremos la documentación y los formularios necesarios para que envíe su reclamo a su compañía de seguros.

Para ERISA, planes fuera de la red y autofinanciados, y Workers Compensation Por la presente asigno y traslado directamente a Precision Orthopedics & Sports Medicine, como mi representante autorizado designado, todos los reembolsos de seguro por los servicios prestados por POSM, independientemente de su estado de participación en la red. Autorizo a POSM y a sus representantes de facturación a negociar, debatir, apelar y, de cualquier otro modo, comunicarme con mi compañía de seguros para determinar el pago final de los servicios que recibí.

POSM y su representante de facturación tienen plena autorización para aceptar o rechazar cualquier propuesta de reembolso propuesta, actuar de la manera que sea necesaria para lograr la adjudicación final de todos y cada uno de los reclamos, y los resultados de esa determinación son vinculantes.

Si tiene un saldo después de recibir el pago de la compañía de seguros, le enviaremos un estado de cuenta por correo a la dirección de facturación que proporcionó. El pago en su totalidad se debe a la recepción. Los pacientes con un saldo pendiente con vencimiento de 60 días o más deben hacer un arreglo de pago antes de programar las citas.

Las cancelaciones de citas dentro de las 24 horas del horario programado pueden generar un cargo de \$35.00. Si no notifica a nosotros 48 horas antes de cancelar una cirugía, puede tener un cargo de \$100.00. Los cheques devueltos por cualquier motivo generarán un cargo de \$35.00.

Asigno / asignamos a POSM y a los proveedores de atención médica, y autorizo el pago directo a la (s) Institución (es) de todos los beneficios de seguro a los beneficios de Medicare que puedan tener derecho. Esta asignación incluye, entre otros, los principales beneficios del seguro médico y por discapacidad y los beneficios acumulados en virtud de cualquier acuerdo, estructurado o no, o adjudicados a juicio por daños personales causados por un tercero.

Yo / nosotros acordamos pagar el (los) Centro (es) por todos los cargos no pagados de conformidad con esta asignación. He leído y dado el Consentimiento del paciente POSM, Recarga de recetas y Política financiera y acepto cumplir con sus directrices.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Padre / Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



## CONSENTIMIENTO MEDICO PARA TRATAMIENTO A UN MENOR

La firma proxima da consentimiento para que el menor de 18 años nombrado proximamente sea diagnosticado y reciba tratamiento por el Dr. \_\_\_\_\_  
o a cualquier persona(s) que el designe como asistente.

1. Nombre de el menor (emprima el nombrè) \_\_\_\_\_

Nombre de Padres/ Manejador Conservador/Guardian (emprima) \_\_\_\_\_

2. Relaciòn the el firmante hacia el menor:

- \_\_\_\_\_ Padre
- \_\_\_\_\_ Manejador Conservador
- \_\_\_\_\_ Conservador Procesador
- \_\_\_\_\_ Guardian de la persona
- \_\_\_\_\_ Abuelo
- \_\_\_\_\_ Hermano/a, de 18 años o mayor
- \_\_\_\_\_ Juèz de la Corte que tiene jurisdicciòn de el paciente
- \_\_\_\_\_ Persona mayor de 18 años responsable por el cuidado y tratamiento de el menor bajo el jurisdicciòn de la corte juvenile.
- \_\_\_\_\_ Commision de Jovenes de Texas
- \_\_\_\_\_ Instituciòn educacional en la que el menor esta registrado y ha recibido autorizaciòn escrita de una person autorizada por la ley que da consentimiento para cuidado medico (Por favor de darnos una copia de la autorizaciòn)
- \_\_\_\_\_ Persona mayor de 18 años la cual tiene control sobre el cuidado de el menor y autorizaciòn por escrita por una persona autorizada para dar la autorizaciòn para consentirle cuidado medico al menor (Por favor de darnos una copia de autorizaciòn)
- \_\_\_\_\_ La persona que tiene el poder de consentimiento no puede ser contactada y una nota actual que diga lo contrario no ha sido dada por la persona.

3. Razonès por las cuales el menor tiene la capacidad para consetir su propio tratamiento medico:

- |   |  |
|---|--|
| _____ Activo el los servicios armadas de E.U.A      | _____ Embarazàda y Soltera (no casada) |
| _____ Es mayor de 16 años y vive independientemente | _____ Por una donaciòn de sangre       |
| _____ Por una efermedad veneria reportable          | _____ Por dependencia quimica          |

4. Brevemente expliquè la razon por la cual el menòr necesita tratamiento medicò,incluya cualquier emergencia que tenga que ver con daños inmediatos hacia el menor y que pueda causar complicaciònès en el futuro:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Yo autorizo cualquier diagnostico diferentè o tratamiento adicional que el medico piense sea necesario para este menor.

6. Fecha en la que el diagnostico o tratamiento deberà empezar: \_\_\_\_\_

7. Yo certifico que he leido y comprendido completamente y doy mi consentimiento, tambien que he dado mis explicaciònès correctas en lo dicho anteriormente y que lei este documento y lo llenè antes de firmarlo.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

**INFORMACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR**

**DE ACUERDO A LOS REQUISITOS DEL CONSEJO MEDICO DE TEXAS**

**REFERENCIA: CODIGO ADMINISTRATIVO DE TEXAS, TITULO 22, PARTE 9, CAPITULO 170**

**Desarrollado por la Sociedad del Dolor del Estado de Texas, Septiembre 2007 (www.texaspain.org)**

NOMBRE DE EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

PARA EL/LA PACIENTE: Como paciente, Usted tiene derecho a estar informado(a) acerca de su estado de salud y el procedimiento médico o diagnóstico que se recomienda o acerca de los medicamentos que se van a emplear, para que en base a la información, pueda tomar la decisión de si tomar o no el medicamento después de conocer los riesgos y peligros involucrados. La intención de esta información no es asustarlo(a) o alarmarlo(a), sino que es un esfuerzo para tenerlo(a) mejor informado(a) para que nos de o para conservar su consentimiento/permiso para usar el medicamento que, como su médico, le recomiendo que tome. Para propósitos de este acuerdo se define el uso de la palabra "médico" para incluir no solo a mi medico sino también a los asociados autorizados de mi médico, asistentes técnicos, enfermeras, personal, y cualquier otra persona de atención a la salud que sea necesario o aconsejable para tratar mi estado de salud.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y/O TERAPIA CON MEDICAMENTOS: Yo voluntariamente le solicito a mi médico (nombre al final de este acuerdo) que me de tratamiento para mi estado de salud el cual se me ha explicado como dolor crónico. Por medio del presente acuerdo autorizo y doy mi consentimiento voluntario para administrar o recetar medicamento(s) peligrosos y/o controlados como un elemento en el tratamiento de mi dolor crónico.

Se me ha explicado que estos medicamentos incluyen drogas opioides/narcóticos, que pueden ser dañinos si se toman sin supervisión médica. También entiendo que estos medicamentos pueden llevarme a dependencia física y/o adicción y pueden, como con cualquier otro medicamento que se emplea en la práctica de medicina, producir efectos o resultados secundarios adversos. Se me han explicado los métodos alternos para tratamiento como se enumeran a continuación, los posibles riesgos involucrados y la posibilidad de que haya complicaciones. Entiendo que este listado no está completo y que solo describe los efectos secundarios o reacciones más comunes, y que también existe la posibilidad de una fatalidad por ingerir estos medicamentos.

**EL MEDICAMENTO O MEDICAMENTOS ESPECIFICOS QUE MI MEDICO PLANEA PRESCRIBIR SERA DESCRITO Y DOCUMENTADO EN UN DOCUMENTO SEPARADO DE ESTE ACUREDO. ESTE INCLUYE EL USO DE MEDICAMENTOS PARA DIFERENTES PROPOSITOS, LOS CUALES HAN SIDO APROBADOS POR LA COMPANIA DE DROGAS Y EL GOBIERNO (ESTAS PRECRIPTIONES ALGUNAS VECES REFERIDAS COMO "FUERA DE ETIQUETA") .MI MEDICO ME EXPLICARA SU PLAN O SUS PLANES DE TRATAMIENTO Y ESTO SERA DOCUMENTADO EN MI HISTORIA MEDICA.**

SE ME HA INFORMADO Y entiendo que se me harán pruebas y exámenes médicos antes y durante el tratamiento. Esas pruebas incluyen revisiones sin aviso, no anunciadas, para evaluaciones médicas y psicológicas si y cuando se consideren necesarias, y por medio del presente acuerdo doy mi autorización para que se lleven a cabo dichas pruebas y si me rehúso el tratamiento se puede dar por terminado. La presencia de sustancias no autorizadas puede tener como resultado que se me dé de alta como su paciente.

Solo para paciente mujeres:

- Por lo que yo sé **NO estoy embarazada**
- Si no estoy embarazada, usaré anticonceptivos durante mi tratamiento. Acepto que es **MI responsabilidad** informarle inmediatamente a mi médico si me embarazo.
- **Si estoy embarazada o no estoy segura, LE AVISARE INMEDIATAMENTE A MI MÉDICO.**

Se me han explicado y entiendo completamente todos los posibles efectos de los medicamentos antes mencionados, y que, en la actualidad no se han llevado a cabo suficientes estudios sobre el uso de largo plazo de muchos de los medicamentos p.ej., opioides/narcóticos para asegurar que mis niños(as) aun no nacidos(as) estarán seguros. Con pleno conocimiento de esto, doy mi consentimiento para emplear este medicamento y libero de responsabilidad a mi médico por lesiones al embrión/feto/bebé.

ENTIENDO QUE LA MAYORÍA DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS MÁS COMUNES QUE ME PUDIERAN OCURRIR EN EL EMPLEO DE LOS MEDICAMENTOS PARA MI TRATAMIENTO INCLUYEN PERO NO ESTAN LIMITADOS A LO SIGUIENTE: estreñimiento, nausea, vómito, somnolencia excesiva, comezón, retención urinaria (no poder orinar), hipotensión ortostática (baja presión sanguínea), arritmia ( latido irregular del corazón), insomnio, depresión, incapacidad para razonar y falta de criterio, depresión respiratoria (respiración lenta o falta de respiración), impotencia, tolerancia al medicamento(s), dependencia física y emocional o hasta adicción y muerte. Entiendo que puede ser peligroso que conduzca un automóvil o que maneje maquinaria mientras empleo estos medicamentos y puedo estar incapacitado(a) para todas las actividades, incluyendo el trabajo.

Se me han explicado los métodos alternos para el tratamiento, los posibles riesgos involucrados y la posibilidad de complicaciones, y aun así deseo recibir el medicamento(s) para el tratamiento de mi dolor crónico.



# PRECISION

ORTHOPEDICS & SPORTS MEDICINE

El objetivo de este tratamiento es ayudarme a obtener control de mi dolor crónico para poder vivir una vida más productiva y activa. Entiendo que puedo tener una enfermedad crónica y que existe una probabilidad limitada de que me cure completamente, pero el objetivo de tomar el medicamento(s) con regularidad es reducir (pero probablemente no eliminar) mi dolor para que pueda disfrutar una mejor calidad de vida. Entiendo que el tratamiento requerirá que algunas personas empleen este medicamento(s) por períodos prolongados o continuos, pero un tratamiento apropiado también puede significar que eventualmente puedo dejar de emplear todos los medicamentos. El plan de tratamiento va a estar diseñado específicamente para mí. Entiendo que me puedo retirar de este plan de tratamiento y discontinuar el uso del medicamento(s) en cualquier momento y que le notificaré a mi médico si discontinúo el uso. También entiendo que de ser necesario tendré supervisión médica cuando discontinúe el empleo del medicamento.

Se me ha informado que la terapia con este medicamento que me recete mi médico puede involucrar el empleo de un medicamento el cual el fabricante no le ha solicitado a la Administración Federal de Alimentos y Drogas que revise para su seguridad y efectividad para mi estado de salud. La literatura médica actual demuestra que el uso "fuera de la etiqueta" puede ser benéfico para algunos pacientes y entiendo que las dosis que se recomiendan para tratar el dolor crónico algunas veces se exceden para balancear el beneficio y riesgo para el paciente.

Entiendo que no se ha hecho ninguna garantía con respecto a los resultados de la terapia con medicamento o cura de cualquier estado médico. El uso prolongado de medicamentos para tratar dolor crónico es controversial debido a la incertidumbre con respecto al beneficio a largo plazo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de mi estado médico y tratamiento, riesgos de no tratamiento y la terapia con medicamento, tratamiento médico o procedimiento(s) de diagnóstico que se empleara para tratar mi estado y los riesgos y peligros de dicha terapia con medicamento, tratamiento y procedimiento(s) y creo que cuento con suficiente información para dar mi consentimiento.

## ACUERDO PARA TRATAMIENTO DEL DOLOR:

### ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:

Que este acuerdo para tratamiento del dolor se relaciona a mi uso de cualquiera y todo medicamento(s) (p.ej., opioides, también se les llama "narcóticos, analgésicos", y otros medicamentos que se receten, etc.) para dolor crónico recetados por mi médico. Entiendo que existen leyes federales y estatales, reglamentos y políticas con respecto al uso y recetar estas sustancias controladas. **Por lo tanto, el medicamento(s) solo se recetará si cumplo con las reglas que se especifican en este Acuerdo.**

**Mi médico puede discontinuar el medicamento(s) en cualquier momento. El no cumplir con cualquiera de las pautas y/o condiciones puede ser causa para que se discontinúe el medicamento(s) y/o se me dé de alta en la atención médica y el tratamiento. Cualquier comportamiento criminal es causa para ser dado(a) de alta inmediatamente:**

- Mi avance se revisará periódicamente y, si el medicamento(s) no mejora mi calidad de vida, **se puede discontinuar el medicamento(s).**
- Yo le **daré a conocer** a mi médico **todos los medicamentos** que tomo en cualquier momento, que me haya recetado cualquier médico.
- Tomaré el medicamento(s) **exactamente como me lo indique mi médico.**
- Estoy de acuerdo en **no** compartir, vender o de lo contrario permitir a otras personas, incluyendo a mi familia y amistades, tener acceso a estos medicamentos.
- **No permitiré o ayudaré a que se haga mal uso/desviación de mi medicamento, ni lo daré o venderé** a ninguna otra persona.
- Todo medicamento(s) se debe obtener en **la misma farmacia.** Si surge la necesidad de cambiar de farmacia, se le debe informar a mi médico. Solo usaré una farmacia y le proporcionaré a mi farmacólogo una copia de este acuerdo. Si es necesario, autorizo a mi médico que le proporcione a mi farmacólogo mi historial médico.
- Entiendo que se surtirá mi medicamento(s) con regularidad. Entiendo que mi receta(s) y mi medicamento(s) son como dinero. **Si se pierden o me los/las roban NO SE PUEDEN REEMPLAZAR.**
- Las recetas **no serán surtidas antes de la fecha programada.** Sin embargo, se permite que se surtan las recetas antes del tiempo programado cuando vaya a viajar y puedo hacer arreglos por adelantado antes de la fecha de partida. De lo contrario, no espero recibir medicamento(s) adicional antes de que me toque surtir mi siguiente receta, aunque se me termine el medicamento(s).
- Recibiré medicamento **solo de UN médico** a no ser que sea una emergencia o el medicamento que me está recetando otro médico sea autorizado por mi médico. Información sobre el hecho de que estoy recibiendo medicamento(s) recetado por otros médicos que no ha sido autorizado por mi médico puede ser causa de que se discontinúe el medicamento(s) y tratamiento.
- Si le parece a mi médico que no hay beneficios en mi función diaria o en la calidad de vida como resultado del medicamento(s) que estoy tomando, entonces **mi médico puede probar un medicamento(s) alternativo o me puede reducir lentamente todos los medicamentos.** No responsabilizaré a mi médico por problemas causados por discontinuar el medicamento(s).
- **Estoy de acuerdo en hacerme pruebas de orina y/o sangre** en cualquier momento y sin previo aviso, para detectar el uso de medicamentos no recetados y recetados. Si la prueba resulta positiva para sustancias ilegales, el tratamiento para dolor crónico se puede dar por terminado. También, si es necesario se consultará a, o se referirá a, un experto para someterse a una evaluación psiquiátrica o psicológica por un médico calificado tal como un especialista en el tratamiento de adicciones o un médico que se especialice en la desintoxicación y rehabilitación y/o terapia/psicoterapia de comportamiento cognitivo



# PRECISION

ORTHOPEDICS & SPORTS MEDICINE

- Reconozco que mi dolor crónico representa un problema complejo el cual puede mejorar con terapia física, psicoterapia, atención médica alterna, etc. También reconozco **que mi participación activa** en el tratamiento del dolor es extremadamente importante. Estoy de acuerdo en **participar activamente en todos los aspectos del programa de tratamiento del dolor** que recomienda mi médico para lograr aumentar mis funciones y mejorar mi calidad de vida.
- Estoy de acuerdo en **informar a cualquier médico** que me pueda atender por cualquier otro problema(s) médico que estoy participando en el programa de tratamiento del dolor, ya que el empleo de otros medicamentos me puede causar daño.
- Por medio del presente acuerdo **autorizo a** mi médico que discuta todos los detalles del diagnóstico y tratamiento con mi otro médico(s) y farmacólogo(s) con respecto a mi empleo de medicamentos recetados por mi otro médico(s).
- Tengo que tomar el medicamento(s) conforme a las indicaciones de mi médico. **Cualquier aumento en la dosis del medicamento(s) que no esté autorizado** se puede considerar como causa para discontinuar el tratamiento.
- Debo asistir a **todas las citas** como lo recomienda mi médico si no se puede discontinuar mi tratamiento.

Certifico y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- 1) **No estoy usando actualmente drogas ilegales ni estoy abusando de medicamento(s) recetados** y no estoy en tratamiento por dependencia (adicción) o abuso de sustancias. He leído y echo este acuerdo en completo uso de mis facultades y no bajo la influencia de cualquier sustancia que pueda incapacitar mi juicio.
- 2) **Nunca me he visto(a) involucrado(a)** en la venta, posesión ilegal, mal uso/desviación o transporte de sustancia(s) controladas (narcóticos, pastillas para dormir, pastillas para los nervios o analgésicos) o sustancias ilegales (marihuana, cocaína, heroína, etc.).
- 3) **No se ha hecho ninguna garantía ni se me han asegurado** los resultados que se pueden obtener del tratamiento de dolor crónico. Con completo conocimiento de los posibles beneficios y posibles riesgos involucrados, doy mi consentimiento para el tratamiento de dolor crónico, ya que me doy cuenta que me proporcionará una oportunidad para llevar una vida más productiva y activa.
- 4) He revisado los efectos secundarios del medicamento(s) que se puede emplear en el tratamiento de mi dolor crónico. **Entiendo completamente las explicaciones con respecto a los beneficios y riesgos de este medicamento(s) y estoy de acuerdo en usar este medicamento(s) en el tratamiento de mi dolor crónico.**

---

Firma de el/la Paciente

---

Firma de el/la Médico(a) (o Asistente Debidamente Autorizado(a))

---

Nombre e información de contacto para la farmacia