



Información Del Paciente	Apellido:		Nombre: Inicial.:		
	Dirección:		Dirección (si es diferente de su dirección primaria):		
	Ciudad/Estado/Código Postal:		Ciudad/Estado/Código Postal:		
	Teléfono de Casa:		Teléfono Celular:		Teléfono del Trabajo:
	¿Quién es su doctor primario?				
	¿Cómo se enteró de los servicios ofrecidos? <input type="checkbox"/> Amistad <input type="checkbox"/> Cartelera <input type="checkbox"/> Google/Internet <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Revista <input type="checkbox"/> Volantes				
	<input type="checkbox"/> Doctor: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____				
	Que doctor lo/la refirió?		Fecha de Nacimiento:		Genero:
	Numero de Seguro Social:		Contacto de Emergencia:		
	Número Telefónico del Contacto de Emergencia:			Relación:	
Información del Seguro	Seguro Médico Primario		Seguro Médico Secundario		
	Nombre de la Compañía de Seguros:		Nombre de la Compañía de Seguros:		
	Nombre del Asegurado:		Nombre del Asegurado:		
	Fecha de Nacimiento del Asegurado:		Fecha de Nacimiento del Asegurado:		
	Numero Seguro Social del Asegurado:		Numero Seguro Social del Asegurado:		
	Parentesco con el Asegurado:		Parentesco con el Asegurado:		
Información Adicional	Correo Electrónico:				
	Raza				
	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Rehuso Revelar <input type="checkbox"/> Otra: _____				
	Ethnicidad				
	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Rehuso Revelar <input type="checkbox"/> Otra: _____				
	Idioma Preferido				
	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____				
	¿Prefiere recordatorios de citas por mensaje de texto o de voz? <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Voz				
	¿Cuál es su número de teléfono preferido para recibir recordatorios? <input type="checkbox"/> Telefono Celular <input type="checkbox"/> Telefono de Casa				
	Farmacia Preferida y Ubicación:				
Firma del Paciente	En un esfuerzo por hacer que la comunicación sea fluida y permitir el acceso a su archivo médico, EPPC y sus afiliados utilizarán, pero no compartirán, su correo electrónico para que la correspondencia incluya, pero no limite su uso a los siguientes: recordatorios de citas, recetas, acceso a registros médicos y boletín de noticias. Al firmar nuestro acuerdo de tratamiento, usted autoriza el uso de su correo electrónico para tales fines.				
	Firma: _____ Fecha: _____				

Nombre:
Fecha de Nacimiento:
Fecha de Cita:

FINANCIAL RESPONSIBILITY

Cobramos lo que es usual y adecuado para nuestra área de práctica.

1. De acuerdo a la política de nuestra oficina debe pagarse por completo el pago privado o co-pago/co-seguro y/o deducible para consultas, laboratorios, análisis toxicológicos y/o todos los servicios dados dentro El Paso Pain Center al tiempo del servicio. Además, saldos de cuentas se deben por completo al tiempo de servicio al menos que se hayan hecho arreglos de pago anteriormente.

Inicial _____

2. Si sé que no podré asistir a mi cita yo le notificaré a El Paso Pain Center lo mas pronto posible. **Tengo entendido que cancelaciones deben ser al menos 24 horas antes de la cita programada o se cobrar \$25. Esta tarifa no se cobra a su aseguranza (compañía de seguro).**

Inicial _____

3. Por favor comprenda que solo se mandara cobrar a las compañías de seguro medico con las cuales tenemos un contrato. Además, es su responsabilidad dar seguimiento al reclamo con su compañía de seguro médico, debe asegurarse que se pague dentro de 60 dias a partir de la fecha de servicio. Tenemos que recalcar que como proveedores del cuidado de la salud nuestra relación es con usted, nuestro paciente, y NO con su compañía de seguro médico. Usted es responsable de saber cuales son sus beneficios, incluyendo los servicios que cubre la aseguranza y cuáles no, como accesar a sus beneficios, incluyendo la adquisición de referencias, etc. Si tiene alguna duda por favor contacte a su proveedor de seguro médico. Esta oficina no asume responsabilidad por su falta de conocimiento de los beneficios de su seguro médico. **Usted es responsable de cualquier cargo restante no pagado según sea determinado por la compañía de seguro independientemente de la causa.**

Inicial _____

Este acuerdo es necesario con el fin de aceptar su seguro médico sin tener que cobrarle por adelantado. Una cuenta vencida de 90 dias o más y/o planes de pago que no se mantienen al corriente pueden estar sujetos a cobros y cargos asociados. Al firmar el acuerdo en la parte de abajo, usted afirma que los beneficios de su aseguradora sean pagados directamente a El Paso Pain Center y sus afiliados (conocidos colectivamente en lo sucesivo como EPPC). También autoriza a EPPC emitir cualquier información que puede ser necesaria para el proceso de todas las reclamaciones; certificación/manejo de casos/mejora de la calidad; y otros propósitos relacionados con los beneficios de su plan de salud. Por otra parte es su responsabilidad asegurarse de que las referencias o autorización necesaria sean obtenidas en cada visita. **Finalmente se requiere notificación de cambio de seguro médico por lo menos una semana antes de su próxima cita programada para evitar retrasos en su cita y/o gastos de auto pago.**

Al firmar a continuación, indica que comprende y acepta todo lo anterior.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Nombre:
Fecha de Nacimiento:
Fecha de Cita:

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR REGISTROS MÉDICOS

Autorizo al custodio de registros médicos a liberar lo siguiente:

- Mis registros médicos, incluyendo pero no limitado a; notas de visita al consultorio, todos los informes de radiología y todo los informes de laboratorio.

Anote registros adicionales o restricciones en los registros que se mandarían:

Por favor envíe por fax o correo los registros indicados:

Fax:
(915) 633-6598

EPMed, PA
Medical Records Department
3215 Gateway Blvd West
El Paso, TX 79903

Esta información puede ser usada/revelada con el proposito de mi atencion de la salud.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre:
Fecha de Nacimiento:
Fecha de Cita:

RECONOCIMIENTO DE HIPAA Y RESTRICCIONES SOLICITADAS

Firmando abajo, reconozco que he leído y he entendido el aviso de las practicas privadas de El Paso Pain Center. A petición mia, me pueden proporcionar una copia de mis registros médicos.

Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica como se establece en este documento, excepto como se indique en lo siguiente. Por lo presente, solicito las siguientes restricciones sobre el uso y/o la divulgación de mi información:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE HIPAA PARA AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD

- No autorizo el uso y/o divulgación de mi información de salud protegida.
- Autorizo a El Paso Pain Center a usar y/o divulgar la información de salud protegida seleccionada a las siguientes personas:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Solo Recoger Recetas	Información Protegida de Salud *
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Toda la información es definida como lo siguiente: registros médicos, información de salud, datos de facturación, citas, recoger recetas.

Esta autorización es valida para lo siguiente:

- Todas las citas pasadas, presentes y futuras.
- Solo de _____ a _____
Fecha Fecha

Entiendo que tengo el derecho de anular esta autorización, por escrito en cualquier momento.

Firma del Paciente _____ Fecha: _____

Nombre:
Fecha de Nacimiento:
Fecha de Cita:

CONSENTIMIENTO PARA EXÁMENES DE LABORATORIO Y USO DE LOS RESULTADOS

En consideración de los servicios prestados, transferiré y asignaré los beneficios del seguro médico a El Paso Pain Center y sus afiliados (conocidos colectivamente en lo sucesivo como EPPC) y autorizaré a EPPC a presentar reclamos en mi nombre directamente a mi proveedor/plan de seguro médico. Estoy consciente que EPPC puede enviar muestras de laboratorio a un laboratorio de referencia con licencia para realizar las pruebas. Autorizo a EPPC a que entregue a mi compañía de seguros o/a cualquier plan de salud del que soy miembro cualquier información médica necesaria para el procesamiento de reclamos. Entiendo que EPPC puede ser un proveedor fuera de la red y mi practicante puede tener un interés de propiedad en este laboratorio, y como tal, puede recibir un retorno de la inversión de este interés. Entiendo que tengo la opción de obtener servicios de laboratorio en otra instalación y que a mi solicitud se me proporcionará una lista de instalaciones de laboratorio alternativas. Entiendo que, si la compañía de seguros me paga directamente por servicios prestados por EPPC soy responsable de enviar el pago a EPPC. Estoy de acuerdo en que este Consentimiento para los Exámenes de Laboratorio y Uso de Resultados cubrirá todos los servicios médicos prestados por EPPC hasta que dicha autorización sea revocada por escrito por mí.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

DIFUSIÓN DEL MÉDICO

La ley de Texas requiere que un Medico revele/informe al paciente de los arreglos permitidos por la ley aplicable de Texas donde dicho médico acepta una remuneración para asegurar o solicitar un paciente o patrocinio para una persona autorizada, certificada o registrada por una agencia reguladora de atención médica de Texas. El propósito de esta difusión es para notificarle a usted, el paciente, que el o los medico(s) que le atienden pueda recibir remuneración por referirlo a usted a ciertos laboratorios de diagnóstico, farmacias, y/u otros proveedores de salud auxiliares, para ciertos servicios de pruebas de toxicología y farmacogenética, productos farmacéuticos compuestos, servicios de imagen diagnóstica y otros servicios de salud auxiliares, incluyendo pero no limitado a Gateway Surgical Center, El Paso Pain Center Pharmacy y El Paso Pain Center Laboratories.

En consecuencia, reconozco que el o los medico(s) que me atienden han difundido al inicio del contacto inicial y al momento de la referencia (i) su afiliación si es que existe con el laboratorio de diagnóstico, farmacia u otro proveedor de salud auxiliar para el cual yo, el paciente estoy siendo referido y (ii) que él/ella recibirá directa o indirectamente, remuneración por la referencia de dicho laboratorio de diagnóstico, farmacia u otro proveedor de salud auxiliar. Entiendo que yo, el paciente tengo el derecho de escoger los proveedores de servicio del cuidado de mi salud y/o productos, por lo tanto tengo la opción de recibir servicios de salud auxiliares de cualquier proveedor de salud auxiliar y/o instalaciones que yo escoja.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre:
Fecha de Nacimiento:
Fecha de Cita:

SOAPP® VERSION 1.0-14Q

Las siguientes preguntas son algunas de las que se dan a todos los pacientes en el Centro de Control del Dolor quienes están en consideración para tratar su dolor con opioides. Por favor conteste cada pregunta lo más honestamente posible. Esta información es para nuestros archivos y se mantendrá confidencial. Sus respuestas por si solas no determinarán su tratamiento.

Por favor conteste las siguientes preguntas usando la siguiente escala:

0 = Nunca 1 = Casi Nunca 2 = A Veces 3 = Casi Siempre 4 = Siempre

1. ¿Con que frecuencia usted tiene cambios de humor o estado de ánimo? □	0	1	2	3	4
2. ¿Con que frecuencia fuma un cigarro dentro de la primera hora después de levantarse?	0	1	2	3	4
3. ¿Con que frecuencia alguno de sus familiares, incluyendo padres y abuelos, ha tenido algún problema de alcohol o drogas?	0	1	2	3	4
4. ¿Con que frecuencia alguno de sus amigos cercanos ha tenido algún problema de alcohol o drogas?	0	1	2	3	4
5. ¿Con que frecuencia le han comentado otras personas que usted tiene un problema de drogas o alcohol?	0	1	2	3	4
6. ¿Con que frecuencia ha acudido a alguna junta a AA o NA? □	0	1	2	3	4
7. ¿Con que frecuencia ha tomado un medicamento de manera diferente a la que se le ha recetado?	0	1	2	3	4
8. ¿Ha recibido tratamiento para problemas de alcohol o drogas?	0	1	2	3	4
9. ¿Con que frecuencia ha perdido su medicamento o ha sido robado? □	0	1	2	3	4
10. ¿Con que frecuencia otras personas le han expresado preocupación sobre el uso de su medicamento?	0	1	2	3	4
11. ¿Con que frecuencia ha sentido ansiedad por ingerir medicamentos?	0	1	2	3	4
12. ¿Con que frecuencia se le ha solicitado un análisis de orina por abuso de sustancias?	0	1	2	3	4
13. ¿Con que frecuencia ha usado drogas ilegales (por ejemplo, marihuana, cocaína, etc.) en los últimos cinco años?	0	1	2	3	4
14. ¿Con que frecuencia, en su vida, ha tenido problemas legales o ha sido arrestado?	0	1	2	3	4

©2008 Inflexxion, Inc. Permission granted solely for use in published format by individual practitioners in clinical practice. No other uses or alterations are authorized or permitted by copyright holder. Permissions questions: PainEDU@inflexxion.com. The SOAPP® was developed with a grant from the National Institutes of Health and an educational grant from Endo Pharmaceuticals.

Nombre:
Fecha de Nacimiento:
Fecha de Cita:

EDUCACIÓN DEL PACIENTE: PREVENCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

MENSAJE IMPORTANTE PARA EL PACIENTE Y/O SERES QUERIDOS DEL PACIENTE

Si usted o un ser querido nota las señales de advertencia que figuran a continuación, busque ayuda de inmediato y/o llame a una de las líneas telefónicas directas de suicidio mencionadas abajo. Tenga en cuenta que si tiene acceso a armas de fuego o sabe que su ser querido tiene acceso a armas de fuego, es importante guardar de forma segura y fuera del alcance AHORA.

Dos (2) números de teléfono están disponibles hoy para usted. Un número es una línea gratis para Suicide Prevention Hotline que está disponible las 24 horas los 7 días de la semana.

- **Línea de Vida para la Prevención del Suicidio: 1-800-273-TALK (8255).** Esta línea nacional para casos de crisis es gratuita la cual está disponible en inglés y español para las personas que llamen
- **Línea de crisis de El Paso: 915-593-7300**

Por favor, escriba sus iniciales en las siguientes afirmaciones:

_____ Entiendo que conducir puede ser peligroso si no estoy totalmente alerta y orientado y no voy a conducir si me siento alterado.

_____ Entiendo que la administración de mis medicamentos puede ser difícil si estoy distraído, enojado o confundido y voy a pedir ayuda con el manejo de mis medicamentos si es necesario.

_____ Entiendo que es importante que no estoy solo y voy a llamar a uno de los números previamente listados si me siento solo, inseguro, o si necesito alguien con quien hablar.

_____ Entiendo que no debo consumir drogas, alcohol o medicamentos que no están actualmente prescritos para mí o tomarlos de manera diferente a la que el médico me los ha prescrito.

Riesgos de suicidio y las señales de advertencia – Por favor, llame para pedir ayuda INMEDIATAMENTE si usted experimenta cualquiera de los siguientes síntomas de advertencia:

- * Si busca el acceso a armas de fuego, pastillas u otros elementos o sustancias potencialmente nocivas.
- * Si habla o escribe sobre la muerte o el suicidio.
- * Si tiene sentimientos de desesperanza.
- * Si actúa con imprudencia temeraria.
- * Si se siente atrapado como si no hubiera manera de salir.
- * Si ha aumentado el uso de alcohol o drogas.
- * Si siente el alejamiento de la familia y amigos.
- * Si se siente ansioso, agitado, sin poder dormir o dormir todo el tiempo.
- * Si siente cambios dramáticos de humor.
- * Si no encuentra razón para vivir o no le encuentra sentido a la vida.
- * Si se encuentra regalando pertenencias a los demás que son de valor personal.
- * Si se corta usted mismo o muestra otras acciones auto destructivas o se está haciendo daño personalmente.

Yo he recibido información sobre la prevención del riesgo de suicidio y entiendo su contenido mis deberes en relación a la información proporcionada. Mis preguntas han sido contestadas a mi entera satisfacción.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____



EL PASO PAIN CENTER
Comprehensive Health & Wellness

Nombre:
Fecha de Nacimiento:
Fecha de Cita:

ACUERDO SOBRE LA LEGISLACION VIGENTE Y FORO

El paciente o el representante del paciente y el proveedor de atención médica, incluidos los empleados y los agentes del proveedor de atención médica, prestando o proporciona atención médica, cuidado de salud o seguridad o profesionales o servicios administrativos directamente relacionados con la atención médica a pacientes acuerdan: (1) que toda la atención medica prestada se registrará exclusivamente y únicamente por la ley de Texas y en ningún caso la ley de ningún otro estado se aplicara a la atención medica que se brinda al paciente; y (2) en el caso de una disputa, cualquier demanda, acción o cause relacionada de alguna manera con la atención médica proporcionada al paciente solo se llevara a un tribunal de Texas en el condado/distrito donde se brindó o presto la totalidad o sustancialmente toda la atención y en ningún caso se prestara ninguna demanda, acción o cause de acción en ningún otro estado. La elección de la ley y las disposiciones de selección de foro de este párrafo son obligatorias y no son permisivas.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____