

# Nuevo Paciente Forma

1. Su papeleo de admisión completado ayuda a nuestros Proveedores a conocer su historial médico. Confiamos en su exactitud y que complete los formularios para proporcionarle el mejor cuidado posible. Si tiene alguna pregunta o no está seguro de cómo completar una sección de este formulario, pregunte en nuestra recepción o llame al (702) 476-9700

Nombre de pila \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ el sexo  
 Femenino  Masculino  
 N/A

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt./Unit #: \_\_\_\_\_ Ciudad:: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Preferido: \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: \_\_\_\_\_ Método de Contacto Preferido:  
 Teléfono móvil  Teléfono de casa  
 Teléfono del trabajo  
 Correo electrónico

Correo electrónico: \_\_\_\_\_  Al marcar esta casilla y proporcionar su número de teléfono móvil y correo electrónico, acepta recibir notificaciones por SMS y correos electrónicos del Centro de Bienestar y Atención del Dolor de Las Vegas. La frecuencia de los mensajes varía según el usuario. Responda STOP para cancelar. Es posible que se apliquen tarifas de mensajes y datos.

Número de licencia de conducir/estado: \_\_\_\_\_ Número de seguro social #: \_\_\_\_\_ Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Race:  
 Indio americano o de Alaska  Asiático o isleño del Pacífico  Negro  Blanco  Negarse a informar

Etnicidad  
 Hispano  No hispano  Negarse a informar

Referencia: ¿Fue usted remitido a nuestra clínica por otro médico? Si es así, ¿a quién?

¿Cómo te enteraste de nosotros?  
 TELEVISOR  Revista  PCP  Familia  Amigo  Internet  YouTube  Facebook  Gorjeo  Mensaje de teléfono  
 www.cwpcvlv.com  Otro

Estatus social  
 Casado  Soltero  Divorciado  Viudo  Otro

2. Sube una foto clara del anverso y reverso de tu identificación.

### 3. Farmacia y Seguros

Nombre de la farmacia \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la farmacia \_\_\_\_\_

Dirección de farmacia \_\_\_\_\_

¿Tiene una tarjeta de medicamentos recetados?  
 Si  No

Número de miembro de la tarjeta de medicamentos RX

RX BIN #:

RX Card Group #:

Pagador primario del seguro (por ejemplo, BC/BS):

Identificación de miembro#

Plan:

Titular de la póliza de seguro

Nombre del titular de la póliza

Género del titular de la póliza

Fecha de nacimiento:

Número de seguro social

ID/Número de póliza:

Número de grupo #:

Pagador del seguro secundario (si corresponde):

Identificación de miembro #:

Plan:

Titular de la póliza de seguro

Nombre del titular de la póliza

Género del titular de la póliza

Fecha de nacimiento:

Número de seguro social:

ID/Número de póliza #:

Número de grupo #:

Información sobre reclamos de compensación laboral: nombre de la empresa:

Estado de la consulta:

Nombre de la agente:

Número de teléfono #:

Número de fax #:

Numero de reclamo #:

Fecha de la lesión inicial:

Reclamación por lesiones: ¿Su dolor es el resultado de una lesión personal?

Si  No

Bufete de abogados:

Nombre del abogado:

#### 4. Cargue una fotografía clara del anverso y reverso de su tarjeta de seguro.

#### 5. Referencias o registros médicos

Certifico que la información anterior es exacta, completa y verdadera. Doy mi consentimiento para que CWPC recupere y revise mi historial de medicamentos. Entiendo que esto pasará a formar parte de mi expediente médico.

Signature

Date

## Financial Policy

You are financially responsible for the medical services you receive. Please review our policies below and sign at the end to indicate your agreement to these terms.

### Appointments:

1. Co-payments. Copayments for clinic visits are due at the time of service. If you are unable to make your copayment at the time of service, The Center for Wellness and Pain Care of Las Vegas, Inc. reserves the right to reschedule your appointment until a time that you are able to make your copayments. Payment for any outstanding balance is due at your appointment.
2. Procedure Prepayment. The Center for Wellness and Pain Care of Las Vegas, Inc. collects your payment for a procedure at the time when the procedure is scheduled. Your prepayment is based on an estimate of your expected financial responsibility. This is an estimate only. You are responsible for any unpaid balance after your insurance (if applicable) has been billed. In the event of overpayment, you may request a refund according to our refund policy below. We reserve the right to reschedule your procedure until prepayments has been made.
3. Missed Appointments and Late Arrivals. If you are more than 12 minutes late, we may reschedule your appointment. If you are more than 60 minutes late, or if you do not show up for your appointment, you will be responsible for a missed appointment fee. Missed office visit appointments are subject to a \$50 charge. Missed procedure, is subject to a \$100 charge. These charges are your responsibility and will not be billed to any insurance carrier.

### Insurance Payments:

1. Financial Responsibility. Your insurance policy is a contract between you and your insurance carrier. You are ultimately responsible for payment in full for all medical services provided to you. Any charge not paid by your insurer will be your responsibility, except as limited by our contract (if any) with your insurance carrier.
2. Coverage Changes and Timely Submission. It is your responsibility to inform us in a timely manner of any changes to your billing or insurance information. There is a time lime within which The Center for Wellness and Pain Care of Las Vegas, Inc. must submit a claim on your behalf to your insurer. If the Center for Wellness and Pain Care of Las Vegas, Inc. is unable to submit your claim within this period because we have not been supplied with your correct insurance information, you will be responsible for the charges.
3. Self-Pay. If you do not have health insurance, or if your health insurance will not pay for services rendered by The Center for Wellness and Pain Care of Las Vegas, Inc., you are considered a self-pay patient. Your charges will be based on our current self-pay fee schedule (available from our front desks). Self-pay patients are expected to make payment in full at the time of service.

### Benefits and Authorization

1. Insurance Plan Participation. We participate in many but not all insurance plans. It is your responsibility to contact your insurance company to verify that your assigned physician participates in your plan. Out of network charges may have higher deductibles and copayments.
2. Referrals. Referral and prior authorization requirements vary widely among insurance carriers and plans. If your insurance carrier requires a referral for you to be seen by The Center for Wellness and Pain Care of Las Vegas, Inc., it is your responsibility to be aware of this fact, and to obtain this referral.
3. Prior Authorization and Non-Covered Services. The Center for Wellness and Pain Care of Las Vegas, Inc. may provide services that insurance plans exclude or require prior authorization. If insured, it is ultimately your responsibility to ensure that services provided to you are covered benefits and authorized by your insurer. The Center for Wellness and Pain Care of Las Vegas, Inc., as a courtesy to our patients, makes a good faith effort to determine if services we order are covered by your insurance plan, and if so, whether or not prior authorization for treatment is required. If determine that a prior authorization is required, we will attempt to obtain such authorization on your behalf.
4. Out of Network Payments. If we are not part of your insurance carrier's network (out-of-network) and your insurance carrier pays you directly, you are solely responsible for payment and agree to forward the payment to The Center for Wellness and Pain Care of Las Vegas, Inc., immediately.

### Account Balances and Payments

1. Reassignment of Balances. If your insurance company does not pay within a reasonable time, we may transfer the balance to your sole responsibility. Please follow up with your insurance carrier to resolve non- payment issues. Balances are due within 30 days of receiving a statement.
2. Collection of Unpaid Accounts. If you have an outstanding balance over 120 days old and have failed to make payment arrangements (or become delinquent on an existing payment plan), we may turn your balance over to a collection agency and /or an attorney, which may result in reporting to credit bureaus and /or legal action. The Center for Wellness and Pain Care of Las Vegas, Inc. reserves the right to refuse treatment to patients with outstanding balances over 120 days old. You agree to pay The Center for Wellness and Pain Care of Las Vegas, Inc. for any expenses we incur to collect on your account, including reasonable attorneys' fees and collection cost.

3. Returned Checks. Returned checks will be subject to a \$100 returned check fee.
4. Refunds. Refunds for overpayment or prepayment on cancelled procedures are made only after there has been full insurance reimbursement for all medical services on your account. Please submit a written refund request and allow for four to six weeks or your request to be processed. Send request to The Center for Wellness and Pain Care of Las Vegas, Inc., Attn Tashi Campbell, 311 North Buffalo Dr. Suttie A, Las Vegas, NV 89145.
5. Statements. Charges shown by statement are agreed to be correct and reasonable unless protested in writing within thirty (30) days of the billing dates.

Form Completion:

A charge of 40\$ is due before the forms will be completed. (Disability, FMLA, Physician statements, etc.)

Workers Compensation/Auto Liability

1. Our office requires authorization prior to the initial visit. We will do our best to obtain the authorization prior to the visit. You are also required to provide us with Health Insurance coverage in case your workers' comp or auto denies the service. If you do not have health insurance, you may be asked to pay for the service advance. Any claims paid after we have received your payment will be refunded promptly.

Acuerdo y Asignación de Beneficios: He leído y entiendo la política financiera de The Center for Wellness and Pain Care of Las Vegas, Inc., y acepto cumplir con sus términos. Por la presente asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos y autorizo a mi(s) compañía(s) de seguros a emitir pagos directamente a The Center for Wellness and Pain Care of Las Vegas, Inc. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios que recibí de The Center for Wellness and Pain Care of Las Vegas, Inc. Esta política financiera es vinculante para usted y su patrimonio, albacea y/o administradores, si corresponde.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**6. Autorización del paciente para el uso y divulgación de información médica protegida: El Centro de Bienestar y Atención del Dolor toma en serio su privacidad. No divulgaremos sus registros médicos (Información de salud protegida) a ninguna parte sin su consentimiento firmado, excepto según lo estipulado en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Este formulario autoriza al Centro de Bienestar y Atención del Dolor a divulgar sus registros médicos a las partes indicadas. Al firmar a continuación, autorizo al Center for Wellness and Pain Care, sus agentes y empleados ("Proveedor"), a usar y/o divulgar toda mi información de salud protegida de cualquier tipo y descripción a la siguiente parte o partes ("Destinatarios")**

Nombre de la parte autorizada:

Relación:

\_\_\_\_\_  
Nombre de la parte autorizada:

\_\_\_\_\_  
Relación:

\_\_\_\_\_  
Nombre de la parte autorizada:

\_\_\_\_\_  
Relación:

Autorización para divulgar información de salud protegida, incluida información sobre VIH y SIDA: Entiendo que ni el Proveedor ni el Receptor pueden condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de beneficios a mi firma o no a esta Autorización. Además, entiendo que el Destinatario puede divulgar los Registros y que es posible que los Registros ya no estén protegidos por las Regulaciones Federales de Privacidad. Reconozco y acepto que la información de salud protegida autorizada para ser divulgada bajo esta Autorización puede incluir registros de abuso de drogas o alcohol o enfermedades psiquiátricas, y registros de pruebas, diagnóstico o tratamiento para el VIH, enfermedades relacionadas con el VIH e información relacionada con enfermedades transmisibles. Con respecto a cualquier información relacionada con enfermedades transmisibles protegida por las Reglas de Confidencialidad del Estado y divulgada bajo esta Autorización, el Destinatario tiene prohibido hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que yo permita expresamente una mayor divulgación de conformidad con una autorización escrita por separado o de otro modo esté permitido por las leyes aplicables. ley. Además, con respecto a cualquier información sobre el tratamiento del abuso de drogas y alcohol divulgada conforme a esta Autorización, esta información se ha divulgado a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42.C.F.R Parte 2). Las reglas federales prohíben al destinatario de esta información hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que yo permita expresamente una mayor divulgación de conformidad con una autorización escrita por separado o de otra manera esté permitido por 42.C.F.R. Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para esto.

Autorización del paciente para uso y Divulgación de información médica protegida Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente que abuse del alcohol o las drogas.

Derecho de rechazo Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad del Centro para el bienestar y la atención del dolor, que se muestra para inspección pública en sus instalaciones y en su sitio web. Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar mi información médica protegida y cómo puedo acceder a mis registros médicos. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y que no tengo que firmarla para recibir tratamiento en The Center for Wellness and Pain Care. Cuando mi información se utiliza o se divulga de conformidad con esta autorización, puede estar sujeta a divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la Ley Federal de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Tengo derecho a revocar esta autorización. Mi revocación por escrito debe enviarse al funcionario de privacidad cuya dirección se detalla a continuación: Oficial de Privacidad 6930s. Calle Cimarrón. habitación 260 Las Vegas, NV 89145 Teléfono: (702) 476-9700 Teléfono: (702)-476-9138

Esta Autorización permanecerá vigente hasta la fecha de vencimiento especificada a continuación o, si no se establece ninguna fecha a continuación, durante un año después de la fecha de esta firma, momento en el cual esta Autorización vencerá. Una fotocopia de esta Autorización se considerará efectiva y válida como el original. Fecha de vencimiento de la autorización (si corresponde):

---

---

Signature

---

Date

# Información clínica

## 7. Información Clínica

¿Dónde se encuentra el peor área de su dolor? Enumere un área.

---

¿Cuál es el motivo principal de su visita hoy?

---

¿El dolor se irradia? ¿Si sí donde?

---

Enumere áreas adicionales de dolor:

---

¿Cuándo aproximadamente comenzó este dolor?

¿Qué causó su episodio de dolor actual?

---

¿Cómo empezó tu episodio de dolor?

Gradualmente  De repente

Desde que empezó tu dolor, ¿cómo ha cambiado?

Disminuido  Aumentó  Se mantuvo igual

Peso:

Altura:

---

¿Fuma usted?

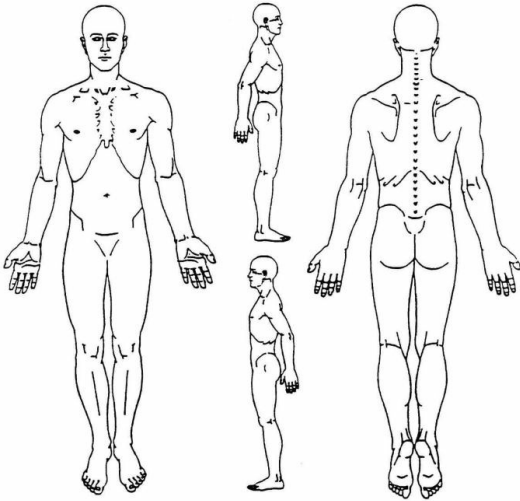
Si  No

¿Tu bebes?

Si  No

## 8. UTILICE ESTE DIAGRAMA PARA INDICAR LA UBICACIÓN Y EL TIPO DE SU DOLOR

**0** - Entumecimiento   **1** - punzadas   **2** - ardor   **3** - hormigueo   **4** - dolor



Mark the drawing with the following that best describe your symptoms.

---

**9. Descripción del dolor: marque todo lo siguiente que describa su dolor.**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aching                       | <input type="checkbox"/> Entumecimiento     | <input type="checkbox"/> espasmos          |
| <input type="checkbox"/> Palpitante                   | <input type="checkbox"/> Apuñalar / Afilado | <input type="checkbox"/> calambres         |
| <input type="checkbox"/> Como un shock                | <input type="checkbox"/> apretar            | <input type="checkbox"/> Caliente/Ardiendo |
| <input type="checkbox"/> Dull                         | <input type="checkbox"/> Cansado / agotador | <input type="checkbox"/> Shooting          |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo/alfileres y agujas |   |  |

**10. Frecuencia del dolor**

¿Qué palabra describe mejor la frecuencia de tu dolor?

Constante  Intermitente

¿Cuándo es peor el dolor?

mañanas  Durante el día  Tardes  Mitad de la noche

**11. En los últimos tres meses, ¿ha desarrollado alguna novedad?**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio | <input type="checkbox"/> Incontinencia de vejiga | <input type="checkbox"/> Incontinencia intestinal                |
| _____  | _____  | _____  |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos             | <input type="checkbox"/> Vómitos                 | <input type="checkbox"/> dificultad para caminar                 |
| _____  | _____  | _____  |
| <input type="checkbox"/> Fiebres                 | <input type="checkbox"/> Náuseas                 | <input type="checkbox"/> ¿Entumecimiento u hormigueo?<br>¿Dónde? |
| _____  | _____  | _____  |
| <input type="checkbox"/> ¿Debilidad? ¿Dónde?     |  |  |
| _____  |  |  |

**12. Pruebas de Diagnóstico, Imágenes y Tratamiento**

MRI de la _____	Fecha: _____	Instalación: _____
X-Ray de la _____	Fecha: _____	Instalación: _____
CT scan de la _____	Fecha: _____	Instalación: _____
Estudio EMG / VCV de la _____	Fecha: _____	Instalación: _____
Ultrasonido de la _____	Fecha: _____	Instalación: _____

Otras pruebas de diagnóstico: \_\_\_\_\_

No me han realizado ninguna prueba de diagnóstico para mis dolores actuales.

Marque cualquiera de los siguientes tratamientos para el dolor que haya recibido antes de la visita de hoy.

quiropráctica  Terapia física  Cirugía de columna  Inyecciones en puntos gatillo

En caso afirmativo a alguna de las preguntas anteriores,  
¿dónde?  
\_\_\_\_\_

Inyecciones epidurales de esteroides: marque todos los niveles que correspondan

Cervical  torácico  Lumbar

Bloqueos de ramas médicas o inyecciones facetarias: marque todos los niveles que correspondan

Cervical  torácico  Lumbar

Ablación por Radiofrecuencia: Marque todos los niveles que correspondan

Cervical  torácico  Lumbar

Estimulador de columna vertebral: marque uno:

Sólo prueba  Implante permanente

Otros tratamientos:

No he recibido ningún tratamiento previo para mis dolores actuales.

**13. Enumere los medicamentos recetados que toma:**

	Nombre	Dosis	¿Cuánto tiempo?
1			
2			
3			
4			

**14. Medicamentos cont.**

¿Está tomando algún medicamento anticoagulante recetado?

Si  No

En caso afirmativo, marque cuál:

Aggrenox  Coumadin  Effient  Eliquis  Lovenox  Plavix  Pletal  Pradaxa  Ticlid  Warfarin  Xarelto

Otro:

¿Quién le receta su medicamento anticoagulante? Nombre y número de teléfono:

**15. ¿Alguna alergia a medicamentos? En caso afirmativo, especifique a continuación.**

	Nombre de la droga	Tipo de reacción
1		
2		
3		

**16. Otras alergias o sensibilidades (alimentos, polen, animales, productos químicos, látex, yodo, cinta, mariscos, maní, etc.):**

---

---

---

---

**17. Historial quirúrgico pasado: indique cualquier procedimiento quirúrgico que haya realizado en el pasado, incluida la fecha, el tipo y cualquier detalle pertinente.**

Nunca me han hecho ningún procedimiento quirúrgico.

Extirpación de la vesícula biliar

Apendectomía

Disectomía (Niveles)

Laminectomía

Fusión espinal (Niveles)

Reemplazo de válvula cardíaca

Reparación de aneurisma cardíaco

Colocación de stent cardíaco



Articulación- Hombro

Articulación-Cadera

Articulación-Rodilla

Cirugía vascular

Cirugía de hemorroides

Reparación de hernia:

Tiroidectomía

Cesárea (femenina)

Histerectomía (femenina)

Amigdalectomía

Laparoscopia (femenina)

Ovario (femenino)

Por favor indique cualquier otra cirugía y fecha:

18. Marque todos los diagnósticos apropiados que correspondan únicamente a su madre y padre biológicos.

	Artritis	Cáncer	Diabetes	Dolores de cabeza	Cardiopatía	Colesterol alto	Problemas de riñon	Problemas hepáticos	Osteoporosis	Rheumatoid Arthritis	Seizurues	Stroke
Madre												
Padre												

19. Historial de salud - Sistema gastrointestinal/reproductivo

- Incontinencia intestinal
- Constipación
- síndrome premenstrual
- Preocupaciones postradas
- Reflujo ácido (ERGE)
- Endometriosis
- Menopausia
- Histerectomía
- Hemorragia gastrointestinal
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Preocupaciones de fertilidad

If "other", please specify

20. Historial de salud: cabeza/ojos/oídos/nariz/garganta

- Glaucoma
- hipotiroidismo
- dolores de cabeza
- Migrañas
- Lesión craneal
- Otro

If "other", please specify

21. Historial de salud - Cardiovascular/Hematológico

- Anemia/Bleeding Disorders
- High Cholesterol
- Marcapasos/Desfibrillador
- Otro
- Infarto de miocardio
- Prolapso de la válvula mitral
- Mala circulación
- Hipertensión
- Murmullo
- Ataque

If "other", please specify

## 22. Historial de salud - Circulatorio y respiratorio

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Bronquitis               | <input type="checkbox"/> Enfisema/EPOC       |
| <input type="checkbox"/> Neumonía              | <input type="checkbox"/> Tuberculosis             | <input type="checkbox"/> Fiebre del Valle    |
| <input type="checkbox"/> Mareo                 | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Desmayo             |
| <input type="checkbox"/> Pies o manos frías    | <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos        | <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados  |
| <input type="checkbox"/> coágulos de sangre    | <input type="checkbox"/> Ataque                   | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos |
| <input type="checkbox"/> Alergias              | <input type="checkbox"/> Problemas sinusales      | <input type="checkbox"/> Hipertensión        |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial baja |   |  |

If "other", please specify

---

## 23. Health history - Musculo-skeletal

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> dolores de cabeza          | <input type="checkbox"/> Rigidez/hinchazón de las articulaciones | <input type="checkbox"/> Huesos rotos/fracturados    |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda           | <input type="checkbox"/> Dolor de cadera                         | <input type="checkbox"/> Dolor de pierna             |
| <input type="checkbox"/> problemas para caminar     | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho, costillas, abdomen.  | <input type="checkbox"/> Artritis                    |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis               | <input type="checkbox"/> Enfermedad ósea o articular             | <input type="checkbox"/> Otro                        |
| <input type="checkbox"/> Amputación                 | <input type="checkbox"/> Bursitis                                | <input type="checkbox"/> Síndrome del túnel carpiano |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia               | <input type="checkbox"/> Lesión articular                        | <input type="checkbox"/> Osteoarthritis              |
| <input type="checkbox"/> Dolor del miembro fantasma | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide                     | <input type="checkbox"/> Compresión vertebral        |

If "other", please specify

---

## 24. Historial de salud - Genitourinario/Nefrología

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Cancer                 | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS            |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de vejiga | <input type="checkbox"/> Diálisis               | <input type="checkbox"/> Infecciones renales |
| <input type="checkbox"/> Cálculos renales      | <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria | <input type="checkbox"/> Otro                |

If "other", please specify

---

## 25. Historial de salud - Hepático

- |                                      |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Otro        |                                      |                                      |

Please indicate if (active, inactive, unsure)

---

## 26. Historial de salud - Sistema nervioso/Neuropsicológico

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lesión de la médula espinal      | <input type="checkbox"/> Síndrome de fatiga crónica | <input type="checkbox"/> Hormigueo entumecimiento |
| <input type="checkbox"/> Contracción de la cara           | <input type="checkbox"/> Fatiga                     | <input type="checkbox"/> Dolor crónico            |
| <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño             | <input type="checkbox"/> Úlceras                    | <input type="checkbox"/> Parálisis                |
| <input type="checkbox"/> Herpes/culebrilla                | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral         | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple      |
| <input type="checkbox"/> Distrofia muscular               | <input type="checkbox"/> enfermedad de Parkinson    | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer  |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar                | <input type="checkbox"/> Epilepsia                  | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple      |
| <input type="checkbox"/> Parálisis                        | <input type="checkbox"/> Neuropatía periférica      | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia            |
| <input type="checkbox"/> CRPS/distrofia simpática refleja |   |   |

If "other", please specify

---

**27. ¿Ha recibido una vacuna contra la neumonía?**

Sí  No

¿Si sí, cuándo?

---

**28. Actividad**

¿Hacer ejercicio?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuántos días por semana?

---

¿Qué tipo de ejercicio realizas?

Bicicleta  Cardio  Fortaleza  Nadar  Caminando  Otro

Otro:

Cuántas veces al día

---

¿Ha tenido dos o más caídas en el último año?

Sí  No

**29. Historia social**

¿Eres capaz de quedar embarazada?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿está actualmente embarazada?

Sí  No

¿Nivel más alto de educación obtenido?

Escuela de Gramática  Escuela secundaria  Colega  Postgrado

El consumo de drogas:

A. Niega cualquier uso de drogas ilegales.  B. Actualmente usando el medicamento recetado de otra persona.  
 C. Drogas ilegales consumidas anteriormente (no consumidas actualmente)

En caso afirmativo a B. o C. arriba, enumere a continuación:

---

¿Alguna vez ha abusado de narcóticos o medicamentos recetados?

Sí  No

Cuáles:

---

¿Estás trabajando?

Sí  No  Alumno  Jubilado

¿Estás en discapacidad?

Sí  No

**30. Nivel de dolor: para cada pregunta, indique su respuesta seleccionando un número del 0 al 10.**

Mi dolor actual es:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Durante la semana pasada, lo mejor que he sentido es:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Durante la semana pasada, lo peor que he sentido es:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Durante la semana pasada, mi dolor promedio ha sido:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Durante los últimos 3 meses, mi dolor promedio ha sido:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**31. Tus Sentimientos: (Durante la semana pasada he sentido)**

temeroso:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

deprimido:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

fatigado

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

inquieto:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Estresado:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

### 32. Sus resultados clínicos: (Durante la semana pasada me he sentido)

Tengo problemas para dormir:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Tengo problemas para sentirme cómodo:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Yo era menos independiente:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

No pude trabajar (o realizar tareas normales)

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Necesitaba tomar más medicación:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

### 33. Tus actividades: (Durante la semana pasada NO pude)

Ve a la tienda:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Hacer tareas domésticas en mi casa:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Disfruten de mis amigos y familiares:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ejercicio (incluye caminar):

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Participa en mis pasatiempos favoritos:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

### 34. Revisión de los síntomas

Constitucional:

Escalofríos  Dificultad para dormir  Moretones con facilidad  Sudoración excesiva  Sed excesiva  Fatiga  Fiebres  
 Bajo deseo sexual  Sudores nocturnos  Temblores  Aumento de peso inexplicable  Pérdida de peso inexplicable  
 Debilidad

Ojos:

Cambios visuales  Visión borrosa  Pérdida de la visión

Orejas/Nariz/Garganta/Cuello:

Problemas dentales  Dificultad para oír  Dolores de oído  Fiebre del heno/Alergias  hemorragias nasales  
 Dolores de garganta recurrentes  Zumbido en los oídos  Problemas sinusales

Cardiovascular / respiratorio:

Desorden sangrante  Dolor en el pecho  Trombosis vana profunda  Desmayo  Hipertensión  Arritmia  
 Aturdimiento  Dificultad para respirar  Hinchazón en los pies  Tos  sibilancias  
 Dificultad para respirar Esfuerzo/Esfuerzo  Dificultad para respirar en reposo

Gastrointestinal:

- Calambres abdominales  Reflujo ácido  Estreñimiento (menos de 3 deposiciones por semana)  Dolor epigástrico  
 Aspecto del café molido en el vómito  Taburetes oscuros y alquitranados  Diarrea  Hernia  Vómitos

Musculoesquelético:

- Dolor de espalda  Dolor en las articulaciones  Rigidez articular  Dolor de cuello  Mialgia  Debilidad muscular  
 Dolor de hombro

Neurológica:

- Dolor de cabeza  Mareo  Desmayo  Inestabilidad al caminar  Hormigueo entumecimiento  Temblores  
 Convulsiones

Psychiatric:

- Estado de ánimo deprimido  Sentirse ansioso  Problemas de estrés  Pensamientos suicidas  Planificación suicida

Genitourinario/Nefrología

- Sangre en la orina  Disminuir la orina (flujo, frecuencia, volumen)  Dolor de costado  Dolor al orinar

Certifico que la información anterior es precisa, completa y verdadera. Autorizo a CWPC y a cualquier asociado, asistente y otro proveedor de atención médica que considere necesario para tratar mi afección. Entiendo que no se ha hecho ninguna garantía sobre un resultado o cura específica. Acepto participar activamente en mi atención para maximizar su efectividad. Doy mi consentimiento para que CWPC recupere mi historial de medicamentos. Entiendo que esto pasará a formar parte de mi expediente médico. Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad de CWPC, que se exhibe para inspección pública en sus instalaciones y en su sitio web. Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar mi información médica protegida y cómo puedo acceder a mis registros médicos. Autorizo al CWPC a divulgar mi información médica protegida (registros médicos) de acuerdo con su Aviso de prácticas de privacidad. Esto incluye, entre otros, la divulgación a mi médico remitente, a mi médico de atención primaria y a cualquier médico al que pueda ser remitido. También autorizo a CWPC a divulgar cualquier información requerida para obtener la autorización del procedimiento o el procesamiento de cualquier reclamo de seguro. Entiendo que CWPC no divulgará mi información médica protegida a ninguna otra parte (incluida la familia) sin que yo complete un formulario escrito de "Autorización del paciente para el uso y divulgación de información médica protegida", disponible en sus instalaciones y en su sitio web. En el caso de que se me solicite proporcionar una muestra de orina y/o sangre, busco voluntariamente servicios de laboratorio y por la presente doy mi consentimiento para proporcionar una muestra de orina y/o sangre según lo solicitado. Tengo derecho a rechazar pruebas específicas, pero entiendo que esto puede afectar mi tratamiento para el manejo del dolor. Puedo revocar este acuerdo en cualquier momento mediante notificación por escrito y es válido hasta que sea revocado. Por la presente cedo al Laboratorio mi derecho a los beneficios del seguro que me puedan ser pagaderos por los servicios prestados, derivados de cualquier póliza de seguro, plan de salud autoasegurado, Medicare o Medicaid. La aceptación de la cesión del seguro no me exime de ninguna responsabilidad respecto pago por los servicios de laboratorio y que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por mi seguro. También reconozco que el Laboratorio puede ser un proveedor fuera de la red de mi aseguradora. Se espera el pago total 30 días después de recibir la notificación del saldo adeudado. Tenga en cuenta que en caso de que no realice un pago a su vencimiento, esta cuenta será remitida a una agencia de cobranza para su cobro. En ese caso, la tarifa de contingencia cobrada por la agencia de cobranza se agregará al capital y los intereses adeudados. También será responsable de los honorarios del abogado. Tanto los honorarios de la agencia como los honorarios de los abogados aumentarán el saldo que adeuda.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

