

# ESPAÑOL- CWPC Follow-Up Intake

---

## 1. Por favor ingrese su información.

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

¿Ha cambiado su dirección desde su última visita? En caso afirmativo, proporcione.  
 Yes  No \_\_\_\_\_

¿Ha cambiado su farmacia desde su última visita? En caso afirmativo, proporcione.  
 Yes  No \_\_\_\_\_

¿Ha cambiado su seguro desde su última visita? En caso afirmativo, proporcione la identificación del pagador y del miembro:  
 Yes  No \_\_\_\_\_

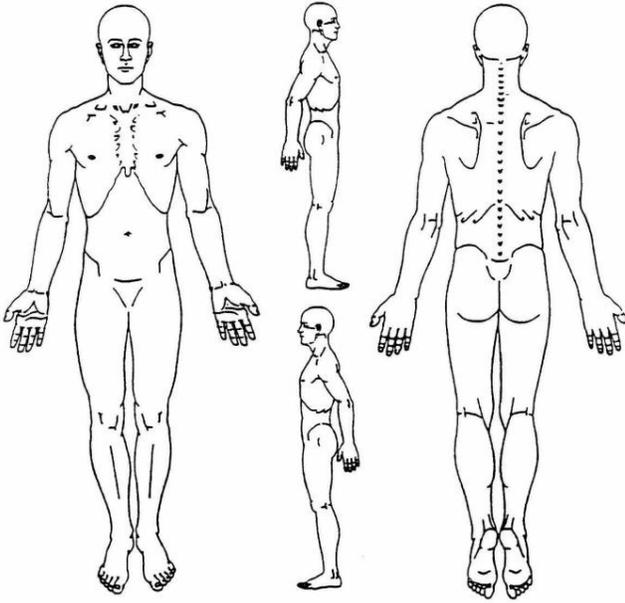
¿Cuál es el motivo de su visita hoy?  
 Reposición de medicamentos  Cambio de medicamento  Evaluación posterior al procedimiento  
 Revisión de imagen  Revisión del resultado de la prueba  Otro

Otro: \_\_\_\_\_

## Patient Information

## 2. Use el diagrama para indicar la ubicación y el tipo de su dolor.

**0** - Entumecimiento    **1** - alfileres y agujas    **2** - dolor    **3** - punzadas    **4** - ardor



## 3. Descripción del dolor

Altura:

El Peso:

Fumas:

SI  No

Tu dolor en este momento:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Tu peor dolor:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Tu menor dolor:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

¿Su dolor promedio durante el último mes?

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

¿Dónde se encuentra la peor zona de su dolor?

¿El dolor irradia? ¿Si es así, donde?

Marque todo lo que describa su dolor hoy:

Dolor  calambres  Tedioso  Caliente/Ardiente  Entumecido  como un choque  
 Hormigueo/alfileres y agujas  Tiroteo  espasmos  apretando  Cansado/agotador  
 Punzante/afilado  Palpitante

¿Qué palabra describe mejor la frecuencia de su dolor?

Constante  Intermitente

¿Cuándo su dolor es peor?

Mañana  Durante el día  tardes  Media noche

Marque todas las siguientes actividades que se ven adversamente o negativamente afectadas por su dolor:

- disfrute de la vida  Actividad general  Ánimo  trabajo normal  Actividades recreativas  
 Relaciones con la gente  Dormir  Para caminar  Otro

Otro:

\_\_\_\_\_

¿Desarrolló alguna nueva queja de dolor desde su última visita que le gustaría discutir?

- Si  No

¿Desde su última visita ha cambiado su dolor?

- Aumentado  Disminuido  Se mantuvo igual

#### 4. Alivio posterior al procedimiento / Actualización de la paciente:

Si se sometió a un procedimiento, ¿cuánto alivio del dolor obtuvo?

- None  10%  20%  30%  40%  50%  60%  70%  80%  90%  100%

¿Hubo algún problema?

- Yes  No

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

\_\_\_\_\_

Desde su última visita ha desarrollado alguna novedad:

- Problemas de equilibrio  Incontinencia de vejiga  Incontinencia intestinal  Dificultad para caminar  
 fiebres  Náusea  Escalofríos  vómitos

Debilidad- ¿Dónde?

Entumecimiento u hormigueo: ¿dónde?

\_\_\_\_\_

No he desarrollado recientemente problemas con ninguna de las condiciones anteriores desde mi última visita.

#### 5. Medicamento actual: enumere cualquier CAMBIO desde su última visita en el medicamento que está tomando actualmente.

	Medicamento	Fecha primer uso	Dosificación
1			
2			
3			

#### 6. ¿Actualmente está tomando anticoagulantes o anticoagulantes?

- Si  No

Autorizo al Center for Wellness and Pain Care a acceder a mi medicación electrónica, historial e información del formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma

## 7. Marque los siguientes efectos secundarios de medicamentos que está experimentando:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> la confusión  | <input type="checkbox"/> Estreñimiento (menos de 3 deposiciones a la semana)                    | <input type="checkbox"/> Mareo   |
| <input type="checkbox"/> Somnolencia   | <input type="checkbox"/> Náusea   | <input type="checkbox"/> Boca seca   |
| <input type="checkbox"/> vómitos   | <input type="checkbox"/> Aumento de peso  | <input type="checkbox"/> No tengo ningún efecto secundario adverso de los medicamentos actuales. |
| <input type="checkbox"/> Estoy estable con mi régimen actual de medicamentos | <input type="checkbox"/> Mis medicamentos ayudan a mejorar mi funcionamiento y calidad de vida. |  |

## 8. Revisión de Síntomas

### Constitucional

- Escalofríos
- Dificultad para dormir
- Moretones con facilidad
- Sudoración excesiva
- Sed excesiva
- Fatiga
- Fiebre
- Impulso sexual bajo
- Sudores nocturnos
- Temblores
- Aumento de peso inexplicable
- Pérdida de peso inexplicable
- Debilidad

### Ojos

- Cambios Visuales
- Visión borrosa
- Pérdida de la visión

### Oídos/Nariz/Garganta/Cuello

- Problemas dentales
- Dificultad Auditiva
- dolores de oído
- hemorragias nasales
- Dolor de garganta
- Zumbido en los oídos
- Problemas de los senos paranasales

### Cardiovascular

- Desorden sangrante
- Dolor de pecho
- La trombosis venosa profunda
- Desmayo
- Alta presión sanguínea
- Arritmia
- aturdimiento
- Dificultad para respirar
- Hinchazón en los pies

### Respiratoria

- Tos
- sibilancias
- Dificultad para respirar (esfuerzo/esfuerzo)
- Dificultad para respirar en reposo

### Gastrointestinal

- reflujo abdominal
- Reflujo ácido
- Estreñimiento (menos de 3 deposiciones a la semana)
- Dolor epigástrico
- Heces oscuras y alquitranadas
- Diarrea

### Musculoesquelético

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

### Neurológica

- Dolor de cabeza
- Mareo
- Hormigueo entumecimiento
- Inestabilidad al caminar
- Temblores
- convulsiones

### psiquiátrico

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

Certifico que la información anterior es precisa, completa y verdadera. Autorizo a CWPC ya cualquier asociado, asistente y otros proveedores de atención médica que considere necesarios para tratar mi condición. Entiendo que no se ha hecho garantía alguna de un resultado o cura específica. Acepto participar activamente en mi atención para maximizar su eficacia. Doy mi consentimiento para que CWPC recupere mi historial de medicamentos. Entiendo que esto formará parte de mi expediente médico. Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad de CWPC, 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. Autorizo al CWPC a divulgar mi información de salud protegida (registros médicos) de acuerdo con su Aviso de prácticas de privacidad. Esto incluye, pero no se limita a, la divulgación a mi médico de referencia, médico de atención primaria y cualquier médico al que pueda ser referido. También autorizo a CWPC a divulgar cualquier información necesaria para obtener la autorización del procedimiento o el procesamiento de cualquier reclamo de seguro. Entiendo que CWPC no divulgará mi información de salud 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 de salud protegida", disponible en sus instalaciones y en su sitio web. En el caso de que se me pida que proporcione 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 control del dolor. Este acuerdo puede ser revocado por mí en cualquier momento con una notificación por escrito y es válido hasta que sea revocado. Por la presente cedo al Laboratorio mi derecho a los beneficios de seguro que se me puedan pagar 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 con respecto a 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 con mi aseguradora. Se espera el pago completo 30 días después de recibir la notificación de cualquier 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 cobro para cobros. En ese caso, la tarifa de contingencia evaluada por la agencia de cobro se agregará al principal y los intereses adeudados. Además, será responsable de los honorarios de los abogados. Tanto los honorarios de la agencia como los honorarios de los abogados aumentarán el saldo adeudado.

---

Firma

## 9. Opioid Risk Tool

¿Tiene antecedentes familiares de abuso de sustancias con alcohol?

---

¿Tiene antecedentes familiares de abuso de sustancias con drogas ilegales?

---

¿Tiene antecedentes familiares de abuso de sustancias con medicamentos RX?

---

¿Tiene antecedentes personales de abuso de sustancias con alcohol?

---

¿Tiene antecedentes personales de abuso de sustancias con drogas ilegales?

---

¿Tiene antecedentes personales de abuso de sustancias con medicamentos RX?

---

¿Tienes entre 16 y 45 años?

---

¿Antecedentes de abuso sexual preadolescente?

---

ADD, OCD, Bipolar, Schizophrenia?

---

¿Depresión?

---

Puntaje total

---

10.