

FOLLOW-UP INTAKE

Bilingual (Spanish/English)

Date (Fecha) :

Date Of Birth (La fecha de Nacimiento) :

D D M M Y Y

Full Name (El Nombre)

E-Mail
(el correo electronico)

Height :
(Altura)

Weight :
(Peso):

Has your address changed since your last visit? (¿Ha cambiado su dirección desde su última visita?) :

Yes
(Si)

No

Has your pharmacy changed since your last visit? (¿Ha cambiado su farmacia desde su última visita?) :

Yes
(Si)

No

Has your insurance changed since your last visit? (¿Ha cambiado su seguro desde su última visita?) :

Yes
(Si)

No

What is the reason for your visit today?
(¿Cuál es el motivo de su visita de hoy?)

Post-Procedure Assessment
(Evaluación posterior al procedimiento)

Image Review
(Revisión de imágenes)

Medication Refill
(Reposición de medicamentos)

Medication Change
(Cambio de medicación)

Test Result Review
(de resultados de pruebas)

Other (Otros)

Use the diagram to indicate the location and type of your pain.
(Use el diagrama para indicar la ubicación y el tipo de dolor.)

(1) Numbness (Entumecimiento), (2) Pins and Needles (hormigueo), (3) Aching (dolor), (4) Stabbing (punzada), (5) Burning (ardor).

Do you smoke (¿Fuma usted?) ? Yes (Si) No

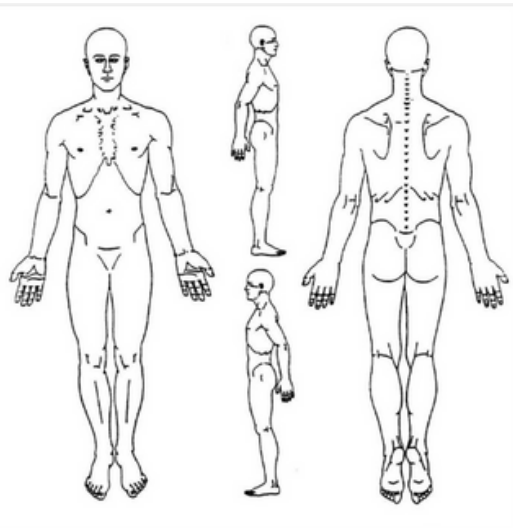
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Your pain right now
(Tu dolor ahora mismo):

Your worst pain
(Tu peor dolor):

Your least pain
(tu menor dolor):

Your average pain over the last month?
(¿Su dolor promedio durante el último mes?)



Where is the worst area of your pain located?
(¿Dónde se encuentra la peor zona de su dolor?)

Does the pain radiate? If so, where?
(¿El dolor se irradia? ¿Si es así, donde?)

Check all that describe your pain today (Check all that describe your pain today):

Aching
(Dolor)

Cramping
(calambres)

Dull
(Aburrido)

Hot/Burning
(Caliente/Ardiendo)

Numb
(Adormecer)

Shock-Like
(Como un shock)

Tingling/Pins and
Needles
(Hormigueo/hormigueo)

Shooting
(Tiroteo)

Spasming
(espasmos)

Squeezing
(Apretando)

Tiring/Exhausting
(Cansado/agotador)

Stabbing/Sharp
(Punzante/Afilado)

Throbbing
(Palpitante)

What word best describes the frequency of your pain? (¿Qué palabra describe mejor la frecuencia de tu dolor?)

Constant (Constante) Intermittent (Intermitente)

When is your pain at its worst? (¿Cuándo es peor tu dolor?)

Morning (Manana) Evenings (Tardes) During the day (Durante el día) Middle of night (Media noche)

Have you developed any new pain complaints since your last visit that you would like to discuss?
(¿Ha desarrollado alguna nueva queja de dolor desde su última visita que le gustaría discutir?)

Yes (Si)

No

Since your last visit has your pain changed? (¿Desde su última visita ha cambiado su dolor?)

Increased
(Aumentado) Decreased
(decrecido) Stayed the same
(Permaneció igual).

FOLLOW-UP INTAKE

Bilingual (Spanish/English)



Mark all of the following activities that are adversely or negatively affected by your pain (Marque todas las siguientes actividades que se vean afectadas negativa o negativamente por su dolor):

- Enjoyment of life (Disfrute de la vida) Mood (Estado de ánimo) Recreational Activities (Actividades recreativas) Sleep (Dormir)
- General Activity (Actividad general) Normal Work (Trabajo normal) Relationships with people (Relaciones con las personas) Walking (andante)
- Other (Otro)

Post-Procedure

If you had a procedure, how much pain relief did you obtain? (Si se sometió a un procedimiento, ¿cuánto alivio del dolor obtuvo?)

(Circle one/Circulo uno) : None 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% Were there any problems? (¿Hubo algún problema?)

Yes (Si) No

If yes, please explain: (En caso afirmativo, explíquelo porfavor:)

Since your last visit have you developed any new (Desde su última visita, ¿ha desarrollado alguna novedad?):

- Balance Problems (Problemas de equilibrio) Difficulty Walking (dificultad para caminar) Weakness- Where? (Debilidad- ¿Dónde?)
- Bladder Incontinence (Incontinencia de vejiga) Fevers (Fiebres) Nausea (Náuseas) Numbness or Tingling- Where? (Entumecimiento u hormigueo: ¿dónde?)
- Bowel Incontinence (Incontinencia intestinal) Vomiting (Vómitos) Chills (Escalofríos)
- I have not recently developed problems with any of the above conditions since my last visit. (No he desarrollado recientemente problemas con ninguna de las condiciones anteriores desde mi última visita.)

Current Medication: Please list any CHANGES since your last visit in the medication you are currently taking (Medicamentos actuales: indique cualquier CAMBIO desde su última visita en el medicamento que está tomando actualmente.)

Medication (Medicamento) Date first use (Fecha de primer uso) Dosage (Dosis)

Are you currently taking blood thinners or anti-coagulants? (¿Está usted tomando actualmente anticoagulantes o anticoagulantes?) Yes (Si) No

I authorize the Center for Wellness and Pain Care to access my electronic medication, history and formulary information. (Autorizo al Centro de Bienestar y Atención del Dolor a acceder a mi medicamento electrónico, mi historial y la información del formulario.) Yes (Si) No

Mark the following medication side-effects you are experiencing: (Marque los siguientes efectos secundarios de los medicamentos que esté experimentando:)

- Confusion (Confusión) Drowsiness (somnolencia) Vomiting (vómitos) Dizziness (Dizziness) Nausea (náuseas) Weight Gain (aumento de peso)
- Dry Mouth (Boca seca) Constipation (Less than 3 Bowel movements a week) (Estreñimiento (menos de 3 evacuaciones por semana)) I am stable on my current medication regimen (Estoy estable con mi régimen de medicación actual.)
- My medications help to improve my functioning and quality of life. (Mis medicamentos ayudan a mejorar mi funcionamiento y calidad de vida.) I do not have and adverse side-effect from current medications.. (No tengo ningún efecto secundario adverso de los medicamentos actuales.)

Review of Symptoms- Fill in the corresponding circle (Revisión de los síntomas- Rellena el círculo correspondiente.)

Eyes (Ojos)

- Visual Changes (Cambios visuales)
- Blurry Vision (Visión borrosa)
- Vision Loss (Pérdida de la visión)

Psychiatric (Psiquiátrico)

- Depressed Mood (Estado de ánimo deprimido)
- Feeling Anxious (Sentirse ansioso)
- Stress Problems (Problemas de estrés)
- Suicidal thoughts (Pensamientos suicidas)
- Suicidal planning (Planificación suicida)

Neurologic (Neurologico)

- Headache (Dolor de cabeza)
- Dizziness (Mareo)
- Numbness/Tingling (Hormigueo entumecimiento)
- Instability when walking (Inestabilidad al caminar)
- Tremors (Temblores)
- Seizures (Convulsiones)

FOLLOW-UP INTAKE

Bilingual (Spanish/English)



Review of Symptoms- Fill in the corresponding circle (Revisión de los síntomas- Rellena el círculo correspondiente.)

Constitutional (Constitucional)

- Chills (Escalofríos)
- Difficulty sleeping (Dificultad para dormir)
- Easy Bruising (Moretones con facilidad)
- Excessive Sweating (Sudoración excesiva)
- Excessive Thirst (Sed excesiva)
- Fatigue (Fatiga)
- Fever (Fiebre)
- Low Sex Drive (Bajo deseo sexual)
- Night Sweats (Sudores nocturnos)
- Tremors (Temblores)
- Unexplained Weight Gain (Aumento de peso inexplicable)
- Unexplained Weight Loss (Pérdida de peso inexplicable)
- Weakness (Debilidad)

Respiratory (Respiratoria)

- Cough (Tos)
- Wheezing (Sibilancias)
- Shortness of breath (Exertion/Effort) (Dificultad para respirar (Esfuerzo/Esfuerzo))
- Shortness of breath at rest (Dificultad para respirar en reposo)

Ears/Nose/Throat/Neck (Orejas/Nariz/Garganta/Cuello)

- Dental Problems (Problemas dentales)
- Difficulty Hearing (Dificultad para oír)
- Earaches (Dolores de oído)
- Nosebleeds (hemorragias nasales)
- Sore Throat (Dolor de garganta)
- Ringing in Ears (Zumbido en los oídos)
- Sinus Problems (Problemas sinusales)

Gastrointestinal

- Abdominal Reflux (Reflujo Abdominal)
- Acid Reflux (Reflujo ácido)
- Constipation (Less than 3 bowel movements a week) (Estreñimiento (menos de 3 deposiciones por semana))
- Epigastric Pain (Dolor epigástrico)
- Dark and Tarry Stools (Taburetes oscuros y alquitranados)
- Diarrhea (Diarrea)

Genitourinary/Nephrology (Genitourinario/Nefrología)

- Blood in Urine (Sangre en la orina)
- Decreased Urine (Flow, Frequency, Volume) (Disminución de Orina (Flujo, Frecuencia, Volumen))
- Flank Pain (Dolor de costado)
- Painful Urination (Dolor al orinar)

Cardiovascular

- Bleeding Disorder (Desorden sangrante)
- Chest Pain (Dolor en el pecho)
- Deep Vein Thrombosis (Trombosis venosa profunda)
- Fainting (Desmayo)
- High Blood Pressure (Hipertensión)
- Arrhythmia
- Irregular Heartbeat (Arritmia)
- Lightheadedness (Aturdimiento)
- Shortness of Breath (Dificultad para respirar)
- Swelling in feet (Hinchazón en los pies)

Musculoskeletal (musculoesquelético)

- Back Pain (Dolor de espalda)
- Joint Pain (Dolor en las articulaciones)
- Joint Stiffness (Rigidez articular)
- Neck Pain (Dolor de cuello)
- Myalgia (Mialgia)
- Muscle Weakness (Debilidad muscular)
- Shoulder Pain (Dolor de hombro)

I certify that the above information is accurate, complete, and true.

I authorize CWPC and any associates, assistants, and other health care providers it may deem necessary, to treat my condition. I understand that no warranty or guarantee has been made of a specific result or cure. I agree to actively participate in my care to maximize its effectiveness. I give my consent for CWPC to retrieve my medication history. I understand that this will become part of my medical record. I acknowledge that I have had the opportunity to review CWPC's Notice of Privacy Practices, which is displayed for public inspection at its facility and on its website. This Notice describes how my protected health information may be used and disclosed, and how I may access my health records.

I authorize the CWPC to release my Protected Health Information (medical records) in accordance with its Notice of Privacy Practices. This includes, but is not limited to, release to my referring physician, primary care physician, and any physician(s) I may be referred to. I also authorize CWPC to release any information required in obtaining procedure authorization or the processing of any insurance claims. I understand that CWPC will not release my Protected Health Information to any other party (including family) without my completing a written Patient Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information form, available at its facility and on its website.

In the event that I am asked to provide a urine and/or blood sample, I voluntarily seek laboratory services and hereby consent to provide a urine and/or blood sample as requested. I have the right to refuse specific tests but understand this may impact my pain management treatment. This agreement can be revoked by me at any time with written notification and is valid until revoked. I hereby assign to the Laboratory my right to the insurance benefits that may be payable to me for services provided, arising from any policy of insurance, self-insured health plan, Medicare or Medicaid acceptance of insurance assignment does not relieve me from any responsibility concerning payment for laboratory services and that I am financially responsible for all charges whether or not they are covered by my insurance.

I also acknowledge that the Laboratory may be an out-of-network provider with my insurer. Payment in full is expected 30 days of being notified of any balance due. Please note that in the event that you fail to make a payment when due, this account will be referred to a collection agency for collections. In that event, the contingency fee assessed by the collection agency will be added to the principal and interest due. You will be additionally liable for attorney fees. Both agency fees and attorney fees will increase the balance you owe.

(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.)

Patient Name:

Patient Signature:

Date: