



Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc.

Nathan Miller, MD | Yogesh Patel, MD | Ankush Bansal, MD | Evan Goodman, MD

6221 Metropolitan St., Suite 201 Carlsbad, CA 92009

2020 Camino Del Rio N, Ste 805, San Diego, CA 92108

Phone: (760) 753-7127 Fax (760)334-0399

www.CoastalPainGroup.com

Fecha de Cita: _____

Hora de Llegada: _____

Médico: _____

Estimado Señor o Señora,

Bienvenido(a) a Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group. Le damos las gracias por elegirnos para ayudarle a manejar el tratamiento de su dolor.

Adjuntos encontrará varios formularios que Usted debe completar antes de su primera cita. Si alguna parte de estos formularios no es clara o no es aplicable a usted, por favor déjela en blanco y asegúrese de discutirla en el momento en que usted proceda a registración. Su médico utilizará el cuestionario inicial como guía en su primera visita para decidir cómo dirigir su atención medica.

Con el fin de obtener la mayor calidad de su cuidado medico, es muy importante mantener una comunicación clara entre usted y su medico. Los formularios adjuntos son una parte importante de nuestra comunicación, por lo tanto, le solicitamos que complete cada uno de ellos antes de su cita inicial. Tenga en cuenta que las formas incompletas podrían resultar en el retraso de su cita o que, posiblemente, sea necesario reprogramar la cita. Si tiene alguna pregunta, por favor, póngase en contacto con nuestro Coordinador de Nuevos Pacientes.

Le solicitamos que traiga a su cita los envases de todos sus medicamentos actuales. La lista de medicamentos adjuntada también debe ser completada por usted, liste los medicamento/s actuales, así como también aquellos medicamentos que haya tomado en los últimos 6 meses.

Por favor asegúrese también de traer a su primera visita las pertinentes imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografías computarizadas (CT scans), rayos X y cualquier otro tipo de placa radiológica. Puede obtener estas placas o imágenes en el establecimiento donde se haya realizado dicho examen. Usted se llevará consigo dichas placas o estudios después de la visita. Si usted está teniendo problemas para asegurar sus placas, por favor póngase en contacto con nuestro personal para poder asistirle.

Por último, el médico puede utilizar a su asistente médico para que lo ayude con su cuidado y tratamiento aquí en Coastal Pain & Spinal Diagnostics. Puede estar seguro de que su médico, junto con sus asistentes, trabajan en estrecha colaboración para asegurarle un excelente cuidado y tratamiento de su dolor.

Esperamos con interés la reunión con usted, y gracias nuevamente por escogernos nuestra clínica para el cuidado de su dolor.

Sinceramente,

Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group



Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc.

Nathan Miller, MD | Yogesh Patel, MD | Ankush Bansal, MD | Evan Goodman, MD

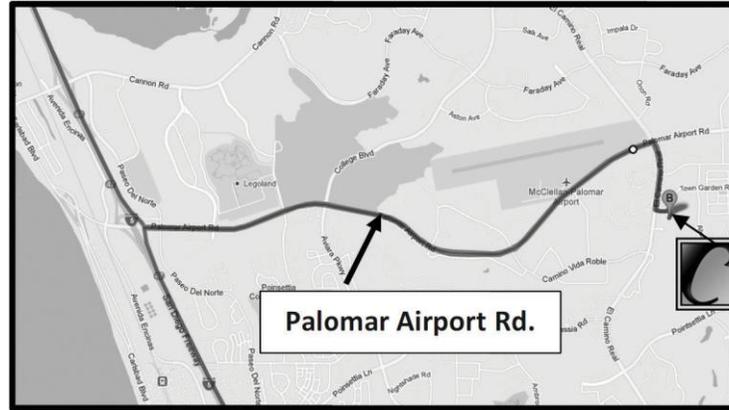
6221 Metropolitan St., Suite 201 Carlsbad, CA 92009

2020 Camino Del Rio N, Ste 805, San Diego, CA 92108

Phone: (760) 753-7127 Fax (760)334-0399

www.CoastalPainGroup.com

Mapa y direcciones Carlsbad



**Dirección: 6221 Metropolitan Street, Suite 201
Carlsbad, CA 92009**

Desde el Interestatal 5

- Salir en Palomar Airport Road, con dirección al este (Interior)
- Girar a la derecha (Sur) en El Camino Real
- Girar a la izquierda en Town Garden Road (primer semáforo)
- Tomar la primera calle a la derecha, Metropolitan Street
- Entrar en el Bressi Ranch Medical Plaza, ubicado a su derecha

Desde San Marcos

- San Marcos Blvd se convierte en Palomar Airport Road, continuar hacia el oeste por Palomar Airport Road
- Doblar a la izquierda (Sur) para tomar El Camino Real
- Girar a la izquierda en Town Garden Road (primer semáforo una vez que ya está en El Camino Real)
- Tomar la primera calle a la derecha, Metropolitan Street
- Entrar en el Bressi Ranch Medical Plaza, ubicado a su derecha



Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc.

Nathan Miller, MD | Yogesh Patel, MD | Ankush Bansal, MD | Evan Goodman, MD

6221 Metropolitan St., Suite 201 Carlsbad, CA 92009

2020 Camino Del Rio N, Ste 805, San Diego, CA 92108

Phone: (760) 753-7127 Fax (760)334-0399

www.CoastalPainGroup.com

Nombre Legal del Paciente _____ Fecha _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa # _____ Teléfono de Trabajo # _____ Teléfono Móvil # _____

Autorizo a Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc., a contactarme en cualquiera de los números de teléfono que he mencionado anteriormente. (Por favor marque la casilla)

Actual Empleador _____ Ocupación _____

SS# _____ Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____

Nombre del Cónyuge _____ Empleador del Cónyuge _____ Número Telefónico # _____

Médico de Referencia _____ Número Telefónico # _____

Médico de Atención Primaria _____ Número Telefónico # _____

Seguro Primario _____ Número Telefónico # _____

Nombre del Suscriptor _____ SS# del Suscriptor _____ Fecha de Nacimiento del Suscriptor _____

de Identificación _____ Grupo # / Nombre _____

Seguro Secundario _____ Número Telefónico # _____

Nombre del Suscriptor _____ SS# del Suscriptor _____ Fecha de Nacimiento del Suscriptor _____

de Identificación _____ Grupo # / Nombre _____

Nombre de la Compañía de Seguro Médico de su Trabajo _____ Número Telefónico # _____

Dirección de Reclamos _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

de Reclamo _____ DOI _____ Médico Primario _____

Tipo de Lesión _____ Ajustador _____ Número Telefónico # _____

Empleador al Momento de la Lesión _____ Número Telefónico # _____

Abogado _____ Número Telefónico # _____

Contacto de Emergencia _____ Número Telefónico # _____ Relación _____

Yo entiendo que los pacientes que tienen seguro médico deben recordar que los servicios profesionales se prestan y se cargan al paciente, no a la compañía de seguros. En el caso de que los pagos del seguro sean recibidos directamente por mí por servicios prestados que no hayan sido pagados, prometo firmar inmediatamente y enviar dichos pagos al médico. Acepto la responsabilidad financiera por todos los gastos incurridos. Si mi cuenta tiene que ser referida a recolección externa, pueden cobrarme un cargo de servicio.

Si se produce un acuerdo legal en mi nombre (i.e. Reclamo PI) por los servicios prestados por Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc. y mi(s) compañía(s) de seguros privada(s) solicita un reembolso, reconozco y entiendo que tengo la total responsabilidad financiera por todos los cargos facturados durante la fecha(s) del servicio afectado.

AUTORIZACIÓN: Por la presente, autorizo el pago directo a Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc. de todos los servicios médicos prestados y a notificar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento a mi compañía de seguros y / o a cualquiera entidad referente. Reconozco y entiendo que soy el único responsable de mantener mi cuenta corriente y precisa en todo momento con Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc., lo que incluye datos demográficos, información sobre seguros y saldos adeudados. La falta de notificación a Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc. de cambios referidos a mi cuenta puede resultar en ser financieramente responsable por todos los servicios presentados.

Firma de Paciente / Tutor Legal _____ Fecha _____

Testigo _____



Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc.

Nathan Miller, MD | Yogesh Patel, MD | Ankush Bansal, MD | Evan Goodman, MD

6221 Metropolitan St., Suite 201 Carlsbad, CA 92009

2020 Camino Del Rio N, Ste 805, San Diego, CA 92108

Phone: (760) 753-7127 Fax (760)334-0399

www.CoastalPainGroup.com

Autorización para el uso / Divulgación de Información Médica:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Last First Middle Mes / Día / Año

Autorización para el uso / divulgación de información: Voluntariamente, autorizo y requiero al siguiente proveedor de cuidado de la salud, a divulgar información sobre mi salud durante la vigencia de esta autorización al Destinatario que he identificado a continuación.

Nombre y Dirección del Proveedor para la Divulgación de Archivos:

Nombre: _____

Dirección: _____

Fax: _____

Número de Teléfono: _____

Destinatario y Dirección para la Entrega de Archivos o Registros:

Nombre: Coastal Pain & Spinal Diagnostics, Inc.

Dirección: 6221 Metropolitan Street, Suite 201
Carlsbad, CA 92009

Fax: (760) 334-0399

Propósito: Entiendo que el propósito específico de esta autorización es:

Información a divulgar: Esta autorización permite que el profesional de la salud mencionado puede divulgar los siguientes registros médicos: _____

- Toda la información sobre mi salud que el proveedor posee en su poder, incluyendo la información relativa a mi historia médica, condición mental o física y cualquier tratamiento recibido por mí, incluyendo, sin limitación, rayos X, el estado sobre el VIH / SIDA, pruebas genéticas, notas de psicoterapia y demás información sobre la salud mental, drogas, alcohol u otra información sobre sustancias controladas, información de facturación, correspondencia y registros de mis otros proveedores de atención médica que pueda tener el profesional de la salud anteriormente mencionado.

- Toda información referida a mi salud descrita anteriormente, excepto lo siguiente: _____



Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc.

Nathan Miller, MD | Yogesh Patel, MD | Ankush Bansal, MD | Evan Goodman, MD

6221 Metropolitan St., Suite 201 Carlsbad, CA 92009

2020 Camino Del Rio N, Ste 805, San Diego, CA 92108

Phone: (760) 753-7127 Fax (760)334-0399

www.CoastalPainGroup.com

Autorización Para el Uso / Divulgación de Información Médica (Continuación):

- Sólo los siguientes registros o tipos de información referidos a la salud (incluya las fechas de tratamiento, tipo de tratamiento u otra designación):

Término: Esta autorización se mantendrá vigente durante un (1) año desde la fecha de la firma de dicha autorización.

Negativa a firmar / derecho de revocar: Yo entiendo que puedo negarme a firmar o puedo revocar (en cualquier momento) esta autorización por cualquier motivo y que dicha negativa o revocación no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento por el profesional del cuidado de la salud.

Revocación: Entiendo que la autorización se mantendrá vigente hasta que el término de la presente autorización expire o hasta que yo proporcione una notificación escrita de revocación al profesional del cuidado de la salud, on la respectiva recepción de la misma por parte del profesional del cuidado de la salud, excepto que la revocación no afectará cualquier acción tomada por el profesional del cuidado de la salud que dependa de esta autorización antes de recibir mi notificación de revocación.

Preguntas: Yo puedo contactar a la oficina de mi proveedor para obtener respuestas a mis preguntas acerca de la privacidad de mi información de salud. Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización por parte del profesional del cuidado de la salud.

Fotocopia: Una fotocopia, fax o copia electrónica de esta autorización se considerará tan efectiva y tan válida como el original.

Firma

Fecha

Firma de testigo

Fecha

Nombre: _____
(Por Favor Escribirlo)

Si la persona es incapaz de firmar esta autorización, por favor complete la siguiente información:

Firma del Representante Personal

Relación Legal

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Nombre: _____
(Por Favor Escribirlo)



Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc.

Nathan Miller, MD | Yogesh Patel, MD | Ankush Bansal, MD | Evan Goodman, MD
6221 Metropolitan St., Suite 201 Carlsbad, CA 92009
2020 Camino Del Rio N, Ste 805, San Diego, CA 92108
Phone: (760) 753-7127 Fax (760)334-0399
www.CoastalPainGroup.com

Divulgación Personal de la Información

Yo, _____ le doy total permiso a Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc. para que divulgen detalles de mis registros de facturación y discutir mi tratamiento / cuidado ya sea verbalmente o por escrito con _____

NOMBRE

Relación con el paciente

Por favor marque esta casilla si no acepta lo anterior. En este caso, la información solo se dará a conocer a usted directamente.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Escribir Nombre del Paciente: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Si el paciente es un menor o no puede firmar, marque una de las siguientes casillas:

El paciente es menor de edad: Yo / Nosotros firmaremos el consentimiento de lo anteriormente mencionado.

El paciente no puede firmar debido a _____ y Yo / Nosotros firmaremos el consentimiento anterior en su nombre.

FIRMA AUTORIZADA / PADRE O TUTOR LEGAL

FECHA

ESCRIBA EL NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO



Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc.

Nathan Miller, MD | Yogesh Patel, MD | Ankush Bansal, MD | Evan Goodman, MD

6221 Metropolitan St., Suite 201 Carlsbad, CA 92009

2020 Camino Del Rio N, Ste 805, San Diego, CA 92108

Phone: (760) 753-7127 Fax (760)334-0399

www.CoastalPainGroup.com

Coastal Pain and Spinal Diagnostics se enorgullece de ofrecer un Portal de Pacientes en Línea

Completar la parte inferior de esta página hoy y obtenga acceso a los Resúmenes de su Visita en línea en cualquier momento

El Resumen de una Visita puede incluir:

- Su diagnóstico clínico
- Medicamentos recetados recientemente
- Medicamentos que ya está tomando
- Instrucciones para tomar sus medicamentos

Estamos comprometidos a mantener el Portal del Paciente seguro, por lo que sólo usted y su proveedor tendrán acceso a su información. En el futuro, incluiremos nuevas características en el Portal del Paciente que permitirán a los pacientes un acceso conveniente a su información médica personal y a los servicios disponibles.

Características futuras del Portal del Paciente pueden incluir:

- La capacidad de programar citas en línea
- Acceso electrónico a resultados de laboratorio
- Correspondencia en línea con su proveedor
- Capacidad para actualizar su información personal y sus antecedentes médicos en línea

Acceso al Portal del Paciente

Escribir Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Correo Electrónico (por favor escribir claramente):

Estoy solicitando el acceso a la información en mi historial médico a través del Portal del Paciente en línea.

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____

Por favor, devuelva todas las hojas completadas a la recepción. Usted recibirá un correo electrónico con su nombre de usuario y contraseña.



Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc.

Nathan Miller, MD | Yogesh Patel, MD | Ankush Bansal, MD | Evan Goodman, MD

6221 Metropolitan St., Suite 201 Carlsbad, CA 92009

2020 Camino Del Rio N, Ste 805, San Diego, CA 92108

Phone: (760) 753-7127 Fax (760)334-0399

www.CoastalPainGroup.com

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____ reconozco que se me ha dado acceso para leer el Aviso de Prácticas de Privacidad de Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc. y de todos los proveedores afiliados. También se me ha puesto en conocimiento de que puedo recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad a mi solicitud.

Este aviso describe cómo Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc. y todos los proveedores afiliados pueden usar y divulgar mi información de salud protegida, ciertas restricciones sobre el uso y divulgación de mi información de salud, y los derechos que yo pueda tener con respecto a mi información de salud protegida.

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestra Notificación, Usted puede obtener una copia de la revisada notificación mediante el acceso a nuestro sitio Web, www.coastalpaingroup.com, o poniéndose en contacto con cualquier miembro del personal involucrado en su cuidado.

Firma del Paciente o Parte Responsable

Fecha

Nombre Impreso

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
ESTE AVISO DESCRIBE COMO COASTAL PAIN & SPINAL DIAGNOSTICS MEDICAL GROUP PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION DE SALUD Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group está obligado por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida. Esta información está compuesta por todos los registros relacionados con su salud, incluyendo información demográfica, ya sea creada por Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group o recibida por Coastal Pain & Spinal Diagnostics de otros profesionales de la salud.

Estamos obligados a notificarlo acerca de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica protegida. Estas obligaciones legales y prácticas de privacidad se describen en este aviso. Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group cumplirá con los términos de este aviso, o el que se encuentre en vigor en dicho momento o por el uso o divulgación de su información médica protegida.

Coastal Pain & Spinal Medical Group se reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso y de hacer efectivas nuevas disposiciones referidas a toda la información protegida de salud que mantenemos. Los pacientes recibirán una copia de cualquier aviso revisado a petición. Un individuo puede obtener una copia de la Notificación vigente de nuestra oficina en cualquier momento o visitando nuestra página Web, www.coastalpaingroup.com.

Usos y Divulgaciones de Su Información Médica Protegida No Requerir Su Consentimiento

Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group puede usar y divulgar su información de salud protegida, sin su consentimiento escrito o autorización para cierto tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Hay ciertas restricciones en los usos y divulgación de los registros de tratamiento, que incluyen la inscripción y todos otros registros relativos a los individuos que están recibiendo, o que en algún momento hayan recibido los servicios para enfermedades mentales, discapacidades del desarrollo, alcoholismo o dependencia de las drogas. También hay restricciones referidas a la divulgación de los resultados de la prueba del VIH.

El tratamiento puede incluir:

- Proporcionar, coordinar, o la gestión de la asistencia sanitaria y los servicios relacionados por uno o más proveedores de atención médica;
- Las consultas entre profesionales de la salud con relación a un paciente;
- Las remisiones a otros proveedores para el tratamiento;
- Referencias a los hogares de ancianos, hogares de cuidado de crianza, o agencias de salud.

Por ejemplo, Coastal Pain & Spinal Diagnostics puede determinar que usted requiere los servicios de un especialista. Al referirlo a otro médico, Coastal Pain & Spinal Diagnostics puede compartir o transferir su información de salud a ese médico.

Actividades de pago pueden incluir:

- Las actividades realizadas por Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group para obtener el reembolso por los servicios prestados a usted;
- Determinar su elegibilidad para los beneficios o cobertura del seguro de salud;
- La gestión de reclamos y en ponerse en contacto con su compañía de seguros con respecto al pago;
- Actividades de recolección para obtener el pago por los servicios prestados a usted;
- Reevaluar los servicios de salud y discutir con su compañía de seguros la necesidad médica de ciertos servicios o procedimientos, la cobertura de su plan de salud, idoneidad de la atención, o la justificación de los cargos;
- La obtención de la certificación previa y pre-autorización de los servicios que se le proporcionan.

Por ejemplo, Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group presentará reclamos a su compañía de seguros en su nombre. Dicho reclamo lo identifica, determina su diagnóstico, y los servicios proporcionados a usted.

Operaciones de atención médica pueden incluir:

- Ponerse en contacto con los profesionales de la salud y los pacientes con información sobre alternativas de tratamiento;
- Realizar actividades de evaluación de la calidad y de mejora;
- Realizar la evaluación de resultados y desarrollo de lineamientos clínicos;
- Desarrollo del protocolo, manejo de casos, o coordinación de la atención;
- Llevar a cabo o realizar revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría.

Por ejemplo, Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group puede usar su diagnóstico, tratamiento, y resultados de su información para medir la calidad de los servicios que proporcionamos, o medir la eficacia de su tratamiento, en comparación con el de pacientes en situaciones similares.

Coastal Pain & Medical Group puede ponerse en contacto con usted, por teléfono, portal de pacientes, correo electrónico o correo normal, para proporcionarle recordatorios de citas. Nos debe notificar si no desea recibir recordatorios de citas.

No podemos divulgar su información de salud protegida a familiares o amigos que puedan estar involucrados con su tratamiento o atención médica sin su autorización por escrito. La información médica de un niño puede ser divulgada sin dicho permiso escrito a su padre, tutor o representante legal; al guardián de un adulto incompetente; al agente de salud designado en el poder notarial de cuidado de salud de un paciente incapacitado; o al representante personal o cónyuge de un paciente fallecido.

Hay situaciones adicionales en las que Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group está habilitado o requerido para usar o divulgar su información de salud protegida sin su consentimiento o autorización. Los ejemplos incluyen los siguientes:

- Según lo permita o requiera la ley.

En determinadas circunstancias, se nos puede exigir que informe individual de salud a las autoridades legales, tales como agentes del orden, funcionarios de la Corte, o agencias gubernamentales. Por ejemplo, podemos tener que reportar abuso, negligencia, violencia doméstica o ciertas lesiones físicas. Estamos obligados a reportar heridas de bala o cualquier otra herida a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley si existe una causa razonable para creer que ha ocurrido como resultado de un crimen. Los registros de salud mental pueden ser divulgados a las autoridades policiales con el fin de informar sobre un aparente crimen en nuestras instalaciones.

- Para actividades de salud pública.

Podemos dar a conocer los registros sanitarios, con la excepción de los de tratamiento, a ciertas agencias del gobierno o autoridad de salud pública autorizadas por ley, una vez recibida dicha solicitud. Tenemos la obligación de informar acerca de los resultados positivos de la prueba del VIH al epidemiólogo estatal. También podemos revelar los resultados de la prueba del VIH a otros proveedores o personas cuando ha habido o habrá riesgo de exposición. Podemos reportar al epidemiólogo

estatal el nombre de cualquier persona que ha sido expuesto de manera significativa a un paciente que da positivo por VIH. Estamos obligados por ley a reportar cualquier sospecha de abuso infantil y negligencia y sospecha de abuso de un niño por nacer, pero no podemos revelar los resultados de pruebas del VIH en conexión con la información o el procesamiento del presunto abuso o negligencia. Podemos dar a conocer los registros sanitarios, incluidos los registros de tratamiento y los resultados de las pruebas del VIH, con el propósito de informar acerca de casos de abuso y abandono de los ancianos, siempre que el sujeto víctima del abuso o negligencia está de acuerdo, o si fuera necesario para prevenir daños graves. Los registros pueden ser divulgados para el reporte de violencia doméstica si fuera necesario para proteger al paciente o a la comunidad de un peligro inminente y sustancial.

- Para actividades de supervisión de la salud.

Podríamos divulgar la información de salud, incluidos los registros de tratamiento, en respuesta a una solicitud por escrito por parte de cualquier agencia gubernamental federal o estatal para llevar a cabo funciones legalmente autorizadas, tales como auditorías de gestión, auditorías financieras, de seguimiento y evaluación del programa, y para la licencia y certificación de un establecimiento o de un individuo. Los resultados de una prueba del VIH no pueden ser divulgados a las agencias federales o estatales gubernamentales, sin un permiso escrito, excepto para el epidemiólogo estatal para la vigilancia, investigación, o para controlar enfermedades transmisibles.

- Procedimientos judiciales y administrativos.

Los registros de salud del paciente, incluyendo los registros de tratamiento y los resultados de las pruebas de VIH, pueden ser revelados en virtud de una orden legal judicial. Una citación judicial firmada por un juez es suficiente para permitir la divulgación de todos los registros sanitarios excepto los resultados de la prueba del VIH.

- Para las actividades relacionadas con la muerte.

Podríamos divulgar la información de salud del paciente, con excepción de los registros de tratamiento, a un médico forense con el fin de completar un certificado médico o la investigación de una muerte. Los resultados de las pruebas de VIH pueden ser revelados bajo ciertas circunstancias.

- Para la investigación.

Bajo ciertas circunstancias, y sólo después de un proceso de aprobación especial, podemos utilizar y divulgar su información médica para ayudar a conducir investigaciones.

- Para evitar una seria amenaza para la salud o la seguridad.

Podemos reportar nombre y otros datos relevantes de un paciente para el Departamento de Transporte si se cree que la visión del paciente, su condición física o mental afecta a la capacidad del paciente para ejercer un control razonable o normal de un vehículo automotor. La información de salud, incluidos los registros de tratamiento y los resultados de las pruebas de VIH, puede ser revelados cuando eso fuera necesario para proteger al paciente o a la comunidad de un peligro inminente y sustancial.

- Para la compensación de los trabajadores.

Podemos revelar su información médica en la medida en que dichos registros estén razonablemente relacionados con cualquier lesión por la que los trabajadores están solicitando alguna compensación

Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group no hará ningún otro uso o divulgación de su información de salud protegida sin su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización en cualquier momento, excepto en el caso de que Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group haya tomado acciones de seguridad sobre el mismo. Cualquier revocación debe ser por escrito.

Sus Derechos con respecto a su Información de Salud Protegida

Se le permite la petición de que se impongan restricciones sobre ciertos usos o divulgaciones de su información de salud protegida por Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group para llevar a cabo el tratamiento, pago o operaciones de atención médica. Debe solicitar dicha petición por escrito. No estamos obligados a acceder a su petición, pero si estamos de acuerdo, debemos atenernos a la restricción, excepto cuando su información de salud protegida sea necesaria en una situación de tratamiento de emergencia. En este caso, la información puede ser revelada únicamente a los proveedores de salud que lo estén tratando. Además, la restricción no se aplicará cuando sea requerido por ley revelar cierta información sanitaria.

Usted tiene el derecho de revisar y / o obtener una copia de su historial de salud, con la excepción de las notas de psicoterapia, o información compilada para el uso (o en anticipación para su uso) en una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo. Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group pueden denegar el acceso en virtud de otras circunstancias, en cuyo caso Usted tiene derecho a que tal negativa sea revisada. Podemos cobrar una tarifa razonable por la copia de sus registros.

Usted puede solicitar que Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group le envíe a Usted su información protegida de salud, incluyendo la información de facturación por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. También puede solicitar a que Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group no envíe información a una dirección o lugar en particular o que se ponga en contacto con Usted en una ubicación específica, como su lugar de empleo. Esta solicitud debe ser presentada por escrito. Cumpliremos con sus solicitudes razonables.

Usted tiene el derecho a solicitar a Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group que modifique partes de sus registros de salud, siempre y cuando dicha información sea mantenida por nosotros. Debe presentar esta solicitud por escrito, y bajo ciertas circunstancias, la solicitud puede ser denegada.

Usted puede pedir que se le envíe un recuento de las divulgaciones de su información de salud protegida hechas por Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group durante los seis años anteriores a la fecha dicha solicitud, a partir de las revelaciones hechas después del 14 de abril de 2003. No se requiere, sin embargo, el registro de las divulgaciones que hacemos en virtud de un consentimiento firmado o de una autorización.

Puede solicitar y recibir una copia impresa del presente Aviso, si hubiera recibido o aceptado recibir el Aviso electrónicamente previamente.

Cualquier persona o paciente puede presentar una queja ante Coastal Pain & Spinal Diagnostic Medical Group y / o el Secretario de Salud y Servicios Humanos si creen que sus derechos de privacidad han sido violados. Para presentar una queja ante Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, por favor, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad en siguiente lugar:

Privacy Office Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group
6221 Metropolitan St., Suite 201
Carlsbad, CA 92009
(760) 753-7127

Es la política de Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group que ninguna acción de represalia se hará contra cualquier individuo que se somete o transmite una queja de sospecha o real de incumplimiento o violación de las normas de privacidad.

Este aviso de privacidad es efectivo el 14 de abril del 2003.



Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc.

Nathan Miller, MD | Yogesh Patel, MD | Ankush Bansal, MD | Evan Goodman, MD

6221 Metropolitan St., Suite 201 Carlsbad, CA 92009

2020 Camino Del Rio N, Ste 805, San Diego, CA 92108

Phone: (760) 753-7127 Fax (760)334-0399

www.CoastalPainGroup.com

Política Financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos para la prestación de una asistencia médica excepcional. Una clara noción de nuestra política financiera del paciente es importante para nuestra relación profesional. Por favor entienda que el pago de los servicios es una parte importante de esa relación. El siguiente es un resumen de nuestra política de pago, por lo que requerimos que la lea y firme antes de cualquier tratamiento. Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de inscripción en su totalidad antes de ver al médico.

ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES, VISA Y MASTERCARD

RECLAMOS DE SEGURO

Vamos a facturar a todas las compañías de seguros médicos como una cortesía a usted sin costo adicional. Sí cobramos cualquier deducibles, copagos o previos saldos adeudados antes del tratamiento. **Usted es responsable de conocer los beneficios de su seguro, deducibles y la (s) exclusión (es) de su póliza.**

Si no proporciona información precisa y completa sobre su seguro a nuestra oficina, el paciente puede asumir la responsabilidad de toda la factura. Aunque podemos estimar lo que su compañía de seguros puede pagar, es la compañía de seguros la que hace la determinación final de su elegibilidad y beneficios. Si su compañía de seguros no tiene contrato con nosotros, Usted acepta pagar cualquier porción de nuestros gastos habituales no cubiertos por el seguro.

PAGO POR CUENTA PROPIA

Si usted no tiene seguro médico, se entiende que el pago de todos los servicios profesionales es al momento de su visita. Si usted paga los gastos en su totalidad el día del servicio, usted será elegible para nuestro descuento de pago oportuno. Los pagos parciales o pagos efectuados después de la fecha de servicio serán objeto de nuestras propias y habituales tasas. Todos los honorarios estimados pueden estar sujetos a cambios después de 30 días. **La tarifa normal sólo cubre las visitas al consultorio estándar; las inyecciones, procedimientos o estudios de laboratorios se cobrarán extra.**

FALTA DE ASISTENCIA A CITAS

La omisión de cancelar una cita programada con 24 horas de antelación y no presentarse a una cita programada resultará en un arancel **de cancelación** de \$50 por falta de asistencia. Por favor, ayúdenos a servirle mejor a mantener sus citas programadas.

CUENTAS ATRASADAS

Todos los saldos responsabilidad del paciente que permanezcan en mora o adeudados después de 120 días, sin respuesta a nuestras peticiones de pago, pueden ser referidos a una agencia de recolección. Una vez que una cuenta es entregada a dicha agencia de cobro, el paciente o la parte responsable tendrá que saldar la deuda con el organismo antes de programar tratamiento adicional.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. El pago es adeudado y exigible cuando los servicios sean prestados, a menos que se hubiesen hecho acuerdos con anterioridad con un coordinador de facturación. Todos los cheques devueltos están sujetos a una tarifa de devolución de cheque de \$ 25. El privilegio de escribir cheques será revocado y todos los pagos futuros serán aceptados con dinero en efectivo, tarjeta de crédito o giro postal.

Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague todas los reclamos directamente a Coastal Pain & Spinal Diagnostics y renunciará a cualquier pago que se me asigne a Coastal Pain. Autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros. He leído y entendido esta Política Financiera y al firmar a continuación, acepto que quedare vinculado por sus términos. Yo también entiendo y estoy de acuerdo en que tales términos pueden ser modificados cada tanto por la práctica.

Firma del Paciente o Parte Responsable

Fecha

Nombre Impreso



Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc.

Nathan Miller, MD | Yogesh Patel, MD | Ankush Bansal, MD | Evan Goodman, MD

6221 Metropolitan St., Suite 201 Carlsbad, CA 92009

2020 Camino Del Rio N, Ste 805, San Diego, CA 92108

Phone: (760) 753-7127 Fax (760)334-0399

www.CoastalPainGroup.com

Cuestionario del Paciente Nuevo

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de Hoy: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Altura: _____ Peso: _____ Sexo: Femenino Masculino

Correo electrónico: _____ Médico de Atención Primaria (PCP): _____

¿Cuál es su idioma preferido?: Inglés Español Otro: _____

¿Cuál es tu etnicidad?: No Hispano o Latino Hispanico o Latino Se Niega a Contestar

¿Cuál es su raza?: Indio o Nativo Americano de Alaska Afroamericano o Negro Asiático

Nativo de Hawai u Otra Isla del Pacífico Blanco Se Niega a Contestar Otro: _____

¿Cómo supo de nosotros? (Por favor marque todo lo que corresponda): MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

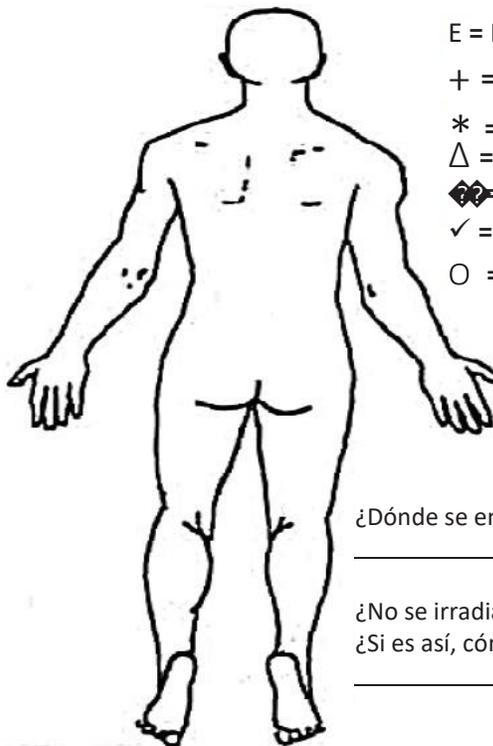
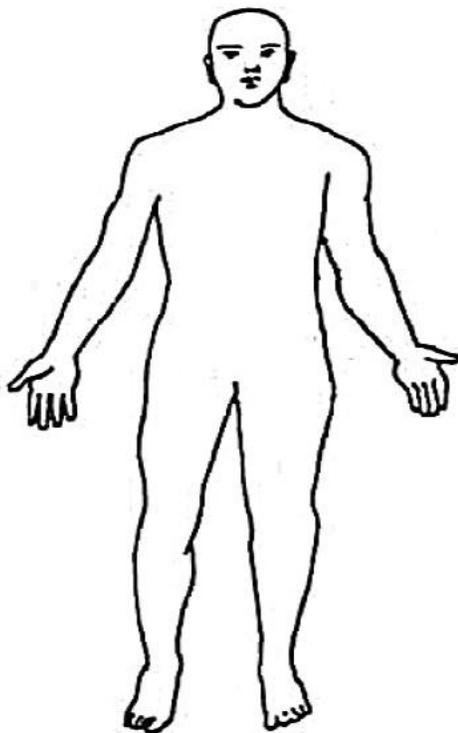
INTERNET FAMILIA AMIGO DE LA FAMILIA COASTAL PAIN PÁGINA WEB TV FACEBOOK PERIÓDICO

OTRO: _____

Razón de la visita: _____

DETALLES DEL DOLOR ACTUAL

Por favor indique todas sus áreas de dolor utilizando los siguientes símbolos para rellenar el siguiente diagrama:



E = Entumecimiento

+ = Agudo

* = Ardor

△ = Dolor

⚡ = Hormigueo

✓ = Punzante

○ = Otro: _____

¿Dónde se encuentra su dolor?

¿No se irradia su dolor?: Sí NO

¿Si es así, cómo?:

DETALLES DEL DOLOR ACTUAL (CONTINUACIÓN)

Responder a la siguiente 0 (sin dolor) a 10 (peor dolor imaginable)

Durante un día promedio, evalúe su nivel de dolor / malestar:

¿Cuál es su puntuación de dolor Actual? (0-10): **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

¿Cuál es su puntuación de dolor Media? (0-10): **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

¿Cuál es su Más Alta puntuación de dolor? (0-10): **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

¿Cuál es su puntuación de dolor Más Baja? (0-10): **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

¿Ha desarrollado alguna de las siguiente condiciones? (Por favor marque todo lo que corresponda):

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Pensamientos Suicidas | <input type="checkbox"/> Resfriado | <input type="checkbox"/> Vómitos |
| <input type="checkbox"/> Debilidad | <input type="checkbox"/> Pensamientos Homicidas | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Náuseas |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia Intestinal | <input type="checkbox"/> Dificultad Para Caminar | <input type="checkbox"/> Dificultad en el sueño | <input type="checkbox"/> Infección Actual |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia de Vejiga | <input type="checkbox"/> Problemas de Equilibrio | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Parestesia |
| <input type="checkbox"/> No he desarrollado recientemente cualquiera de los problemas anteriores | | | |

Por favor, indique el tipo de dolor / malestar que está teniendo (por favor marque lo que corresponda):

- | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agudo | <input type="checkbox"/> Pasadores y Agujas | <input type="checkbox"/> Ardor | <input type="checkbox"/> Constante |
| <input type="checkbox"/> Presión | <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Disparo | <input type="checkbox"/> Pulsante |
| <input type="checkbox"/> Persistente | <input type="checkbox"/> Pellizcos | <input type="checkbox"/> Hormigueo | <input type="checkbox"/> Palpitante |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Estiramiento | <input type="checkbox"/> Calor | <input type="checkbox"/> Calambre |
| <input type="checkbox"/> Aplastante | <input type="checkbox"/> Exprimir | <input type="checkbox"/> Cortante | <input type="checkbox"/> Escozor |
| <input type="checkbox"/> Comezón | <input type="checkbox"/> División | <input type="checkbox"/> Similar al shock | <input type="checkbox"/> Agotamiento |
| <input type="checkbox"/> Pesadez | <input type="checkbox"/> Puñalada | <input type="checkbox"/> Fatiga | |

CARACTERÍSTICAS DEL SÍNTOMA DEL DOLOR

¿Qué hace que su dolor mejore o empeore?: (Por favor marque uno para cada actividad)

Doblarse Hacia Atrás	Mejor	Peor	Ningún Cambio
Inclinarse Hacia Adelante	Mejor	Peor	Ningún Cambio
Torciendo	Mejor	Peor	Ningún Cambio
Pararse por Tiempo Prolongado	Mejor	Peor	Ningún Cambio
Sentarse por Tiempo Prolongado	Mejor	Peor	Ningún Cambio
Caminar	Mejor	Peor	Ningún Cambio
Acostarse Sobre su Espalda	Mejor	Peor	Ningún Cambio
Acostarse Boca Abajo	Mejor	Peor	Ningún Cambio
Cambios en el Clima	Mejor	Peor	Ningún Cambio
Subiendo Escaleras	Mejor	Peor	Ningún Cambio
Tos/Estornudos	Mejor	Peor	Ningún Cambio
Levantar Objetos	Mejor	Peor	Ningún Cambio
Levantarse de una Posición Sentada	Mejor	Peor	Ningún Cambio

Nombre del Paciente: _____

CARACTERÍSTICAS DEL SÍNTOMA DEL DOLOR (CONTINUACIÓN)

COMIENZO: ¿Cuándo comenzó el dolor? (Fecha): _____

SINCRONIZACIÓN: ¿Fue el dolor gradual o repentino? (Por favor marque uno): GRADUALMENTE REPENTINAMENTE

¿Es el dolor constante o intermitente? (Por favor marque uno): CONSTANTE INTERMITENTE

¿Cuándo su dolor es peor? (Por favor marque uno): DE MAÑANA DURANTE EL DÍA DE NOCHE

CONTEXTO: ¿Qué causó el episodio del dolor actual?: _____

EJERCICIO / TRABAJO

¿Es capaz de realizar sus actividades diarias?: Sí No

¿Hacer ejercicio?: Sí No En caso afirmativo, ¿qué hace?: _____

¿Cada cuánto hace ejercicio? (Por favor marque uno):

DIARIAMENTE 2-3 DÍAS DE LA SEMANA SEMANAL MENSUAL

¿Está actualmente con discapacidad o desea solicitarla?: Sí No

¿Está trabajando?: Sí No Ocupación: _____

OTRAS TERAPIAS PROBADAS

¿Cuál de las siguientes terapias ha probado y no han mejorado su dolor mejor, lo han hecho peor o no hubo ningún cambio?: (Por favor marque uno para cada tratamiento)

Terapia Física	Nunca intenté	Mejor	Peor	Ningún cambio
TENS	Nunca intenté	Mejor	Peor	Ningún cambio
Acupuntura	Nunca intenté	Mejor	Peor	Ningún cambio
La biorretroalimentación	Nunca intenté	Mejor	Peor	Ningún cambio
Soporte de Ayuda	Nunca intenté	Mejor	Peor	Ningún cambio
Tracción	Nunca intenté	Mejor	Peor	Ningún cambio
La Terapia Psicológica	Nunca intenté	Mejor	Peor	Ningún cambio
Inyecciones	Nunca intenté	Mejor	Peor	Ningún cambio
Cirugía	Nunca intenté	Mejor	Peor	Ningún cambio
Terapia de Masajes	Nunca intenté	Mejor	Peor	Ningún cambio
Quiropráctico	Nunca intenté	Mejor	Peor	Ningún cambio
Hielo	Nunca intenté	Mejor	Peor	Ningún cambio
Calor	Nunca intenté	Mejor	Peor	Ningún cambio
Ejercicio diario	Nunca intenté	Mejor	Peor	Ningún cambio
Otro:	Nunca intenté	Mejor	Peor	Ningún cambio

MEDICAMENTOS PROBADOS

¿Cuál de los siguientes medicamentos ha probado Usted para su dolor? (Por favor marque todo lo que corresponda):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Los Opioides (Vicodin, Percocet, etc) | <input type="checkbox"/> Medicamentos para el Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Medicamentos Para la Gota |
| <input type="checkbox"/> Anticonvulsivos | <input type="checkbox"/> Las Cremas Tópicas | <input type="checkbox"/> Los Estimulantes de Dopamina |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflamatorios | <input type="checkbox"/> Pastillas Para Dormir | <input type="checkbox"/> Cymbalta / Savella |
| <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas | <input type="checkbox"/> Antidepresivos | <input type="checkbox"/> Neurontin / Lyrica |
| <input type="checkbox"/> Relajantes Musculares | <input type="checkbox"/> Antirreumáticos | <input type="checkbox"/> AINE (Motrin, Aleve, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Esteroides Orales | <input type="checkbox"/> Medicamentos Para la Migraña | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

TRATAMIENTOS INTERVENCIONISTAS PARA EL DOLOR INTENTADOS

¿Cuál de los siguientes tratamientos intervencionistas ha intentado para su dolor? (Por favor marque todo lo que corresponda):

- Las Inyecciones de Faceta Los Bloqueos Nerviosos La Terapia Intratecal (bomba)
 Las Inyecciones Epidurales de Esteroides La Ablación por Radiofrecuencia Las Inyecciones de Puntos Gatillo
 Los Bloques de la Rama Médca Estimulador de la Médula Espinal La Vertebroplastia o Cifoplastia
 Otro: _____
 No he tenido ningún procedimientos intervencionistas realizados por mi problema de dolor actual

OTROS MÉDICOS CONSULTADOS

¿Cuál de los siguientes médicos ha consultado para aliviar el dolor?:

- Acupunturista Anestesiólogo Quiropráctico Dentista
 Endocrinólogo Médico ENT Médico General Hipnotizador
 Internista Neurólogo Oftalmólogo Cirujano Ortopédico
 Neurocirujano Médico del Dolor Fisioterapeuta Cirujano Plástico
 Podólogo Psiquiatra Psicólogo Reumatólogo
 Otro: _____

¿Hay algún litigio pendiente?: Sí No¿Su dolor está relacionado con un caso de compensación laboral?: Sí No¿Está involucrado en un caso de lesiones personales?: Sí No**ANTICOAGULANTES**¿Está usted tomando algún anticoagulante?: Sí No

Si es así, por favor marque todo lo que corresponda a continuación:

AINE	Aspirina	Aggrenox	Ticlopidina	Coumadin / Warfarina
La Heparina	Lovenox	Plavix	Otro: ____	

PRUEBA DE DIAGNÓSTICO Y DE IMAGEN

¿Cuál de las siguientes actividades ha realizado? Si es así, ¿cuándo?:

- RM Sí No Fecha: / /
 Discograma Sí No Fecha: / /
 Radiografía Sí No Fecha: / /
 EMG / CN Sí No Fecha: / /
 Los análisis de sangre relacionados con su actual problema de dolor Sí No Fecha: / /

 Otro: _____ No he tenido ninguna prueba de diagnóstico realizada por mi condición de dolor actual

Nombre del Paciente: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS (CONTINUAR)

Angina Enfermedad Vascular Periférica Fibromalgia Fractura Vertical por Compresión
Enfermedad Coronaria Flebitis Distrofia Simpática Refleja/CRPS
Ataque al Corazón Enfermedad Vascular

(9) Enfermedades Infecciosas

(5) Gastrointestinal
Incontinencia Intestinal GERD/Acidez Estomacal Hepatitis (A), (B), (C) Neumonía
Estreñimiento Sangrado Gastrointestinal VIH/SIDA Tuberculosis
Infección Actual

De Chron/Colitis Síndrome del Intestino Irritable
Colitis Historia de Úlcera Otro
Diarrea

(6) Respiratorio

Asma EPOC
Bronquitis Enfisema

Por favor describa: _____

¿Es usted alérgico al látex?: Sí No
¿Tiene alguna alergia al CONTRASTE?: Sí No
¿Tienes alguna alergia?: Sí No
Si es así, por favor indique: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS PASADOS

¿Ha tenido alguna de las siguientes cirugías? (Por favor marque todo lo que corresponda):

(1) Cabeza / Ojos / Oídos / Nariz / Garganta

Reparación de una Aneurisma Cirugía Sinusal
Craneotomía Amigdalectomía
Cirugía de Ojo Tiroidectomía
Cirugía plástica

(2) OB/BYN (Ginecología)

Cesárea Histerectomía
La Laparoscopia Exploratoria La Cirugía de Ovario
Parto Vaginal

(5) Abdominal

Apendectomía Liposucción
Laparoscopia Exploratoria
Eliminación de la Vesícula Biliar (Colecistectomía)

(3) Columna Vertebral

Discectomía Niveles/Año: _____
Laminectomía Niveles/Año: _____
Fusión Espinal Niveles/Año: _____

6) Otro

Cirugía del Pie Amputación de una Extremidad
Hemorroidectomía Cirugía Vascular

(4) Corazón
Reparación de una Aneurisma Marcapasos
La Cirugía de Derivación Cardíaca Colocacion de Stent
Reparación de la Válvula/Reemplazo

Otro: _____

HISTORIA FAMILIAR

¿Algún miembro de su familia inmediata ha tenido alguna de las siguientes condiciones? (Por favor marque lo que corresponda):

Dolor Crónico Diabetes Problemas de Riñón Historia Convulsion
 Artritis Hipertensión Problemas del Hígado Abuso de Alcohol
 Artritis Reumatoidea Enfermedad del Corazón Dolor de Cabeza Abuso de Drogas
 Cáncer Enfermedad Pulmonar Derrame Cerebral Depresión

HISTORIA SOCIAL

- ¿Bebe alcohol?: CON FRECUENCIA SOCIALMENTE NUNCA
- ¿Fuma?: Fumador Cotidiano Fumo a Veces
 Nunca he Fumado Fumador Ex Fumador
- ¿Usted usa drogas ilegales o ha usado drogas ilegales? SI, EN EL PASADO SÍ, Y AÚN USO NUNCA
- ¿Alguna vez ha abusado de los medicamentos recetados?: SÍ NO
- SÓLO PARA MUJERES: ¿Está embarazada o planea quedar embarazada?: SÍ NO

REVISIÓN DE SISTEMAS

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?: (Por favor marque todo lo que corresponda)

GENITOURINARIAS

Orinar con Frecuencia Urgencia Urinaria
 Dolor al Orinar Cálculos Renales
 Sangre en la Orina Enfermedad del Riñón
 Dolor de Costado

PIEL

Sequedad Comezón
 Erupción Úlceras
 Herpes Fiebre de Heno
 Las Alergias Estacionales

RESPIRATORIO

Falta de Aliento Tos
 Sibilancias Embolia Pulmonar

ENDÓCRINO

Intolerancia al Frío Intolerancia al Calor
 Calores

GASTROINTESTINAL

Dolor Abdominal Enfermedad del Hígado
 Diarrea Estreñimiento
 Reflujo Ácido/Acidez Hernia
 Sangre en la Orina Síndrome del IntestinoIrritable
 Enfermedad de úlcera Náuseas / Vómitos

MUSCULOESQUELÉTICO

Dolor de Espalda Dolor de Cuello
 Dolor en las Articulaciones Hinchazón de las Articulaciones
 Espasmos Musculares Rigidez en las Articulaciones
 Cambios de color de la piel Edema
 Sensibilidad Táctil Cambios de Temperatura de la Piel

NEUROLÓGICO

Síndrome del Túnel Carpiano Dolores de Cabeza
 Mareo Debilidad
 Entumecimiento Temblores
 Convulsiones Marcas de Nacimiento
 Las Migrañas Hidrocefalia
 Demencia Pérdida del Equilibrio/
 Coordinación

CONSTITUCIONAL

Fiebres Resfriado
 Sudores Nocturnos Sudoración Excesiva
 Pérdida de Apetito Insomnio
 Temblores Fatiga
 Inexplicable Pérdida o Subida de Peso

Cabeza/Ojos/Oídos/Nariz/Garganta

Visión Borrosa Zumbido en los Oídos
 Vértigo Pérdida de la Audición
 Boca Seca Sinusitis
 Los Olores Anormales Problemas Dentales
 Hemorragia Nasales Los Dolores de Oído
 Dolor de Garganta Los Problemas del Sino
 La Dificultad Para Tragar Gafas
 Lagrimeo Excesivo Las Cataratas
 Glaucoma

CARDIOVASCULAR

Desorden Sangrante Dolor de Pecho
 Desmayo Mareo
 Hinchazón de los Pies Alta Presión Sanguínea
 Falta de aliento Coágulos de Sangre
 Latido del Corazón Irregular Murmullo
 Marcapasos Angina
 Insuficiencia Cardíaca

PSIQUIÁTRICO

Depresión Ansiedad
 Estrés Dificultad Para Pensar
 Falta de Sueño

REPRODUCTIVO

Incapacidad Para Tener Relaciones Sexuales
 Debido al Dolor
 Disminución del Deseo Sexual



Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc.

Nathan Miller, MD | Yogesh Patel, MD | Ankush Bansal, MD | Evan Goodman, MD

6221 Metropolitan St., Suite 201 Carlsbad, CA 92009

2020 Camino Del Rio N, Ste 805, San Diego, CA 92108

Phone: (760) 753-7127 Fax (760)334-0399

www.CoastalPainGroup.com

Acuerdo de Tratamiento y Política de Recarga de medicamentos

Como parte de su tratamiento, nuestro personal médico le puede prescribir medicamentos opioides. Estos medicamentos pueden tener efectos secundarios graves si no se gestionan adecuadamente. Su salud y seguridad son muy importantes para nosotros, y necesitamos de su ayuda para asegurar que su tratamiento siga las pautas prescritas. Las recetas no le serán escritas a menos que acepte el siguiente contrato.

Yo, _____ entiendo que las posibles complicaciones de la terapia crónica con opiáceos puede incluir:
(En Letra de Imprenta)

- Estreñimiento, sequedad de boca, náuseas, vómitos o pérdida del apetito;
- Mareos, cansancio o confusión;
- Depresión respiratoria;
- Espasmos musculares, sudoración, prurito;
- Disminución de la orina;
- Disminución del deseo sexual;
- Dependencia física;
- Adicción;
- Sobredosis y muerte;
- (Sólo mujeres) El abuso de sustancias crónicas pueden presentar serios riesgos para el feto, por lo tanto, póngase en contacto con su proveedor inmediatamente si está o sospecha que puede quedar embarazada.

Si usted experimenta cualquiera de los siguientes efectos secundarios graves, deje de tomar el narcótico y busque inmediata atención médica de emergencia:

- Una reacción alérgica (dificultad al respirar, estrechamiento de la garganta; hinchazón de los labios, lengua, o cara, urticaria);
- Respiración débil o lenta, o cualquier otra dificultad para respirar;
- Convulsiones;
- Piel fría y húmeda;
- Debilidad o mareo severo;
- Inconsciencia

Los narcóticos pueden crear hábito. No deje de tomarlos de repentinamente.

Otros efectos secundarios diferentes a los mencionados aquí también pueden ocurrir. Por favor consulte a nuestro médico acerca de cualquier efecto secundario que parezca inusual o que le cause molestia.

Nombre del Paciente: _____

1. Estoy de acuerdo en seguir el esquema de dosificación prescrito por mi proveedor. Un uso de mi medicación en una proporción mayor **puede resultar en estar sin medicación durante un período de tiempo o excluido de la práctica.**
2. **NUNCA** voy a compartir, vender o intercambiar mi medicamento con nadie por ninguna razón.
3. Yo entiendo que soy el único responsable de la custodia de mis medicamentos. Voy a tratar a mis medicamentos como lo haría cualquier posesión valiosa. Yo sé que queda a discreción de **Coastal Pain reemplazar las prescripciones o medicamentos controlados PERDIDOS O ROBADOS, y en tales situaciones se someterá mi caso a una revisión exhaustiva, además de los análisis de orina y el recuento de pastillas al azar.**
4. Yo entiendo que no debería conducir o manejar maquinaria pesada mientras estoy tomando medicamentos que causan somnolencia o deterioro de la función cognitiva. Por favor, consulte el folleto "**Conducir cuando se está bajo Medicación**".
5. Estoy de acuerdo en notificar a Coastal Pain si experimento efectos adversos o problemas de dosificación con mis medicamentos prescritos. Se me puede solicitar que lleve el medicamento sobrante a Coastal Pain para su eliminación.
6. Estoy de acuerdo que si recibo de Coastal Pain una receta para una sustancia controlada, no se me permite aceptar recetas de sustancias controladas de cualquier otro profesional sin el consentimiento de mi médico.
7. Yo entiendo que el profesional puede obtener de forma rutinaria Informes de Actividad de los Pacientes del Departamento de Justicia de California, que proporciona una lista de todos los medicamentos controlados que están llenos en todas las farmacias. Como paciente sujeto al manejo del dolor, reconozco que seré sometido a un **análisis de orina al azar (la frecuencia habitual es de cuatro veces al año) o Suero de Toxicología y el recuento de pastillas. Entiendo que habrá un costo adicional del análisis de orina/ Suero de Toxicología del que seré responsable de. Si los resultados de la prueba de pantalla son positivos para las drogas ilegales, o no reflejan medicamentos recetados por el médico, entiendo que puedo ser referido para una evaluación adicional y/o despedido de la práctica.**
8. Entiendo que las recetas de medicamentos de recarga que involucran narcóticos para el dolor requieren una cita programada con el profesional en la oficina, y la solicitud telefónica para renovaciones de medicamentos narcóticos no será permitida. Yo entiendo que si me quedo sin mis medicamentos narcóticos debido al uso excesivo o a la pérdida de medicamentos, puede que no sea capaz de obtener recargas anticipadas. Entiendo que estar sin mis medicamentos narcóticos puede llevar al retiro y otros efectos adversos que pueden requerir ir a la sala de emergencias / atención urgente si experimento cualquier efecto adverso por no tener mis medicamentos. Para pedidos de reposición de medicamentos no-narcóticos, por favor calcule de 3-5 días para procesar.
9. Sé que se me puede pedir llevar cualquiera o todos mis medicamentos recetados a mi cita o en un tiempo aleatorio para un recuento de comprimidos.
10. Entiendo que Coastal Pain Medical Group puede escribir recetas de medicamentos narcóticos en una base de 30 días. Con el fin de recibir otra receta de medicamentos narcóticos debo programar otra visita al consultorio dentro de los 30 días (pero no antes de 28 días) de la fecha en la receta actual, para que mi médico puede evaluar adecuadamente mi progreso. Se pueden hacer excepciones a la única discreción del proveedor.
11. **Entiendo que mis renovaciones de medicamentos mensuales regulares no serán aceptadas después del horario normal, en fines de semana, o en días festivos.** En raras excepciones, una pequeña cantidad puede ser prescrita para cubrir hasta la siguiente cita.
12. El médico tratante o asistente médico tiene mi permiso para hablar de todos los detalles de diagnóstico y tratamiento con mi farmacéutico o con cualquier otro profesional a cargo del cuidado de mi salud para los fines de mantener rendición de cuentas.
13. Estoy de acuerdo en usar sólo una farmacia para mis medicamentos relacionados con el dolor. En el caso de que las circunstancias requieran la el uso de otra farmacia; notificaré a Coastal Pain inmediatamente y les proporcionaré toda la pertinente información de contacto. La farmacia que he seleccionado es:

Nombre de la Farmacia: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

14. Voy a mantener citas regulares y llamaré al menos 24 horas de antelación si tengo que reprogramar o cancelar. Yo entiendo que el fracaso para cancelar una cita de calendario de 24 horas de antelación y no presentarse a una cita programada, se cobrará un arancel de \$ 50 por falta de asistencia (**NOSHOW**).

Nombre del Paciente: _____

15. Yo entiendo que los medicamentos no pueden ser otorgados como consecuencia de citas canceladas o por falta de asistencia a las mismas. También entiendo que si yo llego más de 10 minutos tarde a mi cita programada, voy a tener que reprogramar para otro momento, y puedo estar sujetos al arancel por falta de asistencia (No Show).
16. Entiendo que debo tener una cita para ser visto en la oficina.
17. Coastal Pain Medical Group horas de triaje telefónico son de 8:00 am a 4:30 pm, de lunes a viernes, para preguntas sobre medicamentos y pedidos de reposición de NO-EMERGENCIA . Entiendo que Coastal Pain tiene una Línea de Emergencia de 24 horas y si por alguna razón no estoy en condiciones de encontrar a un proveedor, iré inmediatamente a la Sala de Emergencias para evaluación y tratamiento.
18. Yo entiendo que la conducta abusiva o acoso hacia cualquier personal de Coastal Pain no puede ser tolerado. Los doctores determinarán qué acciones pueden considerarse acoso analizando caso por caso y, si fuese probado, puedo ser despedido de la práctica.
19. Entiendo que el manejo de una receta falsificada, o el de medicamentos falsificados o alterados resultará en mi **despido inmediato** de Coastal Pain Medical Group.
20. Autorizo a mi proveedor y a mi farmacia a cooperar plenamente con cualquier ciudad, estado o Agencia de Aplicación de la Ley Federal, incluido el Directorio Estatal de Farmacias, en la investigación de cualquier posible uso incorrecto, venta u otra diversificación de mi medicamento para el dolor. Autorizo a mi proveedor a enviar una copia de este acuerdo a petición. Estoy de acuerdo con renunciar a cualquier privilegio o derecho de privacidad o confidencialidad aplicables respecto de estas autorizaciones.
21. Los servicios adicionales y trabajos de laboratorio, tales como análisis de drogas en orina / sangre (UDS) serán facturados por separado de la visita a la clínica estándar
22. Los riesgos y beneficios potenciales de estas terapias o procedimientos de medicación se explican en otra parte (y yo reconozco que he recibido tal explicación).
- 23. Doy fe de que no soy un peligro para mí mismo o para otros.**

Al firmar este acuerdo, afirmo que tengo todo el derecho y el poder para obligarme por el presente acuerdo y que he leído, entendido y aceptado estos términos. El incumplimiento de este acuerdo puede resultar en la exclusión de la práctica.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente (Impreso)

Compañía de Seguros Contratada

Por favor revise nuestra lista de los seguros. Tenga en cuenta que los contratos están sujetos a cambios. Si usted no ve a su seguro de salud en la lista, por favor, póngase en contacto con nuestra oficina para aclarar la situación, ya que quizás **NO** tenemos contrato con su proveedor.

Aetna	Medicare	Blue Shield	Scripps Health Plan
Cigna	Coventry	HealthNet	United Healthcare
Great West HMO	Blue Cross of California	Humana (Choice Care Network)	
Scripps Mercy Physician Partner IPA		Pacific Foundation for Medical Care	