

Kikkeri International, Inc.
dba Advanced Pain Solutions

Querido/a _____,

Su consulta está programada para _____ AM/PM en la oficina de Mesquite/Greenville

Por favor llegue 10-20 minutos temprano con **TODO** lo siguiente.

Incumplimiento de traer todo su documento resultara en la reprogramación de su cita.

- Su identificación válida de Texas con su fotografía
 - Si no la tiene disponible puede traer una factura de servicios públicos, contrato de alquiler/hipoteca como prueba de residencia
- Tarjetas de Seguro Medico
- Lista o frascos de sus medicamentos actuales
- **Una copia de su cita reciente con su doctor de cabecera y exámenes de laboratorio.**
- La cantidad adeudada del copago o deducible de la visita con el especialista
 - Si tiene alguna pregunta sobre la cantidad debida por su cita, por favor llame a nuestra oficina.
- Este paquete para pacientes nuevos con todas las páginas completas, **excepto** las firmas.
 - Tendremos que ser testigos de su firma cuando se registre.
 - Si por alguna razón no termina el papeleo antes de su cita, **debe llegar 1 hora antes.**

Si necesita cancelar o reprogramar su cita, le pedimos que notifique a la oficina con al menos un día hábil de anticipación. De lo contrario, se le cobrara una tarifa de \$25. Hacemos esto para asegurar que todos los pacientes puedan ser atendidos lo ante posible. Además, no permitiremos mas de 3 intentos programados ya que esto impide que se vean otros pacientes.

Como recordatorio, esta cita es solo una consulta. Después de la evaluación, queda a criterio del medico aceptarlo/a como paciente, recetarle medicamentos y/o ofrecerle tratamiento.

Mesquite (Main)

3865 Childress Avenue Suite A
Mesquite, TX 75150
972-681-7246

Greenville

3931 Joe Ramsey Boulevard Suite D
Greenville, TX 75401
972-681-7246

Kikkeri International, Inc.
dba Advanced Pain Solutions

Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad

Se me ha dado la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de esta clínica, que explica cómo se utilizará y divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad, una pila de la cual se mantiene en la sala de espera de los pacientes en el portapapeles para su lectura. Si desea una copia, por favor notifique a la recepcionista y se le entregará una.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Kikkeri International, Inc.
dba Advanced Pain Solutions

REGISTRO DEL PACIENTE

DATOS DEMOGRÁFICOS

Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____ Sexo: M F
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número Preferido #: () _____ Trabajo #: () _____
¿Podemos dejar un mensaje? Si No Email: _____
Empleador: _____ Full-time Part-Time No Empleado Retirado Estudiante
Estado Civil: Solo/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a
Contacto de Emergencia: _____ Número #: () _____
Relación al Paciente: _____
¿Lesión laboral? Si, fecha de lesión: _____ No ¿Demanda/reclamación presentada? Si No
¿Accidente de auto? Si, fecha de accidente: _____ No ¿Demanda/reclamación presentada? Si No

CIRCULO DE CUIDADO

| | |
|------------------------|---------------|
| Referido Por: _____ | Ciudad: _____ |
| Doctor Primario: _____ | Ciudad: _____ |
| Cardiólogo: _____ | Ciudad: _____ |
| Neumólogo: _____ | Ciudad: _____ |
| Reumatólogo: _____ | Ciudad: _____ |
| Nefrólogo: _____ | Ciudad: _____ |
| Otro: _____ | Ciudad: _____ |

INFORMACIÓN DE SU SEGURO MEDICO

Nombre del Seguro Primario: _____ Seguro Secundario: _____
Suscriptor Primario: _____ Suscriptor Secundario: _____
FDN del Suscriptor: _____ FDN del suscriptor: _____
Relación al Paciente: _____ Relación al Paciente: _____
de Póliza/ID: _____ # de Póliza/ID: _____
De Grupo: _____ # De Grupo: _____

INFORMACIÓN SOBRE SU FARMACIA

Farmacia Preferida: _____ Código Postal: _____ Teléfono: () _____

Kikkeri International, Inc.
dba Advanced Pain Solutions

HISTORIAL DE MANEJO DEL DOLOR

Fecha: _____ **Edad:** _____
Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Nombre de Seguro Medico: _____ **Fecha de Lesión:** _____
Doctor refiriendolo/a: _____ **Altura:** _____ **Peso:** _____

Problemas Actuales de Dolor:

1. Fecha de inicio del dolor: _____
2. Fecha del diagnóstico: _____
3. En qué circunstancias comenzó el dolor:
Accidente Laboral _____ Accidente en Hogar _____ Accidente en Auto _____ Despues de Cirugia _____
4. Describa brevemente su dolor (incluya la ubicación del dolor): _____

Las siguientes palabras puedan ayudarle:

- () Dolor () Palpitante () Punzante () Disparando () Ardor () Penetrante
() Agudo () Entumecido () Hormigueo () Constante () Intermitente
5. Intensidad del Dolor () Suave () Moderado () Severe () Excruciante
6. Que empeora su dolor? _____
- () Sentandose () De Pie () Caminando () Toser () Agacharse
() Ejercicio () Levantar () Respirar Profundamente () Estar de espalda
9. ¿Qué alivia el dolor? (Masaje, descanso, medicación, etc.)

10. Si toma algún medicamento para el dolor, describa su efecto: _____
No tomo medicamentos para el dolor. _____ No ayuda. _____
11. ¿Cuánto dura el alivio del dolor? (Horas) _____
12. ¿Cuántas veces al día lo tomas? _____
13. En las últimas dos semanas, ¿está tomando: más, lo mismo o menos analgésicos?
14. ¿El dolor ha causado depresión u otros problemas emocionales? _____
- Si es así, ¿ha buscado atención médica? _____
15. ¿El dolor ha afectado a su capacidad de trabajo? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____
16. ¿Interfiere el dolor en su sueño? _____
17. ¿El dolor ha afectado a su capacidad de disfrutar de la vida, de las relaciones personales, de otras? _____

18. En las últimas 24 horas, ¿cuál ha sido el alivio del tratamiento y de los medicamentos?

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

19. En las últimas 24 horas, ¿cómo calificaría su peor dolor?

(No Dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Dolor Insoportable)

Kikkeri International, Inc. dba Advanced Pain Solutions

20. Describa cualquier tratamiento anterior para su dolor:

| Tratamiento | Ubicación | Fecha | Respuesta |
|---|-----------|-------|-----------|
| Terapia física | _____ | _____ | _____ |
| Endurecimiento del trabajo | _____ | _____ | _____ |
| Programa del dolor | _____ | _____ | _____ |
| Inyecciones/bloqueos nerviosos | _____ | _____ | _____ |
| Otros (cirugía, TENS, acupuntura, quiropráctico, biorretroalimentación) | _____ | _____ | _____ |

21. ¿Cuál es su ocupación actual o su último trabajo? _____

Si no trabaja actualmente, ¿cuándo trabajó por última vez? _____

22. ¿Qué le impide volver a trabajar? _____

23. ¿Recibe una indemnización o un pago por discapacidad? _____

24. ¿Tiene una solicitud de indemnización o de pago por incapacidad? _____

25. ¿Está usted en litigio activo a causa de un dolor o una lesión? _____

26. ¿Le gusta su trabajo? _____

27. ¿Último grado completado? (Bachillerato, Universidad, Máster, Profesional) _____

28. Escribe con su mano derecha o izquierda? _____

REGISTRO MEDICO ANTERIOR

1. Encierra en un círculo cualquiera de las siguientes enfermedades que tenga o haya tenido:

| | | |
|-----------------------------------|--|----------------------------|
| Presión Arterial Alta | Úlcera de estómago | Asma |
| Angina de pecho | Vesícula biliar | Tuberculosis |
| Ataque de corazón | Enfermedad del colon | Gota |
| Soplo del corazón | Cirugía del corazón | Cancer |
| Hepatitis | Artritis reumatoide | Diabetes |
| Osteoartritis | Enfermedad vascular | Enfermedad de la tiroides |
| Enfermedad renal | Anemia | Convulsiones |
| Glaucoma | Trastornos hemorrágicos | Abuso de drogas |
| Perdida de peso reciente | Cambio en de la vejiga o del intestino | Trastorno bipolar |
| Depresión | Esquizofrenia | Síndrome del dolor crónico |
| Trastorno por déficit de atención | Trastorno obsesivo compulsivo | Otros _____ |

2. Por favor, indique todas las hospitalizaciones/cirugías anteriores:

| Diagnóstico/motivos | Fecha |
|---------------------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

3. Enumere las lesiones anteriores:

Kikkeri Internatinal, Inc dba Advanced Pain Solutions

4. Enumere los medicamentos que está tomando ahora:

| Medicamento (Nombre) | Dosis (MG) | Frecuencia (Veces al día) | Medicamento (Nombre) | Dosis (MG) | Frecuencia (Veces al día) |
|----------------------|------------|------------------------------|----------------------|------------|------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

5. Enumere los medicamentos a los que es alérgico:

| | |
|--------------------|---|
| <u>Medicamento</u> | Tipo de reacción (erupción, picor, hinchazón, etc.) |
| | |
| | |
| | |

HISTORIAL CLINICO FAMILIAR

Marque con un círculo la condición y descríbalas como sigue:

(P-Padre, M-Madre, HO-Hermano, HA-Hermana)

| | |
|------------------------------------|--|
| Presión arterial alta _____ | Ataque al corazón _____ |
| Diabetes _____ | Cancer _____ |
| Trastorno hemorrágico _____ | Convulsiones _____ |
| Trastornos neurológicos _____ | Dolor crónico _____ |
| Problemas con la anestesia _____ | Depresión _____ |
| Abuso de sustancias: Alcohol _____ | Drogas ilegales _____ Medicamentos recetados _____ |

HISTORIA SOCIAL

1. ¿Toma usted bebidas alcohólicas? ()Si ()No
En caso afirmativo, de qué tipo y, por término medio, cuántas por semana: _____

2. Hábitos de fumar: ()Si ()No ()Antes
En caso afirmativo, cuánto fuma y durante cuánto tiempo: _____

3. Historial de abuso de sustancias: ()Si ()No
 ¿Cuál? (Marque lo que corresponda): Alcohol Drogas Ilegales Drogas Recetadas

 ¿Historia del programa de desintoxicación de drogas? ()Si ()No

Lista de sustancias: _____

¿Historia de abuso sexual preadolescente? ()Si ()No

Advanced Pain Solutions Diario del Dolor

Primero - Marque en el dibujo donde USUALMENTE siente dolor.

XXXX Dolor Sordo

OOOO Dolor Ardiente

/////// Dolor Punzante

----- Dolor Agudo / Intenso

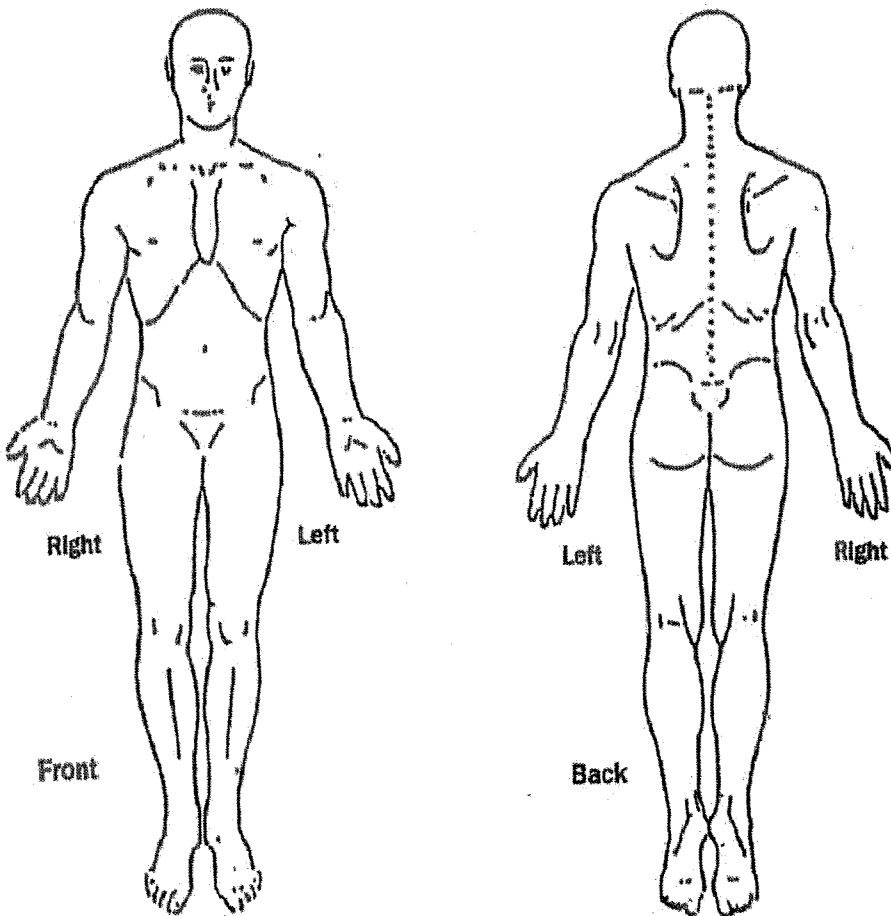
NOMBRE: _____

F.D.N: _____

FECHA: _____

FIRMA: _____

Segundo - Marque con un círculo la zona que más le duele



5 A's del Dolor Crónico

1. **ANALGESIA** - ¿Sus analgésicos reducen su dolor?
Si o No
2. **ACTIVIDAD** - ¿Sus analgésicos mejoran su nivel de funcionamiento?
Si o No
3. **EFFECTOS ADVERSOS** - ¿Sus analgésicos causan efectos secundarios?
Si o No
4. **COMPORTAMIENTOS ABERRANTES** - ¿Sus medicamentos para el dolor lo/la hacen actuar de manera extraña, rara o peculiar? Si o No
5. **AFECTAR** - ¿Sus analgésicos lo/la hacen sentir deprimido o agitado?
Si o No

SUS ANALGÉSICOS:

- A. ¿Te ayuda a aliviar tu dolor? (¿todavía necesitas analgésicos?) Si No
- B. ¿Te ayuda a ser más activa/o ? (¿Puede hacer más después de tomar su analgésico?) Si No
- C. ¿Causa náuseas? (que es tan fuerte que quiere cambiar su medicina para el dolor?) Si No
- D. ¿Te hace sentir con sueño o sedado? Si No
- ¿Necesita una receta para el estreñimiento inducido por opioides? Si No

Doctor de cabecera: _____ Fecha de los últimos exámenes laboratorios: _____

Escala de Dolor Mankoski

La escala numérica típica para medir el dolor es del 0 (sin dolor) al 10 (muy severo / intolerable). La escala de abajo explica los números.

| | | |
|----|---|--|
| 0 | Sin Dolor | No se necesitan medicamentos |
| 1 | Molestia muy leve - punzadas menores ocasionales | No se necesitan medicamentos |
| 2 | Molestia menor - punzadas fuertes ocasionales | No se necesitan medicamentos |
| 3 | El dolor puede ser tan molesto como para distraer | Los analgésicos suaves son eficaces. |
| 4 | Puede ser ignorado si está realmente involucrado en su trabajo, pero aún distrae | Los analgésicos suaves alivian el dolor 3 a 4 horas. |
| 5 | No se puede ignorar por más de 30 minutos | Los analgésicos suaves alivian el dolor 3 a 4 horas. |
| 6 | No puede ser ignorado por un período de tiempo, pero aún puede ir a trabajar y participar en actividades sociales. | Los analgésicos fuertes reducen el dolor durante 3 a 4 horas. |
| 7 | El dolor dificulta la concentración e interfiere con el sueño. | Aún puede funcionar con esfuerzo |
| 8 | Actividad física severamente limitada. Puede leer y conversar con esfuerzo. Las náuseas y los mareos pueden ocurrir como factores de dolor. | Los analgésicos más fuertes solo son mínimamente efectivos. Los analgésicos más fuertes reducen el dolor de 3 a 4 horas. |
| 9 | Incapaz de hablar, gritar o gemir incontrolablemente - cerca del delirio. | Los analgésicos más fuertes son solo parcialmente efectivos. |
| 10 | Inconsciente. El dolor te hace desmayar. | Los analgésicos más fuertes son solo parcialmente efectivos. |

Indique su grado de dolor en las últimas 2 semanas:

Mas Alto _____ Mas Bajo _____ Promedio _____

1. Se siente enfermo/a? Si o No
2. Tiene fiebre? Si o No
3. Que es su temperatura: _____

Indique en qué parte de su cuerpo se produce PEOR dolor: _____

Kikkeri International, Inc dba Advanced Pain Solutions

ACUERDO DE PACIENTE

De acuerdo con que Advanced Pain Solutions me acepte como nuevo paciente para aquellos problemas para los que acepte verme, estoy de acuerdo con lo siguiente:

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente cedo a Advanced Pain Solutions, todos los beneficios del seguro médico a los que pueda tener derecho ahora o en el futuro, en relación con los servicios médicos prestados por Advanced Pain Solutions. Por la presente autorizo el pago directo a terceros (seguros) directamente a Advanced Pain Solutions de los beneficios que me corresponden por sus servicios.

PAGO/INCUMPLIMIENTO: Entiendo y acepto que el pago se debe hacer en el momento en que se prestan los servicios médicos, a menos que se hayan hecho otros arreglos previamente. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no pagados por un tercero (seguro). En caso de que no pague las facturas relacionadas con mi tratamiento en Advanced Pain Solutions, me comprometo a pagar todos los cargos de cobranza y otros cargos, incluidos los honorarios de los abogados y las costas judiciales, que resulten de los esfuerzos de cobranza o los litigios relacionados con dichas facturas.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN: Por la presente doy mi consentimiento para que Advanced Pain Solutions y su personal liberen toda mi información médica protegida o entreguen informes verbales que consideren útiles para los siguientes fines:

- Para llevar a cabo el tratamiento, obtener el pago de los servicios prestados, o para las operaciones de atención médica (incluyendo la entrega de mensajes relacionados con mis citas, informes de laboratorio u otros, o mi estado médico, a las personas o contestadores automáticos, número de teléfono o dirección de correo electrónico que pueda identificar como medio de contacto, incluyendo los números de teléfono celular, de trabajo o de casa, o por correo electrónico).
- Para facilitar la comunicación por teléfono, fax o correo electrónico con personas que se identifiquen como representantes de cualquier agencia gubernamental estatal o federal que regule la asistencia sanitaria o de cualquier compañía de seguros que pueda ser responsable del pago de las facturas de Advanced Pain Solutions o de otras prestaciones para mí.
- A cualquier persona que me acompañe en caso de que me someta a un procedimiento quirúrgico o de otro tipo.
- Para fines de investigación y artículos científicos, siempre que no se me identifique específicamente.
- A los médicos anteriores y futuros, a los centros o a otros proveedores de atención médica que participen en mi atención, o a cualquier abogado que yo pueda designar de vez en cuando para que me represente.
- A cualquier persona que me acompañe a las visitas clínicas u otros encuentros con Advanced Pain Solutions y su personal, acepto específicamente que es mi responsabilidad excluir de dichos encuentros a las personas que no deseo que conozcan mi información médica protegida

Entiendo que Advanced Pain Solutions tiene el derecho de negarse a tratarme en caso de que no firme este consentimiento y entiendo y acepto que no existirá ninguna relación médico-paciente entre Advanced Pain Solutions y yo, a menos que y hasta que, firme este acuerdo sin restricciones.

Entiendo que tengo derecho a revocar este acuerdo en cualquier momento. El presente acuerdo seguirá siendo válido y tendrá plena vigencia hasta el momento en que yo lo revoque. Mi autorización para las divulgaciones u otras acciones bajo la autoridad de este acuerdo realizadas antes de dicha revocación, sobrevivirán a dicha revocación. Además, estoy de acuerdo en que si revoco cualquier parte de este consentimiento, mi acto de revocación de cualquier parte de este consentimiento, unilateralmente de mi parte, terminará nuestra relación médico-paciente. En el caso de mi revocación de cualquier parte de este consentimiento, me comprometo además a no intentar ser visto de nuevo por Advanced Pain Solutions como paciente sin volver a firmar o reactivar este consentimiento en su totalidad, o en el caso de que este consentimiento haya sido enmendado, revisado, sustituido, a cualquier consentimiento enmendado, revisado o sustituido que Advanced Pain Solutions requiera en ese momento. Además, por la presente libero y descargo a Advanced Pain Solutions de cualquier responsabilidad debido a cualquier acto previo realizado por Advanced Pain Solutions o su personal.

CONFIDENCIALIDAD DE LOS MENORES: Si soy menor de 18 años, autorizo a Advanced Pain Solutions a compartir toda la información actual o futura sobre mi(s) condición(es) médica(s) con mis padres o tutores.

LIMITACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: Entiendo que la clínica de Advanced Pain Solutions está sub-especializada y restringida a aquellas áreas en las que él está entrenado: manejo del dolor intervencionista. Con el fin de tener acceso a su experiencia dentro de sus sub-especialidades, como se limita más arriba, estoy de acuerdo en mantener Advanced Pain Solutions inofensivo para cualquier y todos los fallos en el diagnóstico, el tratamiento o la divulgación de las condiciones médicas, otras condiciones o hechos que no son parte de su restricción de la clínica, incluyendo pero no limitado a, todas las condiciones que no son de gestión del dolor. Además, estoy de acuerdo en que nuestra relación médico-paciente se limita a la gestión de sólo aquellos problemas que Advanced Pain Solutions de vez en cuando se compromete a tratar, y específicamente de acuerdo en que Advanced Pain Solutions tiene el derecho de rechazar, diagnosticar o tratar cualquier problema adicional que pueda tener o pueda desarrollar en el futuro. Por ejemplo, a modo de ilustración pero no a modo de limitación, Advanced Pain Solutions no tendrá ninguna obligación de verme o tratarme por, un dolor de hombro o cuello que desarrolle la fecha siguiente a la fecha de este acuerdo o en cualquier momento posterior, a menos que esté de acuerdo en el momento de dicha ocurrencia.

TESTIMONIO LEGAL: En el caso de que el paciente o los padres, tutores legales, herederos, patrimonio, cesionarios o representantes personales del paciente presenten una reclamación contra un tercero que resulte en cualquier obligación para Advanced Pain Solutions de proporcionar o preparar un testimonio, ya sea como testigo experto o material, el paciente se compromete a compensar a Advanced Pain Solutions por todo el tiempo empleado por Advanced Pain Solutions para probar o preparar el testimonio, incluyendo pero no limitándose al tiempo empleado en viajar, a esta tarifa habitual y acostumbrada como testigo experto en vigor en el momento de dicho testimonio, y a reembolsar a Advanced Pain Solutions todos los gastos incurridos en la prestación de dicho testimonio, incluyendo pero no limitándose al coste de los viajes, y acepta además que el pago de dicho testimonio se presente pagado. En el caso de que no se reembolse, el paciente acepta que el pago se haga con cualquier recuperación de dicha demanda como primera prioridad sobre todas las demás demandas, antes del desembolso de cualquier recuperación al paciente.

Kikkeri International, Inc. dba Advanced Pain Solutions

SEVERABILIDAD: Este acuerdo será legalmente vinculante para mí, el paciente, y los padres o tutores legales del mismo si es menor de edad, sus herederos, el patrimonio, los cesionarios, incluyendo todos los hijos menores de edad, y los representantes personales, ya que se interpretará de acuerdo con las leyes del Estado de Texas. Cualquier disputa que surja en virtud de este acuerdo, incluida la interpretación del mismo, se litigará en el condado de Dallas, Texas, y la jurisdicción será la misma. Si alguna parte, cláusula, disposición o condición de este acuerdo se considera nula, inválida o inoperante, dicha nulidad, invalidez o inoperancia no afectará a ninguna otra parte, cláusula, disposición o condición del mismo, pero el resto de este acuerdo será efectivo como si la parte, cláusula o disposición o condición nula, inválida o inoperante no se hubiera incluido en el mismo..

REGISTROS MÉDICOS DE OTROS PROVEEDORES: Por la presente autorizo y ordeno a todos los proveedores de atención médica anteriores, actuales y futuros a que proporcionen a Advanced Pain Solutions, a petición suya, cualquier parte o la totalidad de sus registros médicos, radiografías, informes u otra información relativa a mi atención médica en su posesión.

Por la presente, reconozco que la exactitud de la información en los formularios que he rellenado es fundamental para proporcionarme una atención médica adecuada y que la probabilidad de que se produzcan errores en el diagnóstico y el tratamiento aumenta significativamente por las inexactitudes u omisiones en estos formularios. Por la presente certifico que la información que he proporcionado en el paquete de información del paciente es exacta y completa a mi leal saber y entender.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente

Firma del Padre/tutor

Fecha

Nombre del Padre/tutor

Relacion

POLÍTICA FINANCIERA

Política financiera: Nos dedicamos a proporcionarle la mejor atención y servicio posibles, y consideramos que su comprensión de nuestras políticas financieras es un elemento esencial de su atención y tratamiento. Si tiene alguna pregunta con respecto a esta política, no dude en discutirla con la dirección de nuestra oficina. A menos que usted o su compañía de seguros de salud hayan hecho otros arreglos por adelantado, el pago completo se debe en el momento del servicio, y nos reservamos el derecho de cobrar por las citas perdidas, canceladas o interrumpidas sin 24 horas de aviso.

Su seguro: Requerimos el pago del coseguro, deducibles y copagos en el momento del servicio. Si tiene alguna cobertura de seguro, prepararemos y presentaremos sus reclamaciones por usted. Por favor llame a nuestra oficina de negocios al (972) 681-7246 si tiene alguna pregunta. En el caso de que su plan de salud determine que un servicio es "no cubierto", usted será responsable por el cargo completo. El pago se debe al recibir nuestro estado de cuenta. También facturaremos a su seguro médico todos los servicios prestados por Advanced Pain Solutions mientras usted estuvo en el hospital. Cualquier saldo adeudado es su responsabilidad legal y debe pagarse al recibir el estado de cuenta de nuestra oficina.

Acuerdo financiero y cesión de beneficios: Por la presente asigno, transfiero y cedo a Advanced Pain Solutions, todos y cada uno de los beneficios y todos los intereses y derechos (incluyendo las causas de acción y el derecho a exigir el pago) por los servicios prestados bajo cualquier póliza de seguro y cualquier plan de reembolso o de atención médica prepagada.

Reconozco que cualquier saldo no cubierto o pagado por dicha póliza o plan es mi responsabilidad legal. Además, estoy de acuerdo en que esta asignación **NO SERÁ RETIRADA NI ANULADA en ningún momento** hasta que la cuenta de esta atención médica sea pagada en su totalidad.

Pacientes menores de edad: Para todos los servicios prestados a los pacientes menores de edad, el padre o tutor del paciente es responsable del pago y debe acompañar al paciente menor de edad.

He leído, y entiendo, la política financiera de la práctica, y estoy de acuerdo en estar obligado por sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados de vez en cuando.

Firma del Paciente/Padre: _____ Fecha: _____

Nombre del **Paciente:** _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Kikkeri International, Inc. dba Advanced Pain Solutions

Autorización y Consentimiento del Paciente

Advanced Pain Solutions se compromete a cumplir con todos los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 2004.

Sección A: Autorización

Esta sección debe completarse para todas las autorizaciones. El paciente o su representante deben leer y poner sus iniciales en las siguientes declaraciones:

1. Yo autorizo a Advanced Pain Solutions a divulgar cualquier información médica o del Seguro necesaria para procesar mis reclamaciones médicas y coordinar o gestionar mi atención médica.

Iniciales: _____

2. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo a Advanced Pain Solutions. Pero, si revoco esta autorización, mi revocación no tendrá efecto sobre cualquier acción que Advanced Pain Solutions haya tomado antes de recibir mi revocación.

Iniciales: _____

Usted puede revocar esta autorización firmando un formulario de Autorización de Revocación y devolviéndolo a Advanced Pain Solutions. Para solicitar un formulario de autorización de revocación, puede preguntar a la recepcionista o ponerse en contacto con nuestra oficina al (972)681-7246.

3. Advanced Pain Solutions no basará la condición para el tratamiento o el pago de los servicios sanitarios en que usted complete y firme esta autorización.

Iniciales: _____

Para obtener información adicional sobre las divulgaciones de los usos de mi información médica, reconozco que puedo obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Advanced Pain Solutions en cualquier momento de la recepcionista o poniéndome en contacto con la oficina comercial mencionada.

Sección B: Consentimiento

En el caso de que un miembro de la familia o cuidador asista a mi visita al consultorio y esté en la sala de examen en el momento de la evaluación y/o tratamiento, doy a Advanced Pain Solutions y a sus médicos, asistentes médicos, enfermeras profesionales o empleados mi permiso para discutir libremente mi condición, tratamiento, diagnóstico, o cuestiones de seguro/pago con esa persona.

Iniciales: _____

¿Podemos dejar un mensaje en el teléfono de su casa? Si/No Si es así, ¿cuál es el número? _____

Podemos dejar un mensaje en su teléfono personal? Si/No Si es así, ¿cuál es el número? _____

Podemos dejar mensaje en su teléfono del trabajo? Si/No Si es así, ¿cuál es el número? _____

Nos dirigimos a nuestros pacientes por su nombre en nuestra oficina y en la recepción. Si no desea que lo hagamos, indíquelo aquí. _____

¿Con quién podemos hablar o divulgar información sobre su atención, tratamiento o diagnóstico?

_____ Relation to patient: _____

Nombre: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

**Kikkeri International, Inc.
dba Advanced Pain Solutions**

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT INFORMATION

Patient Name: _____ Date(s) of Service: ALL

Patient Date of Birth: _____ Social Security Number: _____

I, the undersigned, authorize the release of/or request access to the information specified below from the medical record(s) of the above-named patient.

PATIENT INFORMATION IS NEEDED FOR:

- Continuing Medical Care Social Security/Disability Personal Use
 Legal Purposes Other: _____

INFORMATION TO BE RELEASED OR ACCESSED:

- History & Physical Consultation Report Emergency Room Record
 Operative Reports Discharge/Death Summary Face Sheet
 Lab/Pathology Reports X-Ray Reports/Images External Prescription History

The above information may be released to:

| | | | |
|---|----------|-------|----------|
| Kikkeri International, PA dba Advanced Pain Solutions (972) 681-7246 (972) 681-1079 | | | |
| (Doctor, Hospital, Attorney, Insurance, Self, etc.) | | Phone | Fax |
| 3865 Childress Avenue, Suite A | Mesquite | Texas | 75150 |
| Street Address | City | State | Zip Code |

I understand that my records are confidential and cannot be disclosed without my written authorization, except when otherwise permitted by law. Information used to disclose pursuant to this authorization may be subject to redisclosure by the recipient and no longer protected. I understand that the specified information to be released may include, but is not limited to: history, diagnoses, and/or treatment of drug or alcohol abuse, mental illness, or communicable disease, including Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS).

I understand that treatment or payment cannot be conditioned on my signing this authorization, except in certain circumstances such as for participation in research programs, or authorization of the release of testing results for pre-employment purposes. I understand that I may revoke this authorization in writing at any time except to the extent that action has been taken in reliance upon the authorization. I understand that I may be charged a retrieval or processing fee for copies of my medical records according to Texas Hospital Licensing Law.

This authorization will expire upon discharge unless I revoke the authorization prior to that time or unless otherwise specified.

Patient/Guardian Signature: _____ Date: _____

If guardian, relationship to patient: _____ Printed Name: _____

Kikkeri International, PA
dba Advanced Pain Solutions

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACUERDO DE MEDICINA DEL DOLOR
CONFORME LO REQUIERE EL CONSEJO MÉDICO DE TEXAS

REFERENCIA: CODIGO ADMINISTRATIVO DE TEXAS, TITULO 22 PARTE 9, CAPITULO 170
5ta Edición: Desarrollada por la Sociedad del Dolor de Texas, Enero 2021 (www.texaspain.org)

NOMBRE DE EL/LA PACIENTE: _____ FECHA: _____

A EL/LA PACIENTE: Como paciente, usted tiene el derecho de estar informado(a) acerca de su afección y el procedimiento médico o diagnóstico o terapia con medicamento que se empleará, para que usted tome una decisión informada para tomar o no el medicamento(s) conociendo los riesgos y peligros que se involucran. No es la intención de esta información asustarle o alarmarlo(a), sino que es un esfuerzo para que esté mejor informado(a) para que dé o no su consentimiento/permiso para usar el medicamento que se le recomienda a usted por mí, como su médico. La relación paciente Médico es importante y la intención es informarle acerca de las expectativas del médico que son necesarias para conformidad del paciente. Para propósito de este acuerdo el uso de la palabra “Médico” se define para incluir no solo a su médico sino a los asociados autorizados de su médico, asistentes médicos, enfermera especializada, asistentes técnicos, enfermeras, personal y otros proveedores de atención a la salud conforme sea necesario o aconsejable para tratar su afección médica.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y/O TERAPIA CON MEDICAMENTO: Yo le solicito de manera voluntaria a mi médico (nombre en la parte inferior de este acuerdo) que trate mi afección de dolor crónico, la cual es un afección de dolor que persiste más allá del curso normal de una enfermedad aguda o sanación de una lesión. Por medio del presente acuerdo autorizo y doy mi consentimiento voluntario a mi médico para que me administre o me dé una receta(s) para medicamentos peligrosos y/o controlados como parte del tratamiento de mi dolor crónico

Se me ha explicado que este medicamento(s) incluye opiáceos/narcóticos. He discutido con mi médico de Medicina del Dolor los riesgos y beneficios de usar sustancias controladas para el tratamiento de dolor crónico, incluyendo una explicación de: (a) diagnóstico; (b) plan de tratamiento; (c) resultados terapéuticos que se anticipan, incluyendo expectativas realistas para prolongado alivio del dolor, mejora en mi funcionamiento y la posibilidad de falta de alivio del dolor; (d) terapias además de o en lugar de terapia con medicamento, incluyendo terapia física o técnicas psicológicas; (e) posibles efectos secundarios y como manejarlos; (f) efectos adversos incluyendo la posible dependencia, adicción, tolerancia y abstinencia; y (g) posibles complicaciones y falta de juicio y habilidades motoras. Se me ha explicado cómo se enumera a continuación, los métodos alternos de tratamiento, posibles riesgos involucrados y la posibilidad de complicaciones. Entiendo que la lista no está completa y que solo describe los efectos secundarios o reacciones más comunes y que una sobredosis accidental, lesión y muerte solo son posibilidades como resultado de tomar estos medicamentos.

Entiendo que consumir simultáneamente sustancias sedantes como alcohol, o consumir tipos adicionales de medicamentos controlados sedantes como benzodiazepinas, junto con opiáceos aumenta mi probabilidad de sobredosis accidental, lesión y muerte. Si en la situación poco común se indica medicamento que yo reciba múltiples tipos de sustancias controladas, entiendo que voy a requerir estrecha supervisión de especialistas médicos para aumentar mi seguridad. Estoy de acuerdo en seguir sus instrucciones sobre el uso apropiado de estos medicamentos. El alterar el uso de los medicamentos de acuerdo a las instrucciones es motivo para discontinuar la terapia de dolor.

EL MEDICAMENTO(S) ESPECIFICO QUE MI MÉDICO PLANEA RECETARME SE DESCRIBE Y DOCUMENTA APARTE DE ESTE ACUERDO. ESTE INCLUYE EL USO DE MEDICAMENTOS PARA PROPOSITOS DIFERENTES A LO QUE HA SIDO AUTORIZADO POR LA COMPANIA DE MEDICAMENTOS Y EL GOBIERNO (ALGUNAS VECES ESTO SE REFIERE A RECETAS “USO FUERA DE ETIQUETA”). MI MÉDICO EXPLICARA SU PLAN(ES) DE TRATAMIENTO PARA MI Y LO DOCUMENTARA EN MI HISTORIAL MÉDICO.

ME HAN INFORMADO Y ENTIENDO QUE ME VAN A HACER PRUEBAS Y EXAMENES MÉDICOS ANTES Y DURANTE MI TRATAMIENTO.

Esas pruebas incluyen revisiones aleatorias sin anunciar para medicamentos (orina, sangre, saliva o cualquier otra prueba que indique o considere necesaria mi médico en cualquier momento) y evaluaciones psicológicas si y cuando se consideren necesarias, y yo por medio de la presente doy permiso que se hagan pruebas o el rehusarme puede llevar a la terminación del tratamiento. La presencia de sustancias no autorizadas o la ausencia de sustancias autorizadas puede resultar en que me den de alta del cuidado de mi Médico de Medicina del Dolor.

ENTIENDO QUE LOS EFECTOS SECUNDARIOS MAS COMUNES QUE PUDIERAN OCURRIR POR EL USO DE LOS MEDICAMENTOS QUE SE USAN EN MI TRATAMIENTO INCLUYEN PERO NO ESTAN

LIMITADOS A: estreñimiento, náusea, vómito, exceso de somnolencia, comezón, retención urinaria (imposibilidad de orinar), hipotensión ortostática (baja presión sanguínea), arritmia (ritmo cardíaco anormal), insomnio, depresión, impedimento para razonar y falta de juicio, depresión respiratoria (respiración lenta o sin respiración), impotencia, tolerancia a medicamento(s), dependencia física y emocional o hasta adicción y muerte. Si me siento somnoliento(a) o si no estoy pensando de manera clara, no me voy a involucrar en ninguna actividad que pueda ser peligrosa para mí o para alguien más. Estoy consciente de que, aunque yo no lo note, mis reflejos y tiempos de reacción, aún pueden estar lentos. Dichas actividades incluyen, pero no están limitadas a: el uso de maquinaria pesada o vehículo, trabajar en alturas no protegidas o ser responsable de otra persona que no se puede cuidar a sí misma.

Se me han explicado los métodos alternos para tratamiento, el posible riesgo involucrado y las posibles complicaciones y aun así deseo recibir medicamento(s) para el tratamiento de mi dolor crónico.

La meta de este tratamiento es ayudarme a obtener control de mi dolor crónico para poder vivir una vida más productiva y funcional. Estoy consciente de que puedo tener una enfermedad crónica y de que hay una probabilidad limitada de que me cure por completo, pero la meta de tomar el medicamento(s) con regularidad es reducir (pero probablemente no eliminar) mi dolor para que pueda disfrutar de una calidad de vida mejorada. Comprendo que el tratamiento puede requerir el uso de medicamento(s) prolongado o continuo, pero una meta apropiada de tratamiento también puede significar el eventual retiro del uso de todos los medicamentos. Mi plan de tratamiento será diseñado específicamente para mí. Entiendo que puedo abandonar este plan de tratamiento y discontinuar el uso de medicamento(s) en cualquier momento y que notificaré a mi médico acerca de cualquier uso que descontinúe. Además, entiendo que si es necesario se me proporcionara supervisión médica cuando descontinúe el uso de medicamentos.

Entiendo que no se me ha hecho ninguna garantía con respecto a los resultados de cualquier terapia o cura con medicamentos. El uso de medicamentos a largo plazo para tratar dolor crónico es controversial debido a la incertidumbre con respecto al punto hasta donde proporcionan beneficio a largo plazo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de mi afección y tratamiento, riesgos de no aceptar el tratamiento y terapia con medicamento, tratamiento médico o procedimiento(s) de diagnóstico que se usara para tratar mi afección y los riesgos y peligros de dicha terapia con medicamento, y creo que cuento con suficiente información para dar este consentimiento informado.

Solo para pacientes mujeres:

Por lo que yo se **NO estoy embarazada.**

Si no estoy embarazada, tomare las precauciones apropiadas para evitar el embarazo durante el tratamiento. Acepto que es **mi responsabilidad** informar inmediatamente a mi Médico si me embarazo.

Si estoy embarazada o no estoy segura, LE INFORMARE INMEDIATAMENTE A MI MÉDICO.

Entiendo que, en la actualidad, no se han llevado a cabo suficientes estudios en el uso, a largo plazo, de muchos medicamento(s) para asegurar la completa seguridad a mi bebé(s) nonato(s). Con completo conocimiento de esto, doy mi consentimiento para su uso y libero de toda responsabilidad a mi médico por lesiones al embrión, feto o bebé.

ACUERDO PARA MEDICINA DEL DOLOR:

ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:

Que este acuerdo de medicina para el dolor se relaciona con mi uso de cualquier y todos los medicamento(s) llamados medicamentos peligrosos y/o sustancias controladas (p.ej., opiáceos, también llamados narcóticos o analgésicos y otros medicamentos recetados) para dolor crónico recetados por mi médico. Entiendo que para todos los medicamentos existen

muchas leyes federales y del estado estrictas, reglamentos y políticas con respecto al uso y prescripción de sustancia(s) controlada(s). **Por lo tanto, los medicamento(s) solo se proporcionarán siempre y cuando cumpla con las reglas que se especifican en este Acuerdo.**

El término “Médico de Medicina del Dolor” a continuación significa su Médico de Medicina del Dolor de cabecera que está controlando su dolor, o el Médico Asistente o Enfermera Especializada del médico u otro médico que cubra a su Médico de Medicina del Dolor de cabecera.

Mi Médico de Medicina del Dolor puede en cualquier momento optar por discontinuar el medicamento(s). El no cumplir con cualquiera de los lineamientos y/o condiciones pueden discontinuar el medicamento(s) y/o darme de alta del cuidado y tratamiento. El darme de alta puede ser inmediato por cualquier comportamiento criminal.

(El/la Paciente debe Confirmar Todas las Disposiciones al Poner sus Iniciales)

_____ Estoy consciente de que todas las recetas de sustancias controladas están siendo monitoreadas por el Consejo de Farmacias del Estado de Texas y mi Médico de Medicina del Dolor puede tener acceso cada vez que se escriba una receta y por mi farmacéutico cada vez que se me dé una receta.

_____ No consumiré alcohol o usaré sustancias ilegales (tales como marihuana, heroína, cocaína, metanfetaminas, etc.) mientras se me receten sustancias peligrosas y controladas para el tratamiento de dolor crónico.

_____ Cuando se solicite, estoy de acuerdo en someterme en cualquier momento, sin previo aviso, a pruebas de laboratorio para niveles de medicamento, incluyendo pruebas de orina y/o sangre, para detectar el uso de medicamento(s) no recetados y recetados. Si mi prueba sale positiva para alcohol o sustancia(s) ilegales, se puede dar por terminado el tratamiento para dolor crónico. También, puede ser necesaria una consulta con, o referencia a, un experto, tal como someterse a una evaluación psiquiátrica o psicológica por un médico calificado tal como un adictólogo o médico que se especialice en detoxificación y rehabilitación y/o terapia cognitiva conductual/psicoterapia.

_____ **No se resurtirán recetas antes de la fecha programada.** Sin embargo, se permite resurtir antes cuando vaya a viajar y haga arreglos por adelantado de la fecha en que vaya a viajar. De lo contrario, no espero recibir medicamento(s) adicionales antes de la fecha de mi siguiente receta programada, aunque se me termine la receta. Mi Médico de Medicina del Dolor puede limitar el número y frecuencia del surtido de las recetas.

_____ Entiendo que mi medicamento(s) será surtido con regularidad. Entiendo que mi medicamento(s) es exactamente como dinero. **Si cualquiera de los dos se pierde o me lo roban y le proporciono a mi Médico de Medicina del Dolor una copia del reporte de la policía, mi Médico de Medicina del Dolor después de revisar cuidadosamente mi situación, puede expedir antes una receta.**

_____ Mi Médico de Medicina del Dolor manejará todos mis síntomas de dolor crónico. **Solo mi Médico de Medicina del Dolor puede recetar Medicinas Peligrosas y Sustancias Controladas para el tratamiento de dolor crónico.** Recibiré medicamento(s) de sustancias controladas **solo de un Médico de Medicina del Dolor**, a no ser que sea una emergencia o el medicamento(s) que me está recetando otro médico es autorizado por mi Médico de Medicina del Dolor. Información acerca de que he estado recibiendo medicamento(s) recetado por otros médicos que no han sido autorizados por mi Médico de Medicina del Dolor pueden llevar a que se me descontinúe el medicamento(s) y tratamiento. Todas las demás cuestiones relacionadas con salud deben ser manejadas por mi médico de cabecera y mis otros especialistas.

_____ Estoy de acuerdo en que **le informaré a cualquier médico** que me pueda tratar por cualquier otro problema(s) médico que estoy inscrito(a) en un programa de medicina del dolor y que he firmado este Acuerdo de Medicina del Dolor.

_____ Por medio del presente doy **permiso** a mi Médico de Medicina del Dolor de discutir todos los detalles de diagnóstico y tratamiento con mi otro médico(s) y mi farmacéutico(s) con respecto a mi uso de medicamentos recetados por mi otro médico(s). Le doy permiso a mi Médico de Medicina del Dolor de obtener cualquier y todos mis historiales médicos necesarios para diagnosticar y tratar mis condiciones de dolor.

_____ Usare el medicamento(s) **exactamente de acuerdo a instrucciones de mi Médico de Medicina del Dolor. Cualquier aumento no autorizado** en la dosis del medicamento(s) puede ser causa de que se descontinúe mi tratamiento(s) del dolor.

_____ Si cualquier otra persona aparte de mi Médico de Medicina del Dolor me receta medicamento(s) para tratar dolor agudo, postcirugía o dolor crónico, le **daré** esta información a mi Médico de Medicina del Dolor durante o antes de mi siguiente visita, lo cual debe incluir, como mínimo, el nombre e información de contacto de la persona que expidió la receta, la fecha de la receta, el nombre y cantidad del medicamento prescrito y la farmacia que lo dispensa.

_____ Alertaré a mi médico si recibo una receta para Naloxona o cualquier opioide antagonista los cuales están diseñados para revertir los efectos de una sobredosis accidental o intencional de medicamento para el dolor.

_____ Todo medicamento(s) se debe obtener en **una farmacia asignada por mí**, con la excepción de aquellas circunstancias para las cuales no tengo control o responsabilidad, que me evitan obtener los medicamentos recetados en mi farmacia designada. Si surge la necesidad de cambiar de farmacias, se le debe informar a mi Médico de Medicina del Dolor en o antes de mi siguiente visita, las circunstancias y la identidad de la farmacia. Usaré solo una farmacia y le proporcionaré al farmacéutico una copia de este acuerdo. Autorizo a mi Médico de Medicina del Dolor que libere mi historial médico a mi farmacéutico conforme sea necesario.

_____ Mi avance será evaluado periódicamente y si mi medicamento(s) no está mejorando mi función y calidad de vida, **se puede descontinuar mi medicamento(s).**

_____ De acuerdo a lo que recomiende mi Médico de Medicina del Dolor, debo **cumplir con todas mis citas de seguimiento** o se puede descontinuar mi tratamiento.

_____ Estoy de acuerdo en **no** compartir, vender o de lo contrario permitir que otras personas, incluyendo mi familia y amistades tengan acceso a mis medicamentos.

_____ **No usaré ningún producto de cannabidiol (CBD) a no ser que uno de mis médicos me haya recetado Epidiolex, e inmediatamente le proporcionaré el nombre del médico y pruebas de laboratorio para poder estar seguro(a) de que no está causando problemas con los medicamentos que estoy tomando actualmente. Entiendo que el uso de productos CBD sin receta aumentan mi riesgo de no pasar las pruebas de drogas en orina debido a la presencia de sustancias ilegales presentes en muchos de los productos CBD que se venden sin receta.**

_____ Estoy de acuerdo de que me vean **en persona durante visitas a la oficina** porque en Texas es ilegal usar *Telehealth* para el tratamiento de dolor crónico con sustancias controladas.

_____ Si le parece a mi Médico de Medicina del Dolor que no hay beneficios que se hayan demostrado en mi función diaria o calidad de vida con el medicamento(s), entonces **mi Médico de Medicina del Dolor puede**

probar medicamento(s) alternos o me puede disminuir gradualmente todo medicamento(s). No responsabilizaré a mi Médico de Medicina del Dolor por problemas causados por discontinuar el medicamento(s).

_____ Reconozco que mi dolor crónico representa un problema complejo el cual se puede beneficiar de terapia física, psicoterapia, atención con medicina alterna, medicina para el dolor de intervención (p.ej., inyecciones de esteroides, ablaciones de nervio, implantes para aliviar el dolor, etc.) etc. También reconozco **que mi participación activa** en el manejo de mi dolor es extremadamente importante. Estoy de acuerdo en **participar activamente en todos los aspectos del programa de medicina del dolor** que recomienda mi Médico de Medicina del Dolor para aumentar mi función y mejorar la calidad de vida.

_____ Entiendo que muchos medicamentos que se recetan para dolor crónico producen efectos secundarios graves incluyendo somnolencia, mareo y confusión. El alcohol aumentara todos estos efectos secundarios y lo discontinuaré antes de empezar con estos medicamentos.

Certifico y estoy de acuerdo con lo siguiente (El/la Paciente Debe Reconocer Todas las Disposiciones al Poner sus Iniciales):

_____ 1) Actualmente **no estoy usando drogas ilegales ni estoy abusando de medicamento(s) recetados** y no estoy recibiendo tratamiento para dependencia de sustancias (adicción) o abuso. Estoy leyendo y estoy celebrando este acuerdo mientras me encuentro en completa posesión de mis facultades y no bajo la influencia de ninguna sustancia que pudiera afectar mi juicio.

_____ 2) **Nunca me he visto involucrado(a)** en la venta, posesión ilegal, mal uso/desviación o transporte de sustancias controladas (narcóticos, pastillas para dormir, pastillas para los nervios, o analgésicos) o sustancias ilegales (mariguana, cocaína, heroína, etc.).

_____ 3) **No se me ha hecho ninguna garantía ni seguridad** con respecto a los resultados que se pueden obtener por el tratamiento de dolor crónico. Con completo conocimiento de los posibles beneficios y posibles riesgos involucrados, doy mi consentimiento para tratamiento de dolor crónico, ya que comprendo que me brinda la oportunidad de tener una vida más productiva y activa.

_____ 4) He revisado los efectos secundarios del medicamento(s) que se puede emplear en el tratamiento de mi dolor crónico. **Entiendo completamente las explicaciones con respecto a los beneficios y riesgos de este medicamento(s) y estoy de acuerdo en usar estos medicamentos para el tratamiento de mi dolor crónico.**

_____ 5) Si acepto ser paciente de esta clínica y recibo sustancias controladas para controlar mi dolor, este Acuerdo de Medicina del Dolor substituye a cualquier otro acuerdo de manejo del dolor que yo haya firmado en el pasado.

Nombre e información de contacto para la farmacia

Nombre Impreso de el/la Paciente

Nombre Impreso del Médico (o Asistente Debidamente Autorizado(a))

Firma de el/la Paciente

Firma del Médico (o Asistente Debidamente Autorizado(a))

Kikkeri International, PA
dba Advanced Pain Solutions

Nagaraj S. Kikkeri, MD
Shikaripur Manjunath, MD
Ranjit Sundhu, MD
Trent McPherson, PA-C
Sandhya Philip, RN, APN

Kikkeri International, Inc. dba Advanced Pain Solutions

DIRECTRICES SOBRE LA MEDICACION

Para tratar su dolor de forma eficaz, pueden utilizarse ciertos medicamentos que son sustancias controladas. Por lo general, se trata de potentes analgésicos (calmantes) que deben utilizarse con cuidado, según lo prescrito por su médico. Estas directrices están diseñadas para mejorar la comunicación entre el médico y el paciente y mantener una estricta responsabilidad, tal y como exige la ley estatal, pero sobre todo, para proporcionarle un programa de medicación seguro y eficaz.

Iniciales: _____ 1. Los analgésicos están diseñados para reducir el dolor a niveles manejables, no para eliminarlo por completo. En algunas situaciones, esto puede no ser posible.

Iniciales: _____ 2. A veces, la medicación puede tardar varios días o semanas en alcanzar su objetivo. Durante este tiempo, le sugerimos encarecidamente que tome la medicación tal y como se la han recetado.

Iniciales: _____ 3. Si cree que su medicación no es eficaz o desarrolla efectos secundarios, pida una cita para que le vean. Debe traer los medicamentos en el momento de la visita. **Si no lo hace, no podremos prescribirle alternativas.**

Iniciales: _____ 4. Los efectos secundarios de los analgésicos incluyen, entre otros, somnolencia, confusión, adormecimiento, alteración de los reflejos, náuseas, vómitos, estreñimiento, alteración de la respiración y picor. No debe manejar ningún vehículo de motor ni ninguna maquinaria pesada cuando empiece a tomar cualquier analgésico, cambie la dosis o se sienta somnoliento, adormecido o alterado.

Iniciales: _____ 5. Los cambios o ajustes de la medicación no se harán por teléfono. Usted necesita ser visto en la oficina, por lo que sus preocupaciones se pueden abordar adecuadamente.

Iniciales: _____ 6. Los medicamentos recetados deben tomarse estrictamente según lo ordenado, no sólo por razones de seguridad sino para mantener la relación médico-paciente. **El no hacerlo puede resultar en la terminación de los privilegios de prescripción.**

Iniciales: _____ 7. Los pacientes que toman la medicación deberán acudir a la consulta al menos una vez al mes para reponerla y ajustarla.

Iniciales: _____ 8. No se le permitirá reponer su medicación hasta (tres) 3 días antes. Es su responsabilidad asegurarse de que la medicación se reponga correctamente.

Iniciales: _____ 9. **ADVANCED PAIN SOLUTIONS NO REPONE LOS MEDICAMENTOS POR TELÉFONO DESDE SU FARMACIA.**

Iniciales: _____ 10. **POR FAVOR, LLAME A SU FARMACIA Y PÍDALES QUE ENVÍEN POR FAX UNA SOLICITUD DE REPOSICIÓN PARA QUE PODAMOS REPONER UN MEDICAMENTO. ALGUNOS MEDICAMENTOS NO SE PUEDEN REPONER DE ESTA MANERA. SE REQUIERE UNA VISITA AL CONSULTORIO.**

Iniciales: _____ 11. Tenga en cuenta que Advanced Pain Solutions **NO** reemplaza los medicamentos perdidos o robados.

Iniciales: _____ 12. Advanced Pain Solutions prescribe medicamentos específicos para el tratamiento del dolor. Otros tipos de medicamentos (presión arterial, diabetes, etc.) deben ser gestionados por su médico de referencia.

Firma del Paciente: _____ Nombre: _____
Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

Kikkeri International, Inc.
dba Advanced Pain Solutions

**Consentimiento para el Tratamiento por parte de
Enfermeras Profesional y Asistentes Médicos**

Los profesionales de la enfermería (NP) y los asistentes médicos (PA) son profesionales de la salud con licencia para ejercer la medicina bajo la supervisión de un médico. Los enfermeros y los asistentes médicos realizan exámenes físicos, diagnostican y tratan enfermedades, solicitan e interpretan pruebas, aconsejan sobre la atención sanitaria preventiva y ayudan en la cirugía. Los PN y AP se forman en programas de educación intensiva acreditados para el profesional de la enfermería o el asistente médico. Una vez graduados, deben realizar un examen de certificación nacional para obtener la licencia estatal.

Entiendo que la enfermera o el asistente médico y el médico trabajan juntos como un equipo para proporcionar mi atención médica.

Este acuerdo permanecerá en vigor hasta que yo indique lo contrario.

Firma del Paciente/Padre/Tutor: _____

Nombre en molde: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

ADVANCED PAIN SOLUTIONS

Todo paciente debe tener un médico de atención primaria (hogar médico)

Todos los pacientes que están bajo el cuidado de Advanced Pain Solutions están obligados a tener un médico de cabecera (Medical Home). La terapia crónica con opioides es de alto riesgo y debe ser integrado con sus otras condiciones médicas. Se requiere que los pacientes se sometan a un y obtener análisis de laboratorio al menos una vez al año. Las pruebas de laboratorio anuales requeridas son es el siguiente:

Recuento sanguíneo completo, CBC

Panel metabólico completo, CMP

Análisis de orina completo

Nivel de testosterona, para los hombres

Se requiere un electrocardiograma para los pacientes que toman metadona

Se recomiendan los niveles de vitamina D y cortisol

Si no ha visitado a su médico de cabecera para su examen anual y de laboratorio requerido, ocurrirá lo siguiente (a menos que otros arreglos hayan sido aprobados por su proveedor). que su proveedor haya aprobado otros arreglos).

- Se le recordarán nuestras políticas y procedimientos y se le dará un plazo de 2 meses para cumplirlos
- Si después de 2 meses no ha obtenido su examen anual y los análisis de laboratorio, sus citas se cambiarán a cada 2 semanas. Las reposiciones de recetas también se cambiarán a cada 2 semanas.

Si no ha realizado el examen anual y los análisis de laboratorio después de otros 2 meses, se le retirará la medicación para el dolor (a menos que se hayan aprobado otros aprobado por su proveedor).

Por favor, pida una copia de su examen anual y laboratorios y pida a su proveedor que envíe por fax estos registros al 972-681-1079.

NOMBRE EN MOLDE

FECHA DE NACIMIENTO

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA