



Advanced Spinal  
Pain Management  
**Aldon B. Williams, M.D., PA**

(EN BLOK POR FAVOR)

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Teléfono en casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Información de Paciente**

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

**Apellido****Nombre**

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Clave Postal \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Casado  Viudo  Soltero  Menor Separado  Divorciado  Juntos por \_\_\_\_\_ años

Empleado/ Escuela \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección Empleado/ Escuela \_\_\_\_\_ Teléfono de empleado/Escuela (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, a quien se le debe notificar? \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Aseguro Primario**

Persona Responsable de la Cuenta \_\_\_\_\_

**Apellido****Primer Nombre****Segundo**

Relación al Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección (si diferente del paciente) \_\_\_\_\_ Telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Clave Postal \_\_\_\_\_

Patrón de persona responsable \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección de Negocio \_\_\_\_\_ Teléfono de negocio \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

Numero de Contrato \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_ Numero de Subscritor \_\_\_\_\_

**Aseguración Adicional**Tiene este paciente aseguración adicional?  SI  NO

Nombre de Subscritor \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección (si diferente del paciente) \_\_\_\_\_ Telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Clave Postal \_\_\_\_\_

Patrón de Subscritor \_\_\_\_\_ Teléfono de negocio (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Numero de Contrato \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_ Clave postal \_\_\_\_\_

**Asignación y liberación**

Yo certifico que yo, y/o mi dependiente(s), tenemos cobertura de aseguración con \_\_\_\_\_ y

(nombre de compañía (s) de seguro)

Asigno directamente al Dr. \_\_\_\_\_ todos beneficios de aseguración, si hay, de otra manera pagados a mi por servicios rendidos. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos financieros sean pagados por el seguro o no. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las submisiones de aseguración.

El medico llamado arriba puede usar mi informacion de asistencia medica y puede revelar dicha informacion a la (s) Compañia (s) de aseguración y sus agencias con el proposito de obtener pago por servicios y determinacion de beneficios de aseguración o beneficios pagables por servicios relacionados. Este consentimiento terminara cuando mi plan de tratamiento se complete o a un año de la fecha firmada abajo.

Firma de Paciente, Padre, Guardian o Representante Personal

Fecha

Nombre en BLOK de Paciente, Padre, Guardian o Representante Personal

Fecha



Advanced Spinal  
Pain Management  
**Aldon B. Williams, M.D., PA**

**Reconocimiento de Revisión de:**

Iniciales

\_\_\_\_\_ 1.

**Aviso de Prácticas Privadas**

Yo he revisado el aviso de Prácticas privadas de esta oficina, el cual explica como mi información médica será usada y revelada. Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

\_\_\_\_\_ 2.

**Derechos Y Responsabilidades de Paciente**

Yo he revisado y firmado que he recibido una copia de los derechos y responsabilidades de Paciente.

\_\_\_\_\_ 3.

**Directivos de Anticipo**

El Acto de Autodeterminación Paciente se hizo **ley** el día 1ro de Diciembre, 1991. Como resultado, las organizaciones de asistencia médica que reciben pagos de Seguro de enfermedad y Asistencia médica tienen que proveer a pacientes adultos de la información escrita sobre sus derechos de tomar la decisión sobre el cuidado medial.

He recibido la información escrita sobre las Directivas de Anticipo y he sido dado la oportunidad de expresar mi intención.

\_\_\_\_\_ 4.

**Revisión de Satisfacción Paciente / Número de Contacto**

He sido informado que puedo expresar mis preocupaciones en cualquier momento y puedo completar La Revisión de Satisfacción de Paciente para cualquier visita a esta instalación y puedo solicitar que un gerente de personal ayude a resolver cualquier preocupación que puedo tener. En caso de que los empleados de la instalación sean incapaces de dirigirse a mis preocupaciones, me han proporcionado la dirección y número de teléfono para el Departamento de Texas de Salud, Licenciando y División de Conformidad.

\_\_\_\_\_ 5.

**Revelación Financiera y Aviso de Beneficiario Avanzado**

He examinado y he firmado que he recibido una copia de la Revelación Financiera y soy consciente del Aviso de Beneficiario Avanzado.

\_\_\_\_\_ 6.

**Carta General de Paciente**

He examinado y firmado que he recibido una copia de la Carta General de Paciente.

**Paciente debe inicial a la izquierda de cada numero antes de firmar abajo.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Guardián o Representante Personal

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente / Guardián o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de Autoridad del Representante Personal

## Derechos de Paciente y Responsabilidades

Los pacientes deben ser tratados con respeto, consideración y dignidad.

Se proporcionara intimidad apropiada a los pacientes.

Datos de los pacientes se trataran con confidencialidad, excepto cuando autorizado por ley, se les dará la oportunidad a los pacientes aprobar o negar su liberación.

Se les proporcionara a los pacientes, al grado información conocida, apropiada acerca de su diagnóstico, tratamiento, y pronóstico. Cuando es médicamente aconsejable dar tal información a un paciente, la información será proporcionada a una persona designada por el paciente o a una persona legalmente autorizada

Se les dará a los pacientes la oportunidad de participar en decisiones relacionadas a su asistencia medica excepto cuando dicha participación es contradicha por razones medicas.

Información debe ser disponible a los pacientes y personal medica acerca:

- Todas las susodichas declaraciones
- Conducta y responsabilidad de Paciente
- Servicios disponibles en Advanced Spinal Pain Management
- Provisiones de cuidado medico después de horas y de emergencia
- Cargos de servicio medico
- Política de pago
- El derecho del Paciente de rechazar participar en investigación experimental

Usted puede pedir a la recepción información adicional o un folleto si requiere más información sobre estos temas.

La mercadotecnia o anunciando en cuanto al competencia y / o las capacidades de la organización no engañará a pacientes.

## Responsabilidades del Paciente

Usted tiene la responsabilidad de darnos la información mas franca que pueda darnos sobre su salud, pasada y presente e informarnos de cualquier tratamiento que esta recibiendo y medicamentos o drogas que Ud. este tomando, incluyendo **vitaminas, verbas o terapia de dieta.**

Usted tiene la responsabilidad de mantenernos informados sobre cualquier cambio de dirección o numero de teléfono donde se puede localizar.

Usted tiene la responsabilidad de pagar lo más que pueda en los cargos de su cuenta, y hacer estos pagos lo más pronto posible.

Usted tiene la responsabilidad de seguir sus instrucciones de descarga de procedimiento quirúrgicas incluso la reexaminación de ser requerida y hacer cualquier pregunta sobre algo que usted no entiende totalmente.

Usted tiene una responsabilidad de llegar a tiempo a su cita y si no puede cumplir con su cita, debe cancelar lo más pronto posible.

Su firma certifica al hecho que usted entiende el susodicho y usted acepta sus responsabilidades.

\_\_\_\_\_

**Firma de Paciente o guardián**

\_\_\_\_\_

**Testigo**

\_\_\_\_\_

**Fecha**





Advanced Spinal  
Pain Management  
**Aldon B. Williams, M.D., PA**

**CUESTIONARIO DE CONTACTO DE PACIENTE**

1) Favor de anotar el nombre de la persona a quien se le puede informar de su condición medica en general y su diagnostico (incluyendo tratamiento, pago y operaciones de asistencia medica)

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

2) Favor de apuntar el nombre de una persona(s) a quien usted autoriza que venga por su receta (Con una identificación vigente y válida)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

3) Favor de anotar de otra persona que no sea la persona anotada arriba a quien se le puede contactar sobre su condición medica **SOLAMENTE EN CASO DE EMERGENCIA:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

4) Favor de anotar la dirección a donde Usted quiere que se le envíe su estado de cuenta y/o correspondencia de nuestra oficina si no a su hogar.

Attn: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

5) Favor de anotar el numero de teléfono a donde quiere recibir llamas sobre sus citas, laboratorios, rayos X, o otra información, o asistencia médica que no sea su numero de teléfono en casa:

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

6) Se le pueden dejar avisos de sus citas en su contestador automático o voicemail?

\_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

\_\_\_\_\_  
Nombre en molde

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Firma de empleado que entra en información en base de datos:** \_\_\_\_\_



Advanced Spinal  
Pain Management  
**Aldon B. Williams, M.D., PA**

**ELECTRONIC MEDICAL RECORD PERMISSION FORM**

Dear Patient;

This letter is to inform you that we have an electronic medical records system in place for all medical documentation. Every time you visit our Center, we access your records by utilizing our computer system. We may schedule at Advanced Spinal Pain Management. All your visit documentation is stored in one medical records data base. The Department of Health State Services requires that we inform you regarding our systemic process of storing and accessing your medical records in our facilities. At any time, your medical record may be accessed by your physician and his staff.

We are requesting your signature to verify that we have provided you with this information.

Thank you,  
Advanced Spinal Pain Management

I have been informed and understand the above explanation as stated:

Patient Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FORMA DE PERMISO DE REGISTRO MÉDICO ELECTRÓNICO**

Estimado Paciente:

Esta carta es para informarle que tenemos un sistema de archivos médicos electrónico en uso para toda la documentación médica. Cada vez que Usted visita nuestro Centro, tomamos sus archivos médicos utilizando nuestro sistema de computadora. Podemos hacerle sus citas en Advanced Spinal Pain Management. Toda su documentación de sus citas es guardada en nuestra base de datos de archivos médicos. El Departamento de Servicios de Estado de Salud requiere que le informemos en cuanto a nuestro proceso sistémico del almacenaje y tener acceso a sus archivos médicos en nuestras instalaciones. En cualquier momento su expediente médico puede ser accesado por su médico, o alguno de los otros tres doctores en la clínica y de su personal.

Solicitamos que con su firma verifique que le hemos proveído de esta información.

Gracias,  
Advanced Spinal Pain Management

He sido informado y entiendo la susodicha explicación como declarada:

Firma de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_


  
**Advanced Spinal  
Pain Management**  
**Aldon B. Williams, M.D., PA**

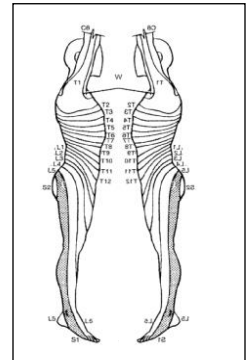
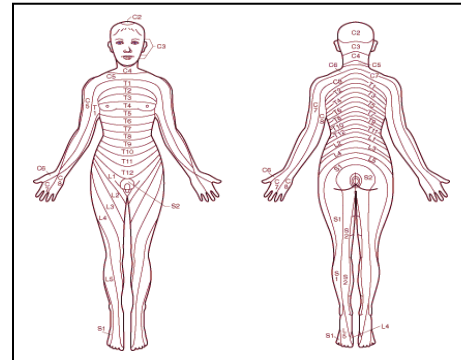
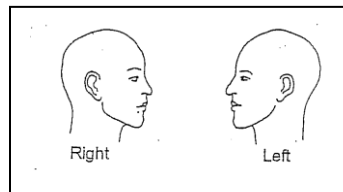
**CUESTONARIO MEDICO DE PACIENTE**

(Favor de contestar **TODAS** las preguntas usando tinta **NEGRA**)

1. Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_
2. Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_
3. **CUANDO** empezó su **DOLOR**? (Mes y Año) \_\_\_\_\_
4. Como empezó su **DOLOR**?  Accidente Automovilístico  Después de Cirugía  Trabajo  Caída  
 Otro (describir) \_\_\_\_\_
5. QUEJA DE DOLOR (en breve & especificado) \_\_\_\_\_
6. Marque donde esta localizado su dolor:

0 = Sin Dolor  
1-2 = Lento  
3-5 = Moderado  
6-8 = Severo  
9-10 = Peor

Tipo de dolor  
C = Agudo  
D = Puñaladas  
E = Embotado  
F = Ardiente  
G = Picando  
H = Presión  
I = Punzando  
J = Disparado  
K = Palpitando  
L = Adormecimiento  
M = Acalambrado



7. Hacia donde **RADIA** su dolor (dispara o camina) sobre su cuerpo?  Si  No
  - a. Donde empieza? \_\_\_\_\_
  - b. Donde termina? \_\_\_\_\_
8. Cuando ocurre su **DOLOR**? (Marque TODO lo que aplica)
 

<input type="checkbox"/> descansando	<input type="checkbox"/> sentado	<input type="checkbox"/> andando
<input type="checkbox"/> levantando	<input type="checkbox"/> agachado	<input type="checkbox"/> parado
<input type="checkbox"/> tosiendo	<input type="checkbox"/> destornudando	<input type="checkbox"/> orinando
<input type="checkbox"/> hacienda el cuerpo	<input type="checkbox"/> clima esta _____	<input type="checkbox"/> otro _____
9. Que calma su **DOLOR**? (Marque TODO lo que aplica)
 

<input type="checkbox"/> acostado	<input type="checkbox"/> sentado	<input type="checkbox"/> medicamentos	<input type="checkbox"/> calor	<input type="checkbox"/> blocs de nervio
<input type="checkbox"/> levantar la rodilla al pecho	<input type="checkbox"/> masaje	<input type="checkbox"/> alcohol	<input type="checkbox"/> pararse	<input type="checkbox"/> frío
<input type="checkbox"/> sexo	<input type="checkbox"/> TENS unit	<input type="checkbox"/> otro _____		
10. Que empeora su **DOLOR**? (Marque TODO lo que aplica)
 

<input type="checkbox"/> acostado	<input type="checkbox"/> andando	<input type="checkbox"/> agachado	<input type="checkbox"/> masaje	<input type="checkbox"/> frío
<input type="checkbox"/> sexo	<input type="checkbox"/> parando	<input type="checkbox"/> estrés	<input type="checkbox"/> calor	<input type="checkbox"/> sentado
				<input type="checkbox"/> otro _____
11. Su **DOLOR** esta:  igual  aumentando  disminuyendo
12. Acaso su **DOLOR** lo despierta durante la noche?  Si  No Cuntas veces por noche? \_\_\_\_\_

13. Cuantos estudios diagnósticos se ha hecho, cuando y donde? (Favor de proveer examen actual y/o reportes en su primera visita)

<u>Estudio</u>	<u>Fecha</u>	<u>Posición</u>
<input type="checkbox"/> Rayos X	___/___/___	_____
<input type="checkbox"/> CAT Scan	___/___/___	_____
<input type="checkbox"/> MRI	___/___/___	_____
<input type="checkbox"/> Myelogram	___/___/___	_____
<input type="checkbox"/> EMG	___/___/___	_____
<input type="checkbox"/> Scan de hueso	___/___/___	_____
<input type="checkbox"/> Otro	___/___/___	_____
<input type="checkbox"/> Otro	___/___/___	_____

14. Alergia a medicamentos? \_\_\_\_\_  
 Otras alergias? \_\_\_\_\_

15. Cuales **MEDICAMIENTOS** esta tomando Ud. **PARA EL DOLOR** y con que frecuencia?

Medicamentó, Dosis, Frecuencia	Medicamento, Dosis, Frecuencia

16. Que **OTROS MEDICAMIENTOS** esta tomando?

Medicamento, Dosis, Frecuencia	Medicamento, Dosis, Frecuencia

17. Puede Ud. tomar sus pastillas solo?     No Aplica     Si     con ayuda

18. Esta Ud. embarazada?     Si     No     No Aplica

19. Ha sido Ud. revisado en la Sala de Emergencia por su **DOLOR**?     Si     No

20. Ha tenido Ud. Terapia Física para su **DOLOR**?     Si     No    Si la respuesta es **si**, cuantas semanas?  
 # de semanas \_\_\_\_\_ Cuando/Donde? \_\_\_\_\_  
 # de semanas \_\_\_\_\_ Cuando/Donde? \_\_\_\_\_

21. Ha tenido Ud. decadencia reciente/significativa en ambulación?     Si     No

22. Anote todos los Médicos que Ud. ha consultado o los que lo han tratado en el pasado. **Favor de indicar su medico primario en el #1.**

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

23. Recibe Ud./o ha Ud. recibido Servicios Social de Casa?     Si     No  
 Favor de anotar la agencia? \_\_\_\_\_

**24. HISTORIA MÉDICA**

Favor de anotar problemas medicas del pasado y la fecha aproximada de tratamiento.

<u>Problema Medica</u>	<u>Fecha de Tratamiento</u>	<u>Problema Medica</u>	<u>Fecha de Tratamiento</u>
<input type="checkbox"/> Alta Presión de Sangre _____		<input type="checkbox"/> Ataque de Corazón _____	
<input type="checkbox"/> Golpe de Sangre _____		<input type="checkbox"/> Cáncer Tipo _____	
<input type="checkbox"/> Epilepsia _____		<input type="checkbox"/> Angina _____	
<input type="checkbox"/> Diabetes _____		<input type="checkbox"/> Crohns _____	
<input type="checkbox"/> Hepatitis _____		<input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> Asma _____		<input type="checkbox"/> Otro _____	

Comentarios: \_\_\_\_\_



25. **HISTORIA MEDICA PASADA** (favor de anotar fecha y tipo de cirugía)

Cirugía y Fecha	Cirugía y Fecha

26. Recientemente tiene Ud. o ha tenido:

	Si	No		Si	No
Lentes para leer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio de Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escalofrío/Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida de audiciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de corazón o pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latido de corazón anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enronquecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tobillos Mal Hinchados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para atragantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calambres de Ternero con Andar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausea o vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de Apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor Estomacal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Muela/Diente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en movimientos de intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipación Frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apagones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuencia de orín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansancio nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erupción Frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortografía caliente o Fría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio de peso reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tensión Nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Mas de 10 lbs.)

Comentarios: \_\_\_\_\_

27. Que tipos de **CIRUGIA** y/o **BLOKS DE NERVIOS** ha tenido Ud. para su **DOLOR** y **CUANDO?**

Cirugía	Mes y Año	Cirugía	Mes y Año

28. **HISTORIA FAMILIAR** (Existen estas condiciones medicas en su familia?)

Si	No	Condición	Si	No	Condición
		Cardiovascular (corazón)			Canceres
		Pulmonaria (pulmones)			Gastrointestinal (estomago)
		Renal/Genitourinaria (riñones)			Neurológica/Genético (nervios)
		Endocrino			Hematológica (sangre)
		Musculoskeletal (huesos/músculos)			Inmunología (alergia)
		Psiquiátrico			Otro

**HISTORIA SOCIAL**

- Esta Ud. empleado?  Si  No En donde? \_\_\_\_\_
- Es Ud.  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  otro \_\_\_\_\_
- Tiene Ud. niños?  Si  No # de niños \_\_\_\_\_
- Favor de decirnos de sus aficiones \_\_\_\_\_
- Hace Ud. ejercicio regularmente?  Si  No Que clase? \_\_\_\_\_
- Mi papel de familia es:  Cuidado de Hogar  Cuidado de Niños  Partidario Único  Asiste de trabajo
- Antes de mi dolor, era: \_\_\_\_\_

29. Al **presente**, fuma Usted?  Si  No

**SI** Cuantos cigarrillos? \_\_\_\_\_ día / semana / mes  
 Que tipo (circule)? Cigarro Cigarrillos Pipa Marca? \_\_\_\_\_

Ha tratado de dejar de fumar?  Si  No Cuantas veces? \_\_\_\_\_

Usa Ud. ayudas para dejar de fumar?  Si  No (como chicle de nicotina, spray, parche, etc.)

Favor de anotar: \_\_\_\_\_

Esta dispuesto a dejar de fumar?  Si  No

**NO** Tiene Ud. historia de fumar  Si  No

Cuando dejo de fumar? \_\_\_\_\_ (Año)

30. Toma Ud. alcohol  Si  No Es Ud. un tomador social?  Si  No  
 Que frecuencia? \_\_\_\_\_ día / semana / mes Tipo? Cerveza / Vino / Licor  
 Que tanto? \_\_\_\_\_ vasos / botellas / botes  
 Si Ud. es un tomador pesado, ha tratado de dejar la tomada?  Si  No Que tantas veces? \_\_\_\_\_

31. Ha tenido Ud. una problema de abuso de sustancia o droga?  Si  No  
 Favor de especificar? \_\_\_\_\_

32. Desde que empezó el **DOLOR** de que se preocupa?  Nada  
 Finanzas  Habilidad de dormir, quedar dormido y cansancio durante el día  
 Familia y Niños  Perdida de actividades sociales y recreacionales  
 Deseo, interés, habilidades sexuales  Que el dolor sea para siempre  
 Habilidad de hacer dinero  Que se identifiquen las problemas medicas  
 Memoria y concentración  otra \_\_\_\_\_

33. Como puede describir los efectos de su **DOLOR** en su personalidad?  
 Normal  Molestia lenta  Molestia moderada  Molestia severa  Incapacidad total

34. Que lo describe a Ud. desde que empezó su dolor? (Circule TODO lo que aplique)  
 Alerto Alegre Irritable A lo largo bien Desagradable  
 Malhumorado Quejándose Apagado Ansioso Desesperado  
 Enojado Amargado Deprimido No cooperativa Evito a todos  
 Infeliz pánico Retirado Retirado severo Sin razón para vivir

35. Ha tenido Ud. algunas de las siguientes desordenes? (Escriba **S** o **N**)

S o N	Desorden	S o N	Desorden
	Desorden de ansiedad (emoción)		Desorden Cognitivo (Demencia)
	Desorden de comer		Desorden de identificación de genero
	Desorden de control de impulso		Desorden empezando en la niñez
	Desorden de malhumor		Desorden Obsesiva-Compulsiva
	Desorden de personalidad		Schizophrenia / Psychosis
	Desorden sexual		Desorden de dormir
	Otro desorden _____		

36. Ha sido Ud. recientemente diagnosticado con o ha tenido Ud. cualquiera de lo siguiente?  
 (Escriba **S** o **N**) Si es **S** anote en seguida de la enfermedad, el año

S o N	Enfermedad	S o N	Enfermedad
	Chlamydia		AIDS
	Gonorrea		VIH
	Herpes		Sífilis
	Botulismo		Hepatitis A / B / C
	Lyme Disease		Malaria
	Sarampión		Paperas
	Pertussis		Rubella
	Tuberculosis		Cólera
	Difteria		Rabia
	SARS		Tétanos
	Fiebre Amarilla		Otra _____

37. Hay algo que Ud. quiera que sepamos de:

Situación de hogar? \_\_\_\_\_  
 Religión? \_\_\_\_\_  
 Cultura? \_\_\_\_\_  
 Otra? \_\_\_\_\_



Advanced Spinal  
Pain Management  
**Aldon B. Williams, M.D., PA**

The Texas Department of State Health Services is requesting the following information for statistical reasons.

*El Departamento de Estado de Tejas de Servicios de Salud solicita la información siguiente para razones estadísticas.*

**(PLEASE PRINT)**

**(EN BLOK POR FAVOR)**

Date / Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Patient Information / Información de Paciente**

---

Last Name (Apellido)	First Name (Primer Nombre)	Middle
-------------------------	-------------------------------	--------

Date of Birth / Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Home Phone / Telefono en casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Cell Phone / Telefono celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Address / Direccion \_\_\_\_\_

City / Ciudad \_\_\_\_\_ State / Estado \_\_\_\_\_

Zip / Clave Postal \_\_\_\_\_

Race / Raza:  American Indian / Eskimo / Aleut (Nativo Americano / Eskimal / Aluet)

Asian or Pacific Islander (Asiático o Isleño Pacífico)

Black (Africano Americano)

White (Blanco)

Other / Multiracial / Mixed Race (Multirracial)

Ethnic Background / Etnia:  Hispanic / Latino (Hispano / Latino)

Not Hispanic / Not Latino (No Hispano / No Latino)

Patient Signature / Firme de Paciente: \_\_\_\_\_

Initials of Staff: \_\_\_\_\_





Advanced Spinal  
Pain Management  
**Aldon B. Williams, M.D., PA**

FACILITY/LOCATION: San Antonio

**INFORMACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR  
DE ACUERDO A LOS REQUISITOS DEL CONSEJO MEDICO DE TEXAS**

**REFERENCIA: CODIGO ADMINISTRATIVO DE TEXAS, TITULO 22, PARTE 9, CAPITULO 170**

Desarrollado por la Sociedad del Dolor del Estado de Texas, Septiembre 2007 ([www.texaspain.org](http://www.texaspain.org))

NOMBRE DE EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

PARA EL/LA PACIENTE: Como paciente, Usted tiene derecho a estar informado(a) acerca de su estado de salud y el procedimiento médico o diagnóstico que se recomienda o acerca de los medicamentos que se van a emplear, para que en base a la información, pueda tomar la decisión de si tomar o no el medicamento después de conocer los riesgos y peligros involucrados. La intención de esta información no es asustarlo(a) o alarmarlo(a), sino que es un esfuerzo para tenerlo(a) mejor informado(a) para que nos de o para conservar su consentimiento/permiso para usar el medicamento que, como su médico, le recomiendo que tome. Para propósitos de este acuerdo se define el uso de la palabra “médico” para incluir no solo a mi medico sino también a los asociados autorizados de mi médico, asistentes técnicos, enfermeras, personal, y cualquier otra persona de atención a la salud que sea necesario o aconsejable para tratar mi estado de salud.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y/O TERAPIA CON MEDICAMENTOS: Yo voluntariamente le solicito a mi médico (nombre al final de este acuerdo) que me de tratamiento para mi estado de salud el cual se me ha explicado como dolor crónico. Por medio del presente acuerdo autorizo y doy mi consentimiento voluntario para administrar o recetar medicamento(s) peligrosos y/o controlados como un elemento en el tratamiento de mi dolor crónico.

Se me ha explicado que estos medicamentos incluyen drogas opioide/narcóticos, que pueden ser dañinos si se toman sin supervisión médica. También entiendo que estos medicamentos pueden llevarme a dependencia física y/o adicción y pueden, como con cualquier otro medicamento que se emplea en la práctica de medicina, producir efectos o resultados secundarios adversos. Se me han explicado los métodos alternos para tratamiento como se enumeran a continuación, los posibles riesgos involucrados y la posibilidad de que haya complicaciones. Entiendo que este listado no está completo y que solo describe los efectos secundarios o reacciones más comunes, y que también existe la posibilidad de una fatalidad por ingerir estos medicamentos.

**EL MEDICAMENTO O MEDICAMENTOS ESPECIFICOS QUE MI MEDICO PLANEA PRESCRIBIR SERA DESCRITO Y DOCUMENTADO EN UN DOCUMENTO SEPARADO DE ESTE ACUREDO. ESTE INCLUYE EL USO DE MEDICAMENTOS PARA DIFERENTES PROPOSITOS, LOS CUALES HAN SIDO APROBADOS POR LA COMPANIA DE DROGAS Y EL GOBIERNO (ESTAS PRECRIPCIONES ALGUNAS VECES REFERIDAS COMO “FUERA DE ETIQUETA”) .MI MEDICO ME EXPLICARA SU PLAN O SUS PLANES DE TRATAMIENTO Y ESTO SERA DOCUMENTADO EN MI HISTORIA MEDICA.**

SE ME HA INFORMADO Y entiendo que se me harán pruebas y exámenes médicos antes y durante el tratamiento. Esas pruebas incluyen revisiones sin aviso, no anunciadas, para evaluaciones médicas y psicológicas si y cuando se consideren necesarias, y por medio del presente acuerdo doy mi autorización para que se lleven a cabo dichas pruebas y si me rehúso el tratamiento se puede dar por terminado. La presencia de sustancias no autorizadas puede tener como resultado que se me dé de alta como su paciente.

Solo para paciente mujeres:

Por lo que yo sé **NO estoy embarazada**

Si no estoy embarazada, usaré anticonceptivos durante mi tratamiento. Acepto que es **MI responsabilidad** informarle inmediatamente a mi médico si me embarazo. **Si estoy embarazada o no estoy segura, LE AVISARE INMEDIATAMENTE A MI MÉDICO.**

Se me han explicado y entiendo completamente todos los posibles efectos de los medicamentos antes mencionados, y que, en la actualidad no se han llevado a cabo suficientes estudios sobre el uso de largo plazo de muchos de los medicamentos p.ej., opioide/narcóticos para asegurar que mis niños(as) aun no nacidos(as) estarán seguros. Con pleno conocimiento de esto, doy mi consentimiento para emplear este medicamento y libero de responsabilidad a mi médico por lesiones al embrión/feto/bebé.

ENTIENDO QUE LA MAYORÍA DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS MÁS COMUNES QUE ME PUDIERAN OCURRIR EN EL EMPLEO DE LOS MEDICAMENTOS PARA MI TRATAMIENTO INCLUYEN PERO NO ESTAN LIMITADOS A LO SIGUIENTE: estreñimiento, náusea, vómito, somnolencia excesiva, comezón, retención urinaria (no poder orinar), hipotensión ortostática (baja presión sanguínea), arritmia (latido irregular del corazón), insomnio, depresión, incapacidad para razonar y falta de criterio, depresión respiratoria (respiración lenta o falta de respiración), impotencia, tolerancia al medicamento(s), dependencia física y emocional o hasta adicción y muerte. Entiendo que puede ser peligroso que conduzca un automóvil o que maneje maquinaria mientras empleo estos medicamentos y puedo estar incapacitado(a) para todas las actividades, incluyendo el trabajo.

Se me han explicado los métodos alternos para el tratamiento, los posibles riesgos involucrados y la posibilidad de complicaciones, y aun así deseo recibir el medicamento(s) para el tratamiento de mi dolor crónico.

El objetivo de este tratamiento es ayudarme a obtener control de mi dolor crónico para poder vivir una vida más productiva y activa. Entiendo que puedo tener una enfermedad crónica y que existe una probabilidad limitada de que me cure completamente, pero el objetivo de tomar el medicamento(s) con regularidad es reducir (pero probablemente no eliminar) mi dolor para que pueda disfrutar una mejor calidad de vida. Entiendo que el tratamiento requerirá que algunas personas empleen este medicamento(s) por períodos prolongados o continuos, pero un tratamiento apropiado también puede significar que eventualmente puedo dejar de emplear todos los medicamentos. El plan de tratamiento va a estar diseñado específicamente para mí. Entiendo que me puedo retirar de este plan de tratamiento y discontinuar el uso del medicamento(s) en cualquier momento y que le notificaré a mi médico si discontinúo el uso. También entiendo que de ser necesario tendré supervisión médica cuando discontinúe el empleo del medicamento.

Se me ha informado que la terapia con este medicamento que me recete mi médico puede involucrar el empleo de un medicamento el cual el fabricante no le ha solicitado a la Administración Federal de Alimentos y Drogas que revise para su seguridad y efectividad para mi estado de salud. La literatura médica actual demuestra que el uso “fuera de la etiqueta” puede ser benéfico para algunos pacientes y entiendo que las dosis que se recomiendan para tratar el dolor crónico algunas veces se exceden para balancear el beneficio y riesgo para el paciente.

Entiendo que no se ha hecho ninguna garantía con respecto a los resultados de la terapia con medicamento o cura de cualquier estado médico. El uso prolongado de medicamentos para tratar dolor crónico es controversial debido a la incertidumbre con respecto al beneficio a largo plazo. Se me ha dado la oportunidad de hacer

preguntas acerca de mi estado médico y tratamiento, riesgos de no tratamiento y la terapia con medicamento, tratamiento médico o procedimiento(s) de diagnóstico que se empleara para tratar mi estado y los riesgos y peligros de dicha terapia con medicamento, tratamiento y procedimiento(s) y creo que cuento con suficiente información para dar mi consentimiento.

## **ACUERDO PARA TRATAMIENTO DEL DOLOR:**

### **ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:**

Que este acuerdo para tratamiento del dolor se relaciona a mi uso de cualquiera y todo medicamento(s) (p.ej., opioide, también se les llama “narcóticos, analgésicos”, y otros medicamentos que se receten, etc.) para dolor crónico recetados por mi médico. Entiendo que existen leyes federales y estatales, reglamentos y políticas con respecto al uso y recetar estas sustancias controladas. **Por lo tanto, el medicamento(s) solo se recetará si cumpla con las reglas que se especifican en este Acuerdo.**

**Mi médico puede discontinuar el medicamento(s) en cualquier momento. El no cumplir con cualquiera de las pautas y/o condiciones puede ser causa para que se descontinúe el medicamento(s) y/o se me dé de alta en la atención médica y el tratamiento. Cualquier comportamiento criminal es causa para ser dado(a) de alta inmediatamente:**

- Mi avance se revisará periódicamente y, si el medicamento(s) no mejora mi calidad de vida, **se puede discontinuar el medicamento(s).**
- Yo le **daré a conocer** a mi médico **todos los medicamentos** que tomo en cualquier momento, que me haya recetado cualquier médico.
- Tomaré el medicamento(s) **exactamente como me lo indique mi médico.**
- Estoy de acuerdo en **no** compartir, vender o de lo contrario permitir a otras personas, incluyendo a mi familia y amistades, tener acceso a estos medicamentos.
- No **permitiré o ayudaré a que se haga mal uso/desviación de mi medicamento, ni lo daré o venderé** a ninguna otra persona.
- Todo medicamento(s) se debe obtener en **la misma farmacia.** Si surge la necesidad de cambiar de farmacia, se le debe informar a mi médico. Solo usaré una farmacia y le proporcionaré a mi farmacólogo una copia de este acuerdo. Si es necesario, autorizo a mi médico que le proporcione a mi farmacólogo mi historial médico.
- Entiendo que se surtirá mi medicamento(s) con regularidad. Entiendo que mi receta(s) y mi medicamento(s) son como dinero. **Si se pierden o me los/las roban NO SE PUEDEN REEMPLAZAR.**
- Las recetas **no serán surtidas antes de la fecha programada.** Sin embargo, se permite que se surtan las recetas antes del tiempo programado cuando vaya a viajar y puedo hacer arreglos por adelantado antes de la fecha de partida. De lo contrario, no espero recibir medicamento(s) adicional antes de que me toque surtir mi siguiente receta, aunque se me termine el medicamento(s).
- Recibiré medicamento **solo de UN médico** a no ser que sea una emergencia o el medicamento que me está recetando otro médico sea autorizado por mi médico. Información sobre el hecho de que estoy recibiendo medicamento(s) recetado por otros médicos que no ha sido autorizado por mi médico puede ser causa de que se descontinúe el medicamento(s) y tratamiento.
- Si le parece a mi médico que no hay beneficios en mi función diaria o en la calidad de vida como resultado del medicamento(s) que estoy tomando, entonces **mi médico puede probar un medicamento(s) alternativo o me puede reducir lentamente todos los medicamentos.** No responsabilizaré a mi médico por problemas causados por discontinuar el medicamento(s).
- **Estoy de acuerdo en hacerme pruebas de orina y/o sangre** en cualquier momento y sin previo aviso, para detectar el uso de medicamentos no recetados y recetados. Si la prueba resulta positiva para sustancias ilegales, el tratamiento para dolor crónico se puede dar por terminado. También, si es necesario se consultará a, o se referirá a, un experto para someterse a una evaluación psiquiátrica o psicológica por un médico calificado tal como un especialista en el tratamiento de adicciones o un

médico que se especialice en la desintoxicación y rehabilitación y/o terapia/psicoterapia de comportamiento cognitivo

- Reconozco que mi dolor crónico representa un problema complejo el cual puede mejorar con terapia física, psicoterapia, atención médica alterna, etc. También reconozco **que mi participación activa** en el tratamiento del dolor es extremadamente importante. Estoy de acuerdo en **participar activamente en todos los aspectos del programa de tratamiento del dolor** que recomienda mi médico para lograr aumentar mis funciones y mejorar mi calidad de vida.
- Estoy de acuerdo en **informar a cualquier médico** que me pueda atender por cualquier otro problema(s) médico que estoy participando en el programa de tratamiento del dolor, ya que el empleo de otros medicamentos me puede causar daño.
- Por medio del presente acuerdo **autorizo a** mi médico que discuta todos los detalles del diagnóstico y tratamiento con mi otro médico(s) y farmacólogo(s) con respecto a mi empleo de medicamentos recetados por mi otro médico(s).
- Tengo que tomar el medicamento(s) conforme a las indicaciones de mi médico. **Cualquier aumento en la dosis del medicamento(s) que no esté autorizado** se puede considerar como causa para discontinuar el tratamiento.
- Debo asistir a **todas las citas** como lo recomienda mi médico si no se puede discontinuar mi tratamiento.

Certifico y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- 1) **No estoy usando actualmente drogas ilegales ni estoy abusando de medicamento(s) recetados** y no estoy en tratamiento por dependencia (adicción) o abuso de sustancias. He leído y echo este acuerdo en completo uso de mis facultades y no bajo la influencia de cualquier sustancia que pueda incapacitar mi juicio.
- 2) **Nunca me he visto(a) involucrado(a)** en la venta, posesión ilegal, mal uso/desviación o transporte de sustancia(s) controladas (narcóticos, pastillas para dormir, pastillas para los nervios o analgésicos) o sustancias ilegales (marihuana, cocaína, heroína, etc.).
- 3) **No se ha hecho ninguna garantía ni se me han asegurado** los resultados que se pueden obtener del tratamiento de dolor crónico. Con completo conocimiento de los posibles beneficios y posibles riesgos involucrados, doy mi consentimiento para el tratamiento de dolor crónico, ya que me doy cuenta que me proporcionará una oportunidad para llevar 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 este medicamento(s) en el tratamiento de mi dolor crónico.**

### **Formulario de consentimiento para: e-prescribing (receta electrónica)/ historial de medicamentos**

E-prescribing (receta electrónica) es una herramienta que los doctores usan para enviar recetas de una manera precisa, libre de error, y entendible a la farmacia. El programa de e-prescribing (receta electrónica) también incluye:

- **Formulario y transacciones de beneficios** – Le provee al doctor información sobre que medicamentos están cubiertos por su plan de seguro.
- **Historial de transacciones de medicamento** – ofrece información a su doctor sobre sus recetas activas e inactivas. Esto permite a los proveedores de atención médica estar mejor informados sobre cualquier problema con sus medicamentos y para usar esa información para mejorar la seguridad y calidad de su cuidado médico. Datos sobre el historial de medicamento pueden indicar: acatamiento al régimen recetado, intervenciones



terapéuticas, interacciones entre medicamentos, alergia a medicinas; reacciones adversas a medicinas, y terapias duplicadas.

• **Notificación del estado de recetas** - Permite que el prescriptor reciba una notificación electrónica de la farmacia informándole si la receta ha sido recogida por el paciente, no ha sido recogida, o fue parcialmente surtida.

El historial de medicamentos incluirá medicinas que le está recetando su doctor en el Advanced Spinal Pain Management, así como las de otros proveedores de atención médica involucrados en su cuidado.

**Consentimiento**

Al firmar este consentimiento usted está de acuerdo que el Advanced Spinal Pain Management puede solicitar y usar su historial de medicamentos recetados por otros proveedores de atención médica y/o pagadores terciarios de beneficios de medicamentos para propósito de tratamiento.

Usted puede decidir no firmar esta forma. Su decisión no va a afectar su habilidad de recibir cuidado médico, pago por su cuidado médico, o sus beneficios de cuidado de salud.

Esta forma de consentimiento se mantendrá en efecto hasta el día que usted decida revocar el consentimiento.

Usted puede anular este consentimiento en cualquier momento de forma escrita, pero si lo hace, no tendrá efecto sobre ninguna acción realizada antes de recibir su revocación.

Entendiendo todo lo mencionado en este formulario. Le otorgo consentimiento informado a el Advanced Spinal Pain Management a que me inscriba a este programa de e-prescribing (receta electrónica). He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

---

Firma de el/la Paciente

---

Firma de el/la Médico(a) (o Asistente Debidamente Autorizado(a))

---

Firma de el/la Asistente Testigo

---

Nombre e información de contacto para la farmacia





**Advanced Spinal  
Pain Management**  
**Aldon B. Williams, M.D., PA**

### Revisión de Satisfacción de Paciente

**Su satisfacción es importante para nosotros.** Nosotros nos esforzamos para proveer servicios que curan sus necesidades individuales en un ambiente atento y seguro. Necesitamos su ayuda en contestando estas preguntas para poder evaluar continuamente nuestros servicios y hacer los cambios necesarios para darle a Ud. cuidado de alta calidad y satisfacer necesidades.

**Gracias por contribuir su valiosa opinión en nuestro de mejoracion para el trato del paciente.**

Favor de calificar lo siguiente:		Si	No	Comentarios
1.	Fueron cordiales la(s) recepcionista(s) y el personal telefónico; contestaron sus preguntas?			
2.	Estaba la sala de espera limpia y confortable?			
3.	Se les explicaron los requerimientos de pago y beneficios?			
4.	Tiempo de espera antes de ser recibido por el Medico?			
5.	El personal tomo tiempo para verificar su nombre y fecha de nacimiento con lo que tenemos en nuestro expediente?			
6.	Le dieron información sobre su condición?			
7.	Los empleados marcaron la locacion en la cual el procedimiento tomaría lugar correctamente			
8.	Le explicaron los procedimientos antes de hacerlos?			
9.	Se le dio privacidad y fue tratado con respeto?			
10.	Se le dieron instrucciones sobre su cuidado en casa			
11.	<i>Sobretudo, favor de calificar su satisfacción</i>			

11. Acaso hubo problemas inesperados con su procedimiento? Si No  
Favor de explicar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Observo Ud. algo que Ud. piensa fue inseguro? Si No  
Favor de explicar: \_\_\_\_\_

Si Ud. quiere que lo contactemos con relación a cualquier desatisfacion que haya tenido, favor de darnos su nombre y numero de teléfono y un miembro de nuestro equipo le llamara.

\_\_\_\_\_

Si Ud. tiene alguna preocupación o queja, por favor díganos, Favor de enviarnos este cuestionario a la dirección anotada arriba o puede Ud. regresarlo a la recepcionista en su próxima visita.



## ***Directivo de Anticipación***

***Este es un documento medico importante del que Ud. necesita saber, el cual tendrá un impacto profundo en la entrega de asistencia médica que usted recibe.*** Este documento se llama “**Un Directivo de Anticipación**”.

El Acto de Autodeterminación de Paciente se hizo ley el 1ro de Diciembre de 1991. Como resultado, organizaciones de asistencia medica que reciben pagos de Medicare o Medicaid tienen que proveerle a los pacientes adultos información escrita sobre sus derechos de hacer decisiones de su asistencia medica.

### ***Que es un Directivo de Anticipación?***

Un Directivo de anticipación es un documento que provee a una persona la oportunidad de dar **direcciones sobre su asistencia medica en el futuro.**

Un Directivo de Anticipación le dice a su doctor que clase de asistencia medica quiere Ud. recibir si Ud. no puede hacer una decisión medica (por ejemplo si Ud. esta en una coma). Si Ud. es admitido en una instalación medica, se requiere que la instalación según la ley, le informe de un Directivo de Anticipación.

Un Directivo de Anticipación bueno describe el clase de tratamiento que Ud. quisiera de acuerdo a lo enfermo que este. Por ejemplo, los directivos describiera que clase de atención medica Ud. quisiera si tiene una enfermedad de la cual tendría poca probabilidad de recobrar, o si Ud. esta inconciente permanente. Las directivas de anticipación por lo general le dicen al doctor que usted quiere un cierto tratamiento sin importar lo enfermo que este.

Un Directivo de Anticipación **también puede servir como un documento legal** designando a otra persona que haga sus decisiones si Ud. no puede hacerlas. Este documento hablara por Ud. si Ud. esta incapacitado.

Usted como paciente prospectivo, puede llenar un documento de Directivo de Anticipación si tiene 18 años de edad or más y tiene su mente sana. Ud. no necesita un abogado para llenar una forma de Directivo de Anticipación.

Recuerde que una forma de Directivo de Anticipación se puede modificar o hasta revocar a cualquier tiempo mientras Ud. haga sus deseos claramente conocidos.

### ***Que es un testamento en vida?***

Un testamento en vida es otra forma de un Directivo de Anticipación. Se pone en efecto cuando Ud. este enfermo en fase terminal. Estado de fase terminal quiere decir que Ud. tiene menos de seis meses para vivir. En un testamento de vida, Ud. puede describir la clase de tratamiento que quiere en ciertas situaciones. Un testamento de vida no lo dejara seleccionar alguien que haga estas decisiones por Ud.

### ***Que es una procuración duradera para la asistencia médica (DPA)?***

Una procuración duradera para asistencia médica es como otra forma de un Directivo de Anticipación. Una DPA dirige a quien ha escogido Ud. para que haga decisiones de asistencia medica por Ud. Se convierte activo en cualquier tiempo que Ud. este inconciente o que no pueda hacer decisiones médicas. Un DPA es generalmente usado como un testamento en vida, pero un DPA alo mejor no es una selección buena si Ud. no tiene una persona de confianza que pueda hacer estas decisiones por Ud.

### ***Que es una orden de no resucitar (DNR)?***

Una orden de no resucitar es otra forma de un Directivo de Anticipación. Un DNR es una petición para no tener la resucitación cardiopulmonar (Reanimación Cardiopulmonar) si su corazón se para o si usted deja de respirar. (A menos que no dar otras instrucciones, el personal médico tratará de ayudar a todos los pacientes cuyo corazón se ha parado o quiénes han dejado de respirar.) Ud. puede usar un Directivo de Anticipación para decirle a su medico

que Ud. no quiere ser resucitado. En este caso, el DNR se pone en su archivo medico por su doctor. Ordenes de DNR son aceptadas por doctores y hospital en todos los estados.

La mayor parte de pacientes que mueren en un hospital han hecho escribir una orden de DNR para ellos. Los pacientes que probablemente no se beneficiarán de la Reanimación Cardiopulmonar (CPR) incluyen a la gente que tiene cáncer que se ha extendido, la gente cuyos riñones no trabajan bien, la gente que necesita mucha ayuda con sus actividades diarias, o la gente que tiene infecciones severas como pulmonía, que requieren hospitalización. Si Ud. tiene una o mas de estas condiciones, debe discutir sus deseos sobre CPR con su medico, sea en la oficina de su medico o cuando vaya Ud. al hospital. Es mejor que haga esto con tiempo, antes que este muy enfermo y sea considerado sin poder hacer sus propias decisiones.

### ***Debo yo tener un Directivo de Anticipación?***

La mayor parte de los directivos de anticipación son escritos por personas de mayor edad o personas con enfermedades serias. Por ejemplo, alguien con cáncer de fase terminal puede escribir que el/ella no quiere que lo/la pongan en un respirador artificial si el/ella dejan de respirar. Esta acción puede reducir el sufrimiento de el/ella, aumentara su paz de consciencia y aumentara su control sobre su fallecimiento. De todas maneras, aunque este Ud. en buena salud, debe Ud. considerar escribir un Directivo de Anticipación. Un accidente o enfermedad seria puede ocurrir de repente, y si Ud. ya tiene un Directivo de Anticipación, sus deseos serán cumplidos.

### ***Como puedo yo escribir un Directivo de Anticipación?***

Ud. puede escribir un Directivo de Anticipación en varias maneras:

Use una forma proveída por una instalación médica

Escriba sus deseos Ud.

Hable a su senador o representante estatal para obtener una forma

Llamé a un abogado

Use un paquete de software para un documento legal

### **Directivos de Anticipación y testamentos de vida no tienen que ser documentos legales complicados.**

Ellos pueden ser declaraciones cortas, simples sobre lo que Ud. quiere que se haga o que NO se haga si Ud. no puede hablar por si mismo. Recuerde, todo lo que Ud. escriba con su letra o con un paquete de software de computadora debe seguir sus leyes estatales. Ud. también quiere que lo que Ud. ha escrito sea revisado por su medico o un abogado para asegurar que sus directivos son entendidos exactamente como Ud. quiere. Cuando Ud. este satisfecho con sus directivos, sus ordenes deben ser notariadas si es posible, y se le deben dar copias a su familia y su medico.

### ***Puedo cambiar mi Directivo de Anticipación?***

Ud. puede cambiar su directivo de anticipación a cualquier tiempo, mientras se encuentre de mente sana para hacerlo. Estando de mente sana quiere decir que Ud. todavía puede pensar racionalmente y puede comunicar sus deseos de una manera clara. Otra vez, sus cambios deben hacerse, firmarse y ser notariados de acuerdo a las leyes estatales en su estado. Asegúrese que su medico y los miembros de su familia que saben de sus directivos también sepan que Ud. los ha cambiado.

Si Ud. no tiene tiempo de poner su cambios en escrito, puede hacerlos entendidos mientras esta Ud. en una instalación medica. Dígale a su medico, familia y amigos que estén presente exactamente lo que Ud. quiere que se haga. Por lo general, los deseos que son hechos en persona serán seguidos en el lugar de los hechos antes por escrito. Asegúrese que sus instrucciones son claramente entendidos por todos a los que Ud. les ha dicho.

## A Todos Nuestros Pacientes

Su satisfacción es importante para nosotros. Y, porque nos preocupamos, evaluamos continuamente nuestros servicios y hacemos mejorías. Revisamos los comentarios de nuestros pacientes de los cuestionarios de satisfacción de paciente. Gracias por su entrada.

Una área que monitoreamos es el tiempo de espera del paciente, porque sabemos que su tiempo y el tiempo de su familia es de valor para Ud. Sabemos que pacientes con dolor sienten el tiempo de espera mucho más que una consulta regular.

No importa que tan bien planeáramos nuestras citas de pacientes, muchos eventos inesperados pueden hacer que tengamos que cambiar su día previsto o tiempo:

- Nuestros **pacientes tienen necesidades diferentes** y de tiempo a tiempo podemos tomar más tiempo con un paciente de lo que estaba previsto. Algún día, Ud. tendrá la misma necesidad y tomar mas tiempo que lo previsto y otro paciente puede debitarse. Por favor entienda que queremos proveerle asistencia de calidad primero y luego ver los pacientes mas cerca a su día o tiempo previsto que sea posible.
- Queremos que pacientes programen visitas en lugar de llamar por ‘**work-ins**’; sin embargo, intentamos realmente atender los pacientes que tienen el dolor severo. Por supuesto, esto significa que el paciente que ha sido entrado en la lista puede esperar más tiempo de lo programado. Esto también causa que cada visita de paciente después del que entro sea dilatada y hace el tiempo se espera mas largo.  
Por favor ayúdenos a disminuir el tiempo de espera para todos los pacientes con programar sus citas antes de venir a la instalación..
- Pacientes algunas veces llegan **tarde a sus citas**. Esto también puede causar que el tiempo de espera sea dilatado o aumentado a los otros pacientes.
- Favor de notificarnos inmediatamente si Ud. **no puede llegar a su cita programada**. Otros pacientes que experimentan dolor pueden tener una cita posterior y pueden ser movidos en su vacante. Por favor ayúdenos ayudar a nuestros pacientes que reciban asistencia necesitada a tiempo.

Para renewos de prescripción, por favor permita de 3-5 días hábiles para procesar su petición. Por favor sea aconsejado que solicitudes hechas en las tardes o los fines de semana no comienzan el proceso hasta la siguiente jornada laboral.

**Gracias por su cooperación y entrada para ayudarnos ayudarle a Usted.**

## HIPAA & Sus Derechos de Privacidad

Creemos fuertemente en hacer todo lo posible para guardar la privacidad y la seguridad de su información de salud y archivos.

Como resultado, hemos hecho unos cambios en nuestros procedimientos de gerencia de oficina para asegurar el seguimiento de Portabilidad de Información de Salud y Acto de Responsabilidad en ley en 1996, HIPAA pone estándares federales para la privacidad y la seguridad de la información de paciente para todos los proveedores de asistencia médica, proyectos, compañías de seguros y con aquellos que hacen negocio con HIPAA.

HIPAA le da a Ud. derechos adicionales con relación al control y uso de su información de salud, o sea que Ud. tiene mas acceso y control que antes. Por favor tome unos minutos para revisar estos nuevos derechos. Somos felices en contestar cualquier pregunta que Ud. pueda tener.

### **Control Sobre su Información de Salud**

Todos los proveedores de asistencia de salud (y planes de salud) son requeridos de darle una explicación por escrito como ellos usan y revelan su información de salud personal antes de que ellos puedan tratarle. De esta manera Ud. decide si un proveedor esta haciendo todo lo que debe hacer para proteger su privacidad antes que Ud. lo escoja como su proveedor de asistencia.

Debemos fijar, según la ley, un Aviso de Prácticas de Privacidad, que perfile como aseguramos la privacidad de la información de paciente, en un lugar donde usted puede verlo fácilmente.

Debemos conseguir su firma para usos no rutinarios y revelaciones de su información. Un uso no-rutinario es una situación no directamente relacionada a tratamiento, pago o operaciones. Por ejemplo, si su niño va a campo de verano y el campo necesita una historia médica, se le pedirá Ud. que autorize que revelemos esta información antes que dicha información se envíe. Ud. tiene el derecho de decir NO, y no tiene que decirle a nadie porque.

Autorizaciones de información no-rutinario son solamente de una vez, caso por caso, por el uso definido por Ud..

### **Acceso a su Información de Salud**

Ud. puede obtener copias de sus archivos médicos simplemente por preguntar por ellos. Proveedores de asistencia de salud son requeridos darle una copia de su archivo dentro de 60 días de su pedido. Puede haber un gasto por este servicio.

Proveedores también tienen que darle una historia de revelación si Ud. lo pide. Todo lo que tiene que hacer es pedir el archivo y se le dará a Ud.-no se necesita justificación.

Usted también puede amendar sus archivos médicos. No puede cambiar el archivo original, pero puede agregarles notas, comentarios, procedimientos, tratamientos, pagos o operaciones.

El proveedor entonces tiene el derecho de responder a sus cambios. De esta manera Ud. puede estar seguro que sus archivos reflejan su historia sobre tratamiento y cuestiones de pago.

### **Recurso de Paciente Si Protecciones de Privacidad Son Violadas**

Todo proveedor de asistencia de salud debe informarle a Ud. de los procedimientos de agravio. Si su privacidad es violada, se debe reportar el incidente a nuestro Oficial de Privacidad inmediatamente. Ud. también tiene el derecho de reportar el incidente al Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201

Si usted decide archivar un agravio con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, no nos permiten discriminar o responder contra usted de cualquier modo.

Aparte de estos nuevos derechos para acceder y controlar su información médica bajo HIPAA, hay también límites claros sobre todos los proveedores de asistencia de salud dictando como pueden ellos revelar información médica. Aquí están algunos aspectos claves de estos límites:

**Proveedores deben asegurar que información de salud no será usada con propósito que no sea de salud.** Información de salud (cubierto por las reglas de privacidad) generalmente no se pueden usar con propósitos que no sean relacionados a asistencia de salud- como revelaciones a patrones para hacer decisiones de personal, o a instituciones financieras- sin autorización explícita suya.

**Hay protecciones claras y fuertes sobre el uso de información de salud para mercadotecnia.** Las reglas de privacidad ponen nuevas definiciones, restricciones y límites sobre el uso de información de paciente para propósitos de ciertas mercadotecnias. Proveedores deben obtener autorización específica antes de mandarle material que no sea relacionada a tratamiento.

**Use solamente la información mínima necesaria.** En general, usos o revelaciones de información son limitados a lo mínimo necesario. Esto no se aplica a la revelación de archivos para el propósito de tratamiento, porque médicos, especialistas y otros proveedores necesitarán acceder el archivo para proveer asistencia de calidad.

### **Excepciones**

Hay situaciones en que los proveedores de asistencia de salud no tendrán que seguir estas reglas de privacidad. Esto incluye circunstancias de emergencia, identificación de un cuerpo o la causa de fallecimiento, necesidades de salud pública, medidas judiciales y administrativas, actividades de aplicación de la ley limitadas y actividades relacionadas a la defensa nacional y seguridad.

Entendemos que Ud. tiene el derecho de mantener su información médica confidencial. Nuestra conformidad con el Acto de Responsabilidad y Portabilidad de Información de Salud es un ejemplo de nuestra defensa y mando en cuestiones de mejorar derechos del paciente e privacidad de la información que le animamos a hacer preguntas y tenemos ganas de trabajar con Ud. para mejorar la calidad de su experiencia de asistencia médica.





Advanced Spinal  
Pain Management  
**Aldon B. Williams, M.D., PA**

### **FORMA DE REVELACION FINANCIERO**

Por favor sea avisado que los doctores en Advanced Spinal Pain Management consiste de Aldon B. Williams, M.D. Usted tiene el derecho de ser informado de este anuncio financiero y si usted desea obtener tratamiento en otra clínica también tiene ese derecho, aunque usted es responsable de buscar a otro doctor para su tratamiento en otra clínica.

Nuestra práctica consiste en ofrecer servicios de Arc Fluoro para el uso de sus instalaciones para procedimientos intervencionistas.

La importancia de una perspectiva de cobro es que usted podría recibir hasta dos (2) facturas distintas:

- Una por parte de su doctor del dolor por la inyección u otro tratamiento para el dolor
- Una de parte de Arc Fluoro por el uso de sus instalaciones

Si usted tiene seguro medico, nosotros le ayudaremos a recibir los beneficios máximos que el seguro le ofrezca; pero nosotros esperamos que usted se haga responsable de los copagos (co-pay), co-seguro, y deducibles al momento de la cita. El paciente se tendrá que ser responsable de pagar los cobros que el seguro no cubra. En algunas ocasiones habrá servicios que uno de nuestro doctor recomienda que no será cubierto por el seguro. Para esos servicios/herramientas que no son cubiertos, nosotros necesitaremos que usted llene una forma que se titula Noticia de Beneficiario Avanzada (ABN) para aceptar o negar cualquier responsabilidad financiera para los servicios/herramientas provistas. Si los cobros no son pagados, es posible que sea necesario mandar la factura de la cuenta a una agencia de colecciones.

Si en cualquier momento no entiende o tiene alguna pregunta tocante a alguna factura o cobro que le llegue, por favor contacte a algún miembro de nuestro personal de colecciones.

Nuestra meta máxima es convertirnos en un "centro de excelencia" al proveer servicios. Apreciamos su ayuda y apoyo. Nos es muy útil cuando usted nos informa sobre lo que hacemos bien y lo que no. En sus visitas a la clínica, por favor llene la encuesta de 'satisfacción del paciente' cuantas veces usted quiera. Si usted quiere una respuesta sobre alguna queja, por favor deje su número telefónico y su nombre.

Atentamente

Aldon B. Williams, M.D., PA  
Arc Fluoro

## Carta de Información de Paciente

Estimado Paciente,

Gracias por seleccionar nuestro centro para su procedimiento quirúrgico. Su comodidad y satisfacción son nuestras preocupaciones primarias. Ayudemos por favor a conseguir nuestra meta por darnos saber sus necesidades durante el tiempo que este Ud. con nosotros. Por favor háganos preguntas.

Para prepararlo a su procedimiento / cirugía, cierta documentación es requerida. Por favor lea cuidadosamente sus derechos y responsabilidades. Cuando sus documentos estén completos, una enfermera lo llevara al área de pre-operativa. En este cuarto, Ud. se cambiara a una bata cirugía y ordenes especiales de su Medico empezaran.

Generalmente miembros de familia no se permiten en el área de pre-operativa. Miembros de familia no se permiten entrar al área de procedimiento / cirugía. Seguimos estándares estériles y pautas.

Cuando se termine su procedimiento / cirugía, se lo llevaran al cuarto de recuperación y su familia será notificada. Generalmente, familia/amigos de los pacientes no son permitidos en el cuarto de recuperación. A veces, los miembros del personal profesional pueden solicitar que un miembro de familia acompañe al paciente debido a una necesidad especial. Pueden requerir a un miembro/amigo de la familia para situaciones especiales que pueden levantarse en niños, barreras de los idiomas, y situaciones de invalidad.

Nos gustaría que su persona de contacto se quede en la premisa durante su procedimiento / cirugía y recuperación. Si un menor esta teniendo un procedimiento / cirugía, es requerido que un padre o guardián este inmediatamente disponible. Es la política de este centro que cada paciente será descargado a un adulto responsable menos que su medico dicte de otra manera.

Nuestras horas regulares de oficina son de las **8:00 de la mañana a las 4:30 de la tarde lunes** con excepción a días festivos mayores. Si Ud. tiene preguntas puede llamar durante estas horas—sin embargo si Ud. tiene preguntas o problemas después de estas horas, debe contactar su Medico.

Información sobre nuestra política de pago se puede obtener de cualquier miembro de nuestra oficina de negocio. Si Ud. requiere otros servicios o cuidado continuo, nuestro personal le asistirá en hacer estos arreglos o contactos.

Si durante su estancia Ud. tiene agravios o sugerencias, Ud. tiene la oportunidad de expresarse en el cuestionario de paciente. Se le recordara varias veces de este cuestionario porque revisamos cada uno por separado y valuamos sus respuestas.

Para cumplir con las leyes Federales y Estatales completamos un directivo de anticipación para todos los pacientes. Materiales de folleto están disponibles.

Normalmente el día después de su procedimiento / cirugía o mas después de o si procedimiento / cirugía se hizo un Viernes, una enfermera le llamara a Ud. en casa para saber como esta de salud. Por favor díganos si Ud. tiene preocupaciones. Por favor asegúrese que tengamos un número de teléfono donde podamos contactarlo.

Ud. tiene un derecho de asigne a la dirección de dolor.

Favor de regresarnos su cuestionario de paciente.

Otra vez, su comodidad y satisfacción son nuestras metas.

Sinceramente,

## Derechos de Paciente y Responsabilidades

Los pacientes deben ser tratados con respeto, consideración y dignidad.

Se les proporcionara privacidad apropiada los pacientes.

Datos de los pacientes se trataran en confianza y, excepto cuando autorizado por ley, se les dará la oportunidad a los paciente aprobar o negar su revelación.

Se les proporcionara a los pacientes, al grado información conocida, apropiada acerca de su diagnóstico, tratamiento, y pronóstico. Cuando es médicamente aconsejable dar tal información a un paciente, la información será proporcionada a una persona designada por el paciente o a una persona legalmente autorizada

Se les dará a los pacientes la oportunidad de participar en decisiones relacionadas a su asistencia medica excepto cuando dicha participación es contraindicada por razones medicas.

Información debe ser disponible a los pacientes y personal medica acerca:

- Todas las susodichas declaraciones
- Conducto y responsabilidad de Paciente
- Servicios disponibles en Advanced Spinal Pain Management
- Provisiones de cuidado medico después de horas y de emergencia
- Cargos de servicio medico
- Política de pago
- El derecho del Paciente de rechazar participación en investigación experimental

Usted puede preguntar en la oficina en frente por información adicional o un folleto si requiere más información sobre estas temas.

La mercadotecnia o anunciando en cuanto al competencia y / o las capacidades de la organización no engañará a pacientes.

## Responsabilidades del Paciente

Usted tiene la responsabilidad de darnos la información mas franca que pueda darnos sobre su salud, pasada y presente y decirnos de cualquier tratamiento que esta recibiendo y medicamentos o drogas que Ud. esta tomando, incluyendo vitaminas, verbas o terapia de dieta.

Usted tiene la responsabilidad de mantenernos informados sobre cualquier cambio de dirección o numero de teléfono donde se puede localizar.

Usted tiene la responsabilidad de pagar lo más que pueda en los cargos de su cuenta, y hacer estos pagos lo mas pronto posible.

Usted tiene una responsabilidad de seguir sus instrucciones de descarga de procedimiento quirúrgicas incluso la reexaminación de ser requerida y hacer cualquier pregunta sobre algo que usted no entiende totalmente.

Usted tiene una responsabilidad de llegar a tiempo a su cita y si no puede cumplir con su cita, debe cancelar lo más pronto posible.

Su firma certifica al hecho que usted entiende el susodicho y usted acepta sus responsabilidades.

**\*\*\* SE LE PIDIO QUE FIRMARA EL ORIGINAL PARA QUE NOSOTROS LO  
MANTENGAMOS EN ARCHIVO \*\***