



NO ENVÍE FORMULARIOS POR CORREO; LLÉVELO CONSIGO A SU CITA

Gracias por elegir Providence St. Jude Heritage Medical Group – Pain Management como su proveedor de atención médica.

Antes de visitar la clínica, se le pedirá que obtenga una remisión de su médico de cabecera o de un especialista. La compañía de seguro médico de su HMO podría pedirle una autorización previa, o tal vez su plan de seguro PPO podría pedir una certificación previa para asegurar la cobertura de nuestros servicios.

Informe a nuestro personal si tuvo algún cambio demográfico o de cobertura desde su última cita. En cada visita hay que presentar las tarjetas del seguro. Se le pedirá que complete nuevos formularios de inscripción una vez por año para que podamos actualizar su información.

Copagos, deducibles y deudas pendientes

Todos los copagos y deudas pendientes deben pagarse en el momento del servicio, salvo que haya hecho un acuerdo antes con nuestro departamento de facturación. Los beneficios del plan de seguro de los pacientes que incluyan un deducible anual exigirán hacer un pago de deducible no cubierto en el momento del servicio. Se cobrará un deducible de \$60.00 en cada visita a un proveedor. Entendemos que puede que esté acostumbrado a pagar el deducible más tarde, y es por eso que compartimos con usted esta información ahora, para que pueda estar preparado para pagar el deducible en su próxima visita al consultorio.

Estacionamiento

Hay estacionamiento disponible para pacientes y visitas, con costo. Hay estacionamiento con valet en la entrada principal del edificio, y también hay otro estacionamiento detrás del edificio, en la estructura de estacionamiento de varios pisos. No validamos el estacionamiento en ninguna visita

Qué traer

- Tarjeta o tarjetas del seguro
- Paquete de paciente nuevo
- Licencia de conducir

Cómo llegar

100 E. Valencia Mesa Drive

Suite 310

Fullerton, CA 92835

Teléfono: 714-446-5200

Fax: 714-446-5476

Horario: de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.



Información sobre la cita

Proveedor: _____

Fecha/hora de la cita: _____ Hora de registro de ingreso: _____

Instrucciones especiales: _____

Complete sus documentos antes de su cita. Pedimos a todos los pacientes que lleguen temprano, para poder procesar el ingreso

El proyecto de ley 1278 de la Asamblea de California exige que los médicos y sus empleadores proporcionen avisos a los pacientes con respecto a la base de datos de Pagos Abiertos a partir del 1^{ro} de enero de 2023.

El proyecto de ley 1278 de la Asamblea de California exige que los médicos y sus empleadores proporcionen avisos a los pacientes con respecto a la base de datos de Pagos Abiertos a partir del 1^{ro} de enero de 2023. La base de datos de Pagos Abiertos es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por empresas de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>. Aquí se proporciona, únicamente con fines informativos, un enlace a la página web de pagos abiertos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La ley federal Physician Payments Sunshine Act exige que se ponga a disposición del público información detallada sobre los pagos y otros desembolsos de un valor superior a diez dólares (\$10) de parte de fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos a médicos y hospitales universitarios.

He leído el aviso que antecede sobre la base de datos de Pagos Abiertos. Al firmar este documento, certifico que estoy en conocimiento de la base de datos de Pagos Abiertos.

Firma: *(Paciente, Representante Legal)* _____

Fecha: _____ Hora: _____

Si lo firma otra persona, indique su relación con el paciente: _____

Firma de un testigo: _____

Fecha: _____ Hora: _____



(12/13/22)

Patient Name: _____

DOB: _____

MRN#: _____

Date of Service: _____

Introducción a las instrucciones anticipadas de atención médica

Las leyes de California le dan la posibilidad de asegurarse de que sus deseos sobre su atención médica se conozcan y se tengan en cuenta si usted ya no es capaz de tomar estas decisiones por sí mismo.

¿Qué es una instrucción anticipada de atención médica?

Una instrucción anticipada de atención médica es la mejor forma de asegurarse de que se conozcan y consideren sus deseos respecto a su atención médica si por cualquier motivo usted no puede hablar por sí mismo. Completar un formulario llamado “Instrucción anticipada de atención médica” le permite, en virtud de las leyes de California, hacer una o ambas de las siguientes cosas:

Primero, puede designar a otra persona para que sea su “representante” de atención médica. Esta persona (que también puede ser conocida como su “apoderado”) tendrá la autoridad legal para tomar decisiones sobre su atención médica si usted se vuelve incapaz de tomar estas decisiones por sí mismo.

Segundo, puede escribir sus deseos respecto a su atención médica en el formulario de instrucciones anticipadas de atención médica. Por ejemplo, el deseo de no recibir tratamientos que solo prolonguen el proceso de su muerte si tiene una enfermedad terminal. Su médico y su representante deben seguir sus instrucciones legítimas.

El libro “Finding Your Way” (Cómo encontrar su camino) es una guía útil que le ayudará a pensar y hablar sobre estos temas. Para recibir una copia, envíe \$1.50 a CAHHS, Sales Center, P.O. Box 340100, Sacramento, CA 95834. También puede ver este libro en www.sachealthdecisions.org.

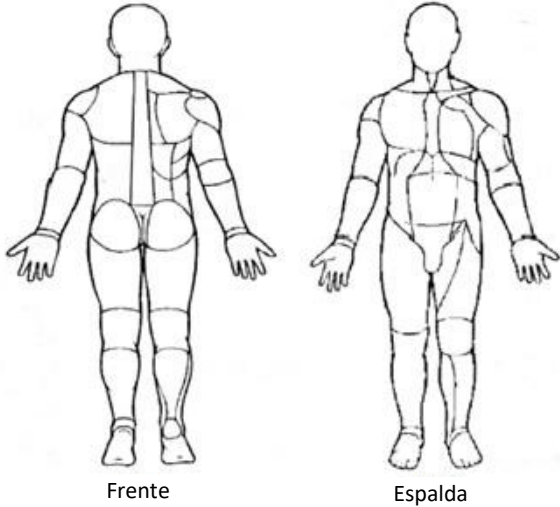
Para obtener más información sobre las decisiones médicas para el final de la vida, visite www.finalchoices.calhealth.org, el sitio web para la Coalición para el Cuidado Compasivo de California, o www.sachealthdecisions.org, el sitio web de Sacramento Healthcare Decisions. También puede llamar a Partnership for Caring al 800-989-9455 para recibir formularios e información general.

Firma del paciente

Fecha

Nuevo formulario de evaluación del paciente

En la figura, coloque una "X" en la parte donde comienza el dolor e indique, con una flecha, hasta dónde se extiende:



¿En qué parte siente dolor? _____

¿Cuándo comenzó? _____

Frecuencia del dolor: Constante o intermitente

Califique su dolor en una escala del 0 al 10, donde 10 es el peor dolor imaginable y 0 es la ausencia de dolor:

Peor: _____

Mejor: _____

Promedio: _____

Descripción del dolor: (Marque con un círculo todas las opciones que correspondan)

- | | | | | | |
|-----------------------|------------|----------|-------------|----------------|---------|
| Agudo | Punzante | Urente | Fulgurante | Sordo | Fuerte |
| Leve pero persistente | Palpitante | Opresivo | Desgarrante | De tipo cólico | Intenso |

¿Qué hace que el dolor empeore? (Marque con un círculo todas las opciones que correspondan)

- | | | | | | |
|--------------------|--------------------|-------------------|---------|---------------------------|------------------|
| Inclinarse | Permanecer sentado | Permanecer de pie | Caminar | Permanecer recostado | Levantar objetos |
| Usar las escaleras | Toser | Estornudar | Defecar | Tener relaciones sexuales | |

¿Qué hace que el dolor mejore? (Marque con un círculo todas las opciones que correspondan)

- | | | | | | |
|-----------|---|----------|-----------------------|----------------------|---------|
| Calor | Hielo | Reposo | Permanecer sentado | Permanecer recostado | Masajes |
| Ejercicio | Neuroestimulación eléctrica transcutánea (TENS) | Tracción | Medicamento(s): _____ | | |

¿Tiene algún síntoma asociado? (Marque con un círculo todas las opciones que correspondan)

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Debilidad en los brazos | Debilidad en las piernas | Entumecimiento/hormigueo | Cambio en intestino/vejiga |
| Mareos | Falta de coordinación | Insomnio | Depresión |
| Dolor nocturno | Sudoración nocturna | Pérdida de peso involuntaria | |



¿Qué intentó anteriormente? (Marque con un círculo todas las opciones que correspondan)

Fisioterapia Atención quiropráctica Acupuntura Masajes Calor/hielo
Terapia cognitiva conductual Biorretroalimentación Otro: _____

¿Qué pruebas le han realizado para el dolor? (Marque con un círculo todas las opciones que correspondan)

Radiografía Tomografía computada (TC) Resonancia magnética (RM) Electromiografía Mielograma (EMG)/prueba de velocidad de conducción nerviosa (VCN)

¿Ha recibido alguna inyección o se ha sometido a una cirugía para el dolor? Si la respuesta es “sí”, describa.

¿Cuál de los siguientes medicamentos tomó antes de venir aquí?

- Tylenol®/acetaminofeno
- Relajantes musculares/Flexaril®
- Por vía oral: Esteroides/Medrol® paquete de dosis
- Antiinflamatorios no esteroideos/AINE/Motrin®/Ibuprofen®
- Amitriptyline®/Nortriptyline®/Prozac®/Cymbalta/Effexor
- Morfina/Methadone®/Percocet®/Norco
- Tegretol®/Neurontin®/Topamax®/Lyrica

¿Ha usado alguna de las siguientes opciones para tratar el dolor?

- Marihuana/canabidiol (CBD)
- Xanax®
- Ativan®
- Valium®

Medicamentos que toma:

Medicamento	Dosis (mg)	¿Con qué frecuencia?

¿Alguna alergia? _____ **Si la respuesta es “sí”, indique la(s) reacción(es):** _____

Antecedentes médicos: (Enumere todos los problemas médicos)

Antecedentes quirúrgicos: *(Enumere todas las cirugías y sus fechas)*

Antecedentes sociales:

Ocupación: _____

Consumo de tabaco: *(Tipo, frecuencia)* _____

Uso de alcohol: Si la respuesta es "sí", escriba: _____ Cantidad de bebidas por semana: _____

Uso de drogas: *(Tipo, frecuencia)* _____

Antecedentes familiares:

Madre:	<input type="checkbox"/> Vive	<input type="checkbox"/> Falleció	Edad:	Problemas de salud:
			_____	_____
Padre:	<input type="checkbox"/> Vive	<input type="checkbox"/> Falleció	Edad:	Problemas de salud:
			_____	_____
Hermano(s):	<input type="checkbox"/> Vive	<input type="checkbox"/> Falleció	Edad(es):	Problemas de salud:
			_____	_____
Hermana(s):	<input type="checkbox"/> Vive	<input type="checkbox"/> Falleció	Edad(es):	Problemas de salud:
			_____	_____

Revisión de sistemas *(marque todas las opciones que correspondan)*

<p>Constitucional</p> <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Fatiga	<p>Cardiovascular</p> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Sensación de desvanecimiento <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Hinchazón de las extremidades <input type="checkbox"/> Falta de aire <input type="checkbox"/> Desmayo	<p>Genitourinario</p> <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Dolor al orinar <input type="checkbox"/> Sangre en la orina	<p>Neurológico</p> <input type="checkbox"/> Debilidad en brazos/piernas <input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Problemas para concentrarse <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria
<p>OJOS</p> <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión <input type="checkbox"/> Dolor ocular <input type="checkbox"/> Enrojecimiento ocular <input type="checkbox"/> Ojos secos	<p>Respiratorio</p> <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Tos con sangre <input type="checkbox"/> Tos	<p>Musculoesquelético</p> <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Dolor de cuello <input type="checkbox"/> Dolor muscular <input type="checkbox"/> Dolor articular <input type="checkbox"/> Espasmo muscular <input type="checkbox"/> Debilidad	<p>Psiquiátrico</p> <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas <input type="checkbox"/> Alucinaciones

ORL	Gastrointestinal	Piel	Hematológico
<input type="checkbox"/> Problemas auditivos <input type="checkbox"/> Zumbidos en los oídos <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Falta de equilibrio <input type="checkbox"/> Dolor de oído <input type="checkbox"/> Secreción de oídos	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Heces con sangre	<input type="checkbox"/> Erupción/enrojecimiento <input type="checkbox"/> Cambios en la sudoración <input type="checkbox"/> Cambio de color	<input type="checkbox"/> Sudoración nocturna <input type="checkbox"/> Sangrado anormal <input type="checkbox"/> Fácil aparición de sangrado
Endocrino <input type="checkbox"/> Micción frecuente <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor/frío <input type="checkbox"/> Sed excesiva			

Persona que completa este formulario: _____ Relación con el paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Revisado por el médico (firma): _____

Fecha: _____

