



DIMURO PAIN MANAGEMENT

Lesiones personales Cuestionario INICIAL

¡Bienvenido a DiMuro Pain Management! Esta práctica fue creada por el Dr. John DiMuro poco después de completar su servicio de gobierno como Director Médico del Estado de Nevada bajo el gobernador Brian Sandoval. Nos complace que haya elegido nuestra práctica para el tratamiento de sus quejas de dolor. Nuestra oficina está totalmente equipada para diagnosticar y tratar cualquier tipo de queja de dolor. Sin embargo, para brindar la mejor atención general, necesitamos cierta información sobre usted.

Mientras todos odiamos completar el papeleo, **es extremadamente importante que nuestra oficina obtenga esta información.** Como muchos pacientes que sufren una lesión han contratado representación legal, la información que proporciona aquí es parte del registro médico legal y servirá como el documento de registro de nuestra práctica con respecto a su lesión y su historial médico completo. Mientras completando este formulario inicial puede llevar mucho tiempo, comprenda que muchas de las recomendaciones hechas por nuestros proveedores de DPM, incluidos los medicamentos recetados, los estudios de imágenes y la terapia de inyección, se verán afectados no solo por los detalles de su lesión, sino también por su historial médico también. Por ejemplo, si usted tiene cáncer, alergias a medicamentos, tiene metal en su cuerpo o incluso usar anticoagulantes, las opciones de tratamiento pueden variar ya que esta información afectará directamente su atención médica.

Si la información solicitada en este simple cuestionario parece redundante, comprenda que cada especialista médico puede necesitar obtener información diferente a la de otros especialistas. **El tratamiento del dolor es una subespecialidad médica muy singular** eso requiere información adicional que, si no se proporciona en este documento, tendrá que ser obtenida en algún momento durante su visita de hoy. Es probable que piense por qué tengo que responder las mismas preguntas de nuevo ya que "ya completé esto para otro médico." Tenga en cuenta que los consultorios médicos no hacen que sea un proceso simple compartir sus registros médicos y confiamos en la información que proporciona en este documento como base para nuestra toma de decisiones médicas.

Gracias por tomarse el tiempo para completar este paquete informativo. Le damos la bienvenida a nuestra práctica y esperamos trabajar con usted durante su recuperación.

Personal de DPM



DIMURO PAIN MANAGEMENT

Lesiones personales Cuestionario INICIAL

FECHA DE CITA: ____/____/____ EMAIL: _____ TELEPHONO:(____) _____

PREFERENCIA DE IDIOMA: INGLES ESPANOL OTRA, POR FAVOR IDENTIFICAR: _____

INFORMACION DE PACIENTE

PRIMER NOMBRE LEGAL: _____

APELLIDO LEGAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ USTED ES: MANO-DERECHA MANO-IZQUIERDA O DOBLE?

SEXO: MASCULINO FEMENINA ALTURA: _____ FT _____ IN PESO: _____ LBS

DETALLES DE LESIONES

1. ¿SU LESIÓN ES DEBIDO A UN ACCIDENTE DE VEHÍCULO MOTOR? SI NO
2. SI SU LESIÓN ES DEBIDO A ALGO QUE NO ES UN ACCIDENTE DE VEHÍCULO, PASE AL NÚM. 14.
3. ¿ESTABA TRABAJANDO EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE? SI NO EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUAL ES EL NOMBRE DE LA EMPRESA PARA LA QUE TRABAJABA EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE?

4. ¿CUÁL ES LA FECHA EXACTA, INCLUYENDO EL AÑO DEL ACCIDENTE? ____/____/____
5. ¿A QUÉ HORA DEL DÍA OCURRIÓ EL ACCIDENTE? _____ AM PM
6. ¿CUANTOS VEHICULOS FUERON INVOLUCRADOS EN EL ACCIDENTE? _____
7. ¿EN QUÉ MARCA Y MODELO DE VEHÍCULO ESTABA USTED? MARCA: _____ MODELO: _____
8. ¿QUE ERA SU POSICION EN EL CARO? CONDUCTOR PASAJERO ATRAS DE CONDUCTOR ATRÁS DE PASAJERO
 EN MEDIO OTRO (POR FAVOR EXPLIQUE):

9. ¿TENIA EL CINTURON PUESTO? SI NO
10. ¿ESTABA ALGUIEN EN EL VEHICULO CON USTED EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE? SI NO EN CASO AFIRMATIVO, En caso afirmativo, ¿CUALES SON SUS NOMBRES?

11. ¿QUE MARCA Y MODELO DE VEHICULO(S) ESTABAN INVOLUCRADOS EN EL ACCIDENTE (SI SE SABE)?
MARCA: _____ MODELO: _____ MARCA: _____
MODELO: _____ MARCA: _____ MODELO: _____
12. SU VEHICULO IMPACTO EL ORTO VEHICULO EL OTRO VEHICULO IMPACTO SU VEHICULO?
13. ¿QUE PARTE DE SU VEHICULO FUE IMPACTADO? FRENTE ATRAS PASEJERO CONDUCTOR LADO



DIMURO PAIN MANAGEMENT

Lesiones personales Cuestionario INICIAL

14. ¿DESCRIBA LO SIMPLEMENTE POSIBLE CÓMO OCURRIÓ LA LESIÓN/ACCIDENTE? _____

15. ¿ANTICIPASTE EL ACCIDENTE? SI NO ¿SALIERON LAS BOLSAS DE AIRE? SI NO
¿PERDIO LA CONCIENCIA? SI NO EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE ¿POR CUANTO TIEMPO? _____

16. ¿LA POLICIA LLUEGO AL LA ESCENA DEL ACCIDENTE? SI NO

17. ¿UNA AMBULANCIA LLUEGO A LA ESCENA DEL ACCIDENTE? SI NO

18. ¿CÓMO DEJO EXACTAMENTE LA ESCENA DEL ACCIDENTE? ¿CUÁL?: ¿CONDUCE EL COCHE DEL ACCIDENTE?
 ¿ALGUIEN VINO A RECOGERLO Y LE DIO TRANSPORTACION? ¿FUE TRANSPORTADO VIA AMBULANCIA DE LA
ESCENA? OTRO (POR FAVOR EXPLIQUE):

19. ¿DONDE FUE INMEDIATAMENTE DESPUES DEL ACCIDENTE? ¿CUÁL?: FUE A SU CASA? ¿CASA DE UN FAMILIAR?
 ¿A UREGENCIAS? ¿AL HOSPITAL? OTRO (POR FAVOR EXPLIQUE):

ATENCIÓN MÉDICA DESDE LA LESIÓN

20. ¿CUÁL ES LA FECHA EXACTA QUE USTED SOLICITÓ ATENCIÓN MÉDICA POR LESIONES SOSTENIDAS EN EL ACCIDENTE??
___/___/___

20. ¿QUÉ TIPO DE PROVEEDOR MÉDICO FUE EVALUADO POR? ¿CUARTO DE EMERGENCIA HOSPITALARIA?
 ¿ATENCIÓN DE URGENCIA? ¿DOCTOR PRIMARIO? CHIROPRACTICO? ¿FISIOTERAPEUTA?
 DOCTOR DE DOLOR? ¿OTRO? (POR FAVOR EXPLIQUE):

21. ¿HA TENIDO ESTUDIOS DE IMÁGENES REALIZADOS? SI NO EN CASO AFIRMATIVO, ¿HA TENIDO RAYOS X?
 SI NO ¿HA TENIDO UN MRI? SI NO, EN CASO AFIRMATIVO, IDENTIFIQUE EXACTAMENTE DONDE LOS
TUVO REALIZADO? UNA OFICINA DE DOCTOR HOSPITAL, CENTRO DE IMÁGENES INDEPENDIENTE,
OTRO (POR FAVOR EXPLIQUE):

22. ¿SI SE SABE, QUÉ PARTES DEL CUERPO FUERON TOMADOS? ¿CUELLO? ¿ESPALDA? ¿HOMBRO? ¿PIERNA?
 ¿OTRO? EXPLIQUE: _____



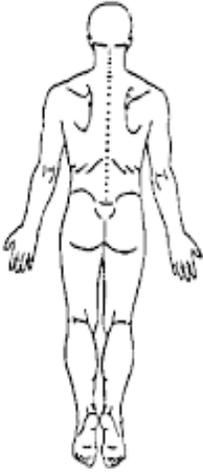
DIMURO PAIN MANAGEMENT

Lesiones personales Cuestionario INICIAL

MEDICAL COMPLAINTS SINCE THE INJURY:

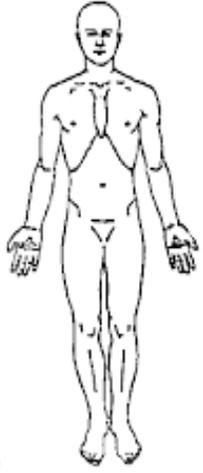
23. ¿QUÉ PARTES DEL CUERPO SON DOLOROSOS ACTUALMENTE? _____

24. DESDE LA LESION, POR FAVOR MARQUE DONDE ESTA EXPERIMENTANDO DOLOR ACTUALMENTE.



Izquierda

Derecho



Derecho

Izquierda

25. ¿HAY TIEMPOS ESPECÍFICOS CUANDO SU DOLOR ES PEOR COMO MANEJANDO, SENTANDOSE, PARANDOSE, TRABAJANDO?

SI EN CASO AFIRMATIVO, SEA ESPECIFICO SOBRE QUE MOVIMIENTOS EMPEORAN SU DOLOR:

26. ¿EXPERIMENTA EL DOLOR INCLUSO EN EL DESCANSO TANTO COMO COSTARSE EN LA CAMA O CUANDO SE ESTÁ RELAJANDO? SI NO

27. ¿PUEDE RECORDAR SI HA BUSCADO TRATAMIENTO POR DOLOR EN LAS PARTES DEL CUERPO ANTES DE ESTA LESIÓN? SI NO

28. ¿RECUERDA QUE HAYA TENIDO ESTUDIOS DE IMÁGENES TALES COMO UNA RADIOGRAFÍA O UN MRI DE ESTAS PARTES DEL CUERPO ANTES DE ESTA LESIÓN? SI NO EN CASO AFIRMATIVO, INIDIQUE:

29. POR FAVOR LISTA LOS ANOS Y CIUDAD/ESTADO EN CUAL USTED HA TENIDO UN ACCIDENTE DE VEHICULO O LESION TRAUMATICA EN LOS ULTIMOS 20 ANOS:

ANO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ANO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____

ANO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ANO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____



DIMURO PAIN MANAGEMENT

Lesiones personales Cuestionario INICIAL

LISTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS PROVEEDORES MÉDICOS QUE HA VISTO PARA SUS LESIONES RELACIONADAS CON EL ACCIDENTE. POR FAVOR, INCLUYA DOCTORES PRIMARIOS, TERAPEUTAS DE MASAJE, TERAPEUTOS FÍSICOS, QUIROPRACTICOS, DOCTORES DE DOLOR, NEURÓLOGOS, NEUROCIRUJANO, CIRUJANOS ORTOPÉDICOS. SI NO ESTÁ SEGURO DEL NOMBRE DEL PROVEEDOR, POR FAVOR LISTE LA ESPECIALIDAD DEL PROVEEDOR:

ESPECIALIDAD: _____ NOMBRE: _____

ESPECIALIDAD: _____ NOMBRE: _____

ESPECIALIDAD: _____ NOMBRE: _____

30. ¿HA TENIDO ALGUNA INYECCIÓN DE "CORTISONA" DESDE EL ACCIDENTE? SI NO

31. ¿HA DEBIDO TENER ALGUN TIPO DE CIRUGÍA DESDE EL ACCIDENTE? SI NO EN CASI AFIRMATIVO, ¿EN QUE PARTE DE SU CUERPO TUVO CIRUGIA

MEDICO HISTORIAL

ALLERGIAS:

32. ¿TIENE ALGUNA ALERGIA A CUALQUIER MEDICINA PARA LA QUE ESTÁ CONSCIENTE? SI NO EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA:

MEDICACIONES:

33. ¿ESTÁ TOMANDO ALGUNOS DILUYENTES DE SANGRE (POR EJEMPLO: ASPIRINA, IBUPROFENO O NAPROXENO)?

SI NO NO ESTOY SEGURO EN CASI AFIRMATIVO, ¿CUÁL?: _____

34. ¿ACTUALMENTE ESTA TOMANDO ALGUNA MEDICACIÓN DE RECETA?? SI NO EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LOS NOMBRES DE LOS MEDICAMENTOS A CONTINUACION. SI NO ESTÁ SEGURO DEL NOMBRE DE LA MEDICACIÓN, POR FAVOR DÍGANOS LA RAZÓN POR LA QUE TOMA LA MEDICACIÓN Y EL NOMBRE DEL MÉDICO PRESCRIPTOR.

MEDICACION: _____ PRESCRITO POR: _____

MEDICACION: _____ PRESCRITO POR: _____



DIMURO PAIN MANAGEMENT

Lesiones personales Cuestionario INICIAL

MEDICO HISTORIAL:

35. ¿TIENE ALGÚN PROBLEMA MÉDICO (“Historial médico pasado”)? POR EJEMPLO, DIABETES, ALTA PRESIÓN ARTERIAL, ENFERMEDAD DE TIROIDES, ETC.:

CIRUGIA HISTORIAL:

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO UNA CIRUGÍA? ENTENDEMOS QUE ESTO PUEDE CONSUMIR MUCHO TIEMPO PARA LISTAR CADA CIRUGÍA Y EL AÑO EN QUE SE REALIZÓ LA CIRUGÍA, PERO ESTA INFORMACIÓN ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS TENER EN EL REGISTRO MÉDICO, POR FAVOR HAGA LO MEJOR PARA COMPLETAR ESTA SECCIÓN CON EXACTITUD.

CIRUGIA: _____ AÑO: _____ CIRUGIA: _____ AÑO: _____

HISTORIA SOCIAL (necesario para un perfil completo en su registro médico)

¿EN QUE CIUDAD, ESTADO Y PAIS NACIO USTED?

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ PAIS: _____

20. ¿EN QUE CIUDAD Y ESTADO ACTUALMENTE LEGALMENTE VIVE? CIUDAD: _____
ESTADO: _____ COUNTRY: _____

21. ¿CUÁL ES SU NIVEL MÁS ALTO DE EDUCACIÓN COMPLETADO? - ESCUELA PRIMARIA, ESCUELA SECUNDARIA,
 UNIVERSIDAD, DIPLOMA DE GRADUACION

22. ESTA CASADO? SI NO CUANTOS HIJOS TIENE _____

23. ¿FUMA / VAPE O UTILIZA PRODUCTOS QUE CONTENGAN TABACO?? SI NO

24. ¿USTED CONSUME ALCOHOL? SI NO USTED CONSUME ALCOHOL DIARIO, SEMANAL, SOCIALMENTE,
 RARAMENTE O NUNCA?

25. ¿ALGUNA VEZ HA TRATADO DE SOMETERSE PARA CUALQUIER TIPO DE ABUSO DE SUSTANCIAS? SI NO

EMPLOYMENT

26. ¿ESTÁ TRABAJANDO ACTUALMENTE? SI NO SI ES SÍ, APROXIMADAMENTE ¿CUÁNTAS HORAS POR SEMANA
TRABAJA LEGALMENTE? ¿CUAL ES EL NOMBRE DE LA EMPRESA PARA LA QUE ESTA EMPLEADO?

27. ¿CUÁNTOS AÑOS HA SIDO EMPLEADO POR ESTA EMPRESA? _____

28. ¿SU CAPACIDAD DE FUNCIONAR EN SUS RESPONSABILIDADES EN EL TRABAJO CAMBIARON DESDE EL ACCIDENTE?
 SI NO EN CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUE BREVEMENTE AQUI:



DIMURO PAIN MANAGEMENT

REQUEST FOR MEDICAL RECORDS
PEDIDO DE INFORMACION MEDICA

TODAY'S DATE: _____

PATIENT NAME: _____

PATIENT DATE OF BIRTH: _____

PATIENT SOCIAL SECURITY NUMBER: _____

DATE OF INJURY/DATE(S) OF SERVICE: _____

I HEREBY AUTHORIZE AND REQUEST YOU TO RELEASE TO DIMURO PAIN MANAGEMENT ANY AND ALL MEDICAL RECORDS INCLUDING BUT NOT LIMITED TO MEDICAL EXAMINATION, TREATMENT AND SERVICES RENDERED, RADIOGRAPHIC REPORTS AND/OR FILMS PERTAINING TO THE ABOVE-LISTED DATE OF INJURY AND/OR DATE(S) OF SERVICE

YO AUTORIZO Y DOY CONSENTIMIENTO QUE PROVEA UD. A DIMURO PAIN MANAGEMENT TODOS LOS EXPEDIENTES MEDICOS QUE TENGA INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A LA EXAMINACION, EL TRATAMIENTO Y LOS SERVICIOS QUE SE ME HAN PREVEIDO, REPORTES RADIOLOGICOS Y/O RADIOGRAFIAS QUE PERTENEZCAN A LA FECHA LASTIMADURA O DE SEVICIOS NOTADA ARRIBA.

SIGNATURE OF PATIENT OR LEGAL GAURDIAN
FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

PRINTED NAME OF PATIENT OR LEGAL GAURDIAN
NOMBRE DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE



DIMURO PAIN MANAGEMENT

FORMA DE ACUERDO DE OPIOIDES

Nombre de Paciente: _____

Numero de Registro Medical: _____ Estampa del Destinatario: _____

ACUERDO PARA RECETAS DE SUSTANCIAS CONTROLADAS A LARGO PLAZO

El uso de _____ (escribir los nombres de medicación(es)) puede causar adicción y es solo un parte del tratamiento para: _____ (escribir los nombres de condiciones-p.ej., dolor, ansiedad, etc.).

Los objetivos de este medicamento son:

- Para mejorar mi habilidad para trabajar y funcionar en casa.
- Para ayudar a mi _____ (escribir los nombres de condiciones -p.ej., dolor, ansiedad, etc.) cuanto más se pueda sin causar efectos secundarios peligrosos.

Se me ha dicho:

1. Si yo tomo alcohol o uso drogas ilícitas, es posible que no pueda pensar claramente y podría tener sueño y correr el riesgo de lesiones personales.
2. Puedo volverme adicto a esta medicación.
3. Si yo o alguien de mi familia tiene antecedentes de problemas de drogas o alcohol, hay una mayor probabilidad de adicción.
4. Si yo necesito dejar de tomar este medicamento, debo dejarlo lentamente o puedo enfermarme mucho.

Estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Yo soy responsable de mis medicamentos. Yo no compartiré, venderé, o comerciaré mis medicamentos. Yo no tomaré los medicamentos de ninguna otra persona.
- Yo no aumentaré mi medicación hasta que hable con mi doctor o enfermera.
- Mi medicamento no puede reemplazarse si se pierde, me lo roban, o se gasta antes de lo recetado.
- Yo guardaré a todas citas de mi doctor (p.ej., médico de atención primaria, fisioterapeuta, de la salud mental, del tratamiento para el abuso de sustancias ilícitas, y del tratamiento del dolor)
- Yo traeré los frascos de pastillas con cualesquiera pastillas restantes de medicina a cada visita clínica.
- Yo estoy de acuerdo en dar una muestra de sangre u orina, si se pide, para probar para el uso de drogas.

Recargas

Las recargas se realizarán solamente durante el horario normal de oficina – Lunes por Viernes, 8:00AM-4:30 PM. No se recarga en noches, días feriados, o fines de semana. Yo debo llamar con tres (3) días hábiles de anticipación (Lunes a Viernes) para solicitar una recarga de mi medicina. **Sin excepción.** Yo no vendré al médico de atención primaria para mi recarga hasta que me llame la enfermera.

Yo haré un seguimiento de mis medicamentos. No se hará ninguna recarga temprana o de emergencia.

Farmacia

Solamente usaré una farmacia para conseguir mi medicamento. Mi doctor puede hablar con el farmacéutico concerniente mis medicinas. El nombre de mi farmacia es _____.

Prescripción de Otros Doctores



DIMURO PAIN MANAGEMENT

Si veo a otro médico que me da medicina de sustancias controladas (por ejemplo, un dentista, un doctor del Cuarto de Emergencia, u otro hospital, etc.) Yo traeré aquella medicina a mi médico de atención primaria en el frasco original, aún si no quedan pastillas.

Privacidad

Mientras que tome este medicamento, mi médico puede necesitar contactar otros médicos o miembros de mi familia para obtener información sobre mi tratamiento y/o el uso de este medicamento. Se me pedirá que firme una autorización en ese momento.

Terminación del Acuerdo

Si yo rompo alguna de las reglas, o si mi doctor decide que esta medicina me está dañando más que me ayuda, mi médico puede suspender este medicamento de forma segura.

Yo he hablado de este acuerdo con mi médico y entiendo las reglas anteriores.

Responsabilidades del Proveedor

Como su doctor, yo acepto realizar controles regulares para averiguar tan bien está funcionando el medicamento.

Yo acepto brindarle atención primaria, incluso si ya no recibe medicamentos controlados de mi parte.

Firma de Paciente

Fecha

Nombre Impreso de Paciente

Firma del Médico

Dr. John DiMuro

- Este documento ha sido discutido y firmado por el médico y el paciente. (Una copia firmada y enstampedada con la tarjeta del paciente se debe enviar al departamento de registros medicos y se debe dar una copia al paciente.)



DIMURO PAIN MANAGEMENT

Autorización de Paciente/ Formulario De Contacto De emergencia:

Autorización para dar información a miembros de familia

- Muchos de nuestros pacientes permiten a miembros de su familia como su esposo/esposa, otros significantes, padres o hijos a llamar y solicitar los resultados de exámenes, procedimientos e información financiera. Bajo los requisitos de H.I.P.P.A. no es permitido a dar información a alguien sin el consentimiento del paciente. Si usted desea tener su información médica, resultados de diagnósticos/ exámenes y/ o información financiera compartido a cualquier miembro de su familia debe de firmar este formulario.
- Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, escrito, excepto donde ya hemos dado información en referencia con su consentimiento previo.

YO AUTORIZO A DIMURO PAIN MANAGEMENT (DPM) A PUBLICAR MIS REGISTROS Y CUALQUIER INFORMACION SOLICITADA A LOS SIGUINETES INDIVIDUOS:

1.	_____	_____
	Nombre	Relación al paciente
2.	_____	_____
	Nombre	Relación al Paciente
3.	_____	_____
	Nombre	Relación al Paciente

Autorización sobre mensajes

(por favor marque todos los que apliquen)

- ___ Yo autorizo a DPM a que deje mensajes con detalle a mi casa o celular en referencia a mis citas.
- ___ Yo autorizo a DPM a que deje mensajes con detalle a mi casa o celular en referencia a tratamientos médicos, cuidado, resultados de exámenes/ diagnósticos o información financiera.
- ___ Yo autorizo a DPM a dejar mensajes con cualquier persona que conteste el teléfono.
- ___ Mensajes solo pueden ser dejados con _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

1.	_____	_____	(____)
	Nombre	Relación al Paciente	Teléfono
	_____	_____	_____
	Dirección	Ciudad	Estado Código Postal
2.	_____	_____	(____)
	Nombre	Relación al Paciente	Teléfono
	_____	_____	_____
	Dirección	Ciudad	Estado Código Postal

Nombre de Paciente (ESCRITO)

Fecha

Firma de Paciente