

Board Certified
Physical
Medicine &
Rehabilitation
Brain Injury
Medicine

Sanjay R. Patel, M.D.

Board Certified
Family Practice
Laavanya C. Raju, M.D.

· Physical Medicine

· Rehabilitation

· Pain Medicine

· Supportive Care

· Trigger Point Therapy

· Selective Pain Management
Electromyography/
Nerve Conduction Studies (EMGs)
· Independent Medical Evaluations

· Second Opinions

· Interventional Pain
Management Procedures

Paquete de Paciente Nuevo

Propósito: Consulta / Tomar cargo medico/ Cuidados de apoyo médico / Evaluación Medica Independiente / Evaluación de Seguro Social

Información del Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Número de seguridad social: _____

Edad: _____ Sexo: Masculino / Femenino Fecha de la lesión: _____

¿Puede nuestra oficina dejar un mensaje en su contestador automático? SI NO

Información del Empleador

Nombre del empleador: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Contacto de emergencia (amigo local o pariente que no vive con usted)

Nombre de contacto: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Liberación de información

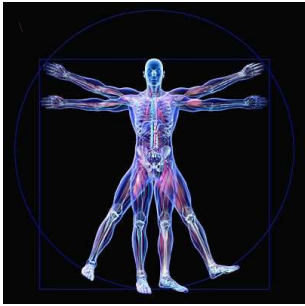
En la medida necesaria para determinar los beneficios del seguro, la responsabilidad del pago y obtener un reembolso, Sanjay R Patel PLLC puede divulgar partes de la historia clínica y el archivo de la cuenta del paciente a cualquier persona o cooperación que pueda ser responsable de la totalidad o parte de los cargos Incluyendo, entre otros, las compañías de seguros, los planes de servicios de atención médica, las oficinas de abogados o la compañía de compensación para trabajadores.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que se proporcione mi información a las partes antes mencionadas.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

11030 N Tatum Blvd.
Building F, Suite 101
Phoenix, AZ 85028
Phone: 602.889.9880
Fax: 480.304.9328



Board Certified
Physical
Medicine &
Rehabilitation
Brain Injury
Medicine

Sanjay R. Patel, M.D.

Board Certified
Family Practice

Laavanya C. Raju, M.D.

· Physical Medicine

· Rehabilitation

· Pain Medicine

· Supportive Care

· Trigger Point Therapy

· Selective Pain Management

Electromyography/

Nerve Conduction Studies (EMGs)

· Independent Medical Evaluations

· Second Opinions

· Interventional Pain

Management Procedures

11030 N Tatum Blvd.
Building F, Suite 101
Phoenix, AZ 85028
Phone: 602.889.9880
Fax: 480.304.9328

1. ¿Quién te refirió?

2. ¿Cuál fue su fecha de lesión?

3. ¿Con quién trabajaba cuando se lesionó?

4. ¿Cuál era el título de tu trabajo?

5. ¿Cuánto tiempo lleva con este empleador haciendo este tipo de trabajo?

6. ¿Te gustó o disfrutó tu trabajo?

SI NO

7. ¿Te gustó tu empleador?

SI NO

8. ¿Crees que son justos y están ahí para ayudarte a mejorar?

SI NO

9. ¿Qué tipo de trabajo hizo antes de esta lesión y por cuánto tiempo?

10. Describa a continuación cómo fue lesionado en detalle.

11. ¿Qué parte (s) del cuerpo dañó?

12. ¿Buscó tratamiento médico de inmediato? Si es así, ¿qué pasó?

13. De no ser así, ¿cuánto tiempo tardó en recibir el tratamiento médico?

14. ¿Qué tipo de tratamiento le han administrado?

15. ¿Alguno de los tratamientos que recibió le ayudó?

16. ¿Cómo te sientes ahora?

Mejor Igual peor

17. ¿Estás trabajando actualmente?

SI NO

18. Si no, ¿cuándo fue la última vez que trabajó?

19. ¿Piensas regresar a este tipo de trabajo?

SI NO

20. ¿Actualmente está tomando algún medicamento para la lesión? Si es así, ¿cuáles te ayudan?

21. ¿Qué hace que tu dolor se sienta mejor?

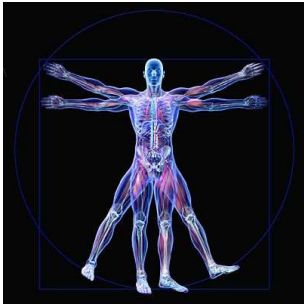
22. Si tienes dolor, por favor haz una lista de las áreas peor a las menos dolorosas;

Peor _____

Templado _____

Menos _____

¿Qué hace que tu dolor sea mejor y peor? _____



Board Certified
Physical
Medicine &
Rehabilitation
Brain Injury
Medicine

Sanjay R. Patel, M.D.

Board Certified
Family Practice

Laavanya C. Raju, M.D.

· Physical Medicine

· Rehabilitation

· Pain Medicine

· Supportive Care

· Trigger Point Therapy

· Selective Pain Management

Electromyography/
Nerve Conduction Studies (EMGs)

· Independent Medical Evaluations

· Second Opinions

· Interventional Pain
Management Procedures

11030 N Tatum Blvd.
Building F, Suite 101
Phoenix, AZ 85028
Phone: 602.889.9880
Fax: 480.304.9328

Historia médica pasada

Marque las menciones de condiciones médicas a continuación que se apliquen a usted.

- Enfermedad de próstata
 Alta presión sanguínea
 Enfermedad de cáncer de mama
 Hipotiroidea / Hipertiroidea / Asma
 EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
 Colesterol alto
 Corazón / ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico)
 Fibromialgia
 Diabetes, tipo: _____
 Otro: _____

Historial médico familiar anterior: _____

Procedimientos Quirúrgicos Pasados: _____

Medicamentos actuales: _____

Alergias a medicamentos: _____ Causas: _____

Historia social

- ¿Estado civil? VIUDO DIVORCIADO SOLTERO CASADO
 ¿Tiene hijos? SÍ NO En caso afirmativo, ¿cuántos niños? _____
 ¿Fumas? SÍ NO En caso afirmativo, ¿cuántos días? _____
 ¿Bebes alcohol? SÍ NO En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____
 ¿Usted o ha usado drogas recreativas? SI NO
 En caso afirmativo, ¿qué tipo y con qué frecuencia? _____

Marque cualquiera de los síntomas a continuación si tiene experiencia en las últimas 2 semanas.

- | | | | |
|------------------------|--------------------|------------------------------|----------------------------|
| Palpaciones _____ | Tos _____ | Incontinencia urinaria _____ | Audiencia disminuida _____ |
| Visión borrosa _____ | Visión doble _____ | Estreñimiento _____ | Dolores de cabeza _____ |
| Depresión _____ | Mareos _____ | Acidez estomacal _____ | Pérdida de memoria _____ |
| Falta de aliento _____ | Vomitando _____ | Sarpullido _____ | Dolor en el pecho _____ |
| Diarrea _____ | Fiebre _____ | Perturbación del sueño _____ | |

Estado de trabajo actual

(Marque el que se aplica a usted)

- Trabajo Tiempo completo
 Tiempo parcial de trabajo
 Desempleado (Incapacitado)
 Desempleados (no discapacitados)
 Estudiante
 Jubilado
 Otro: _____

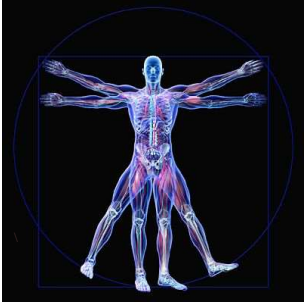
Restricciones de trabajo: _____

¿Periodo de tiempo desempleado?

_____ Meses _____ Años

¿Estás desempleado por el dolor?

SI NO



Board Certified
Physical
Medicine &
Rehabilitation
Brain Injury
Medicine

Sanjay R. Patel, M.D.

Board Certified
Family Practice

Laavanya C. Raju, M.D.

· Physical Medicine

· Rehabilitation

· Pain Medicine

· Supportive Care

· Trigger Point Therapy

· Selective Pain Management

Electromyography/

Nerve Conduction Studies (EMGs)

· Independent Medical Evaluations

· Second Opinions

· Interventional Pain

Management Procedures

Diagrama de Síntomas

Por favor, asegúrese de completar este formulario con precisión.

En el siguiente diagrama, marque las áreas donde siente las sensaciones descritas usando los símbolos apropiados. Marque todas las áreas de dolor irritado, asegúrese de que todas las áreas afectadas estén incluidas.

Símbolos a dibujar en el diagrama a continuación y significados;

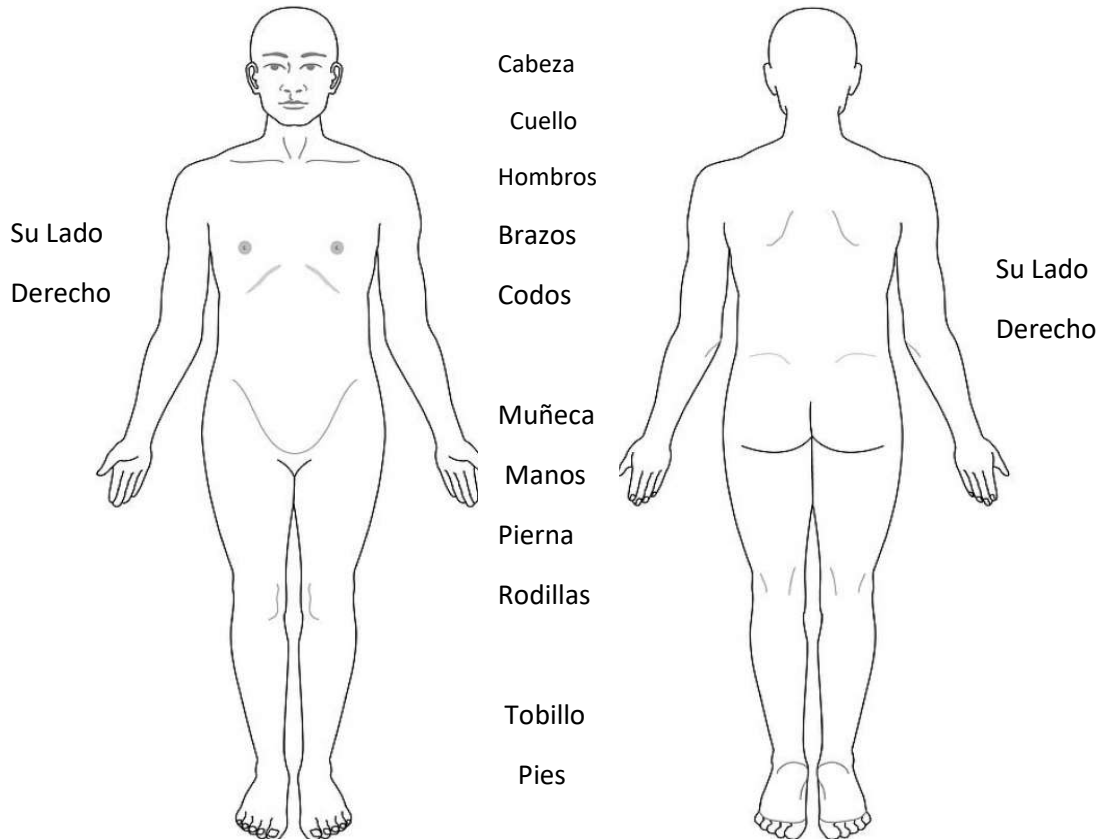
DOLORES ^^^^^^

Entumecimiento 000000

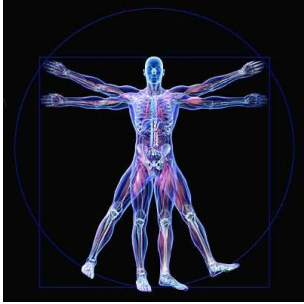
Pasadores/ Agujas *****

Quema XXXXXX

Apuñalamiento // ////



11030 N Tatum Blvd.
Building F, Suite 101
Phoenix, AZ 85028
Phone: 602.889.9880
Fax: 480.304.9328



Board Certified
Physical
Medicine &
Rehabilitation
Brain Injury
Medicine

Sanjay R. Patel, M.D.

Board Certified
Family Practice

Laavanya C. Raju, M.D.

· Physical Medicine

· Rehabilitation

· Pain Medicine

· Supportive Care

· Trigger Point Therapy

· Selective Pain Management

Electromyography/
Nerve Conduction Studies (EMGs)

· Independent Medical Evaluations

· Second Opinions

· Interventional Pain
Management Procedures

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Género: Femenino Masculino

Riesgo de opioides

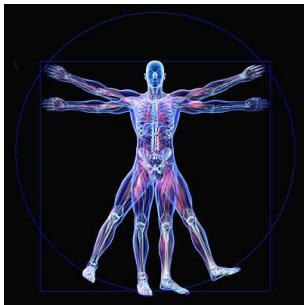
Encierra en un círculo cada número que se aplica a ti.

<u>Historial familiar de abuso de sustancias</u>	<u>Mujer</u>	<u>Hombre</u>
1. Alcohol	1	3
2. Drogas ilegales	2	3
3. Medicamentos por Receta	4	4
<u>Historial personal de abuso de sustancias</u>		
1. Alcohol	3	3
2. Drogas ilegales	4	4
3. Medicamentos por Receta	5	5
<u>Historia de abuso sexual preadolescente</u>		
<u>Edades entre 16-45 años de edad</u>	1	1
<u>Enfermedad psicológica</u>		
1. ADD, OCD, bipolar, esquizofrenia	2	2
2. Deprecion	1	1

Sólo para uso de oficina:

Totales de puntuación: _____

11030 N Tatum Blvd.
Building F, Suite 101
Phoenix, AZ 85028
Phone: 602.889.9880
Fax: 480.304.9328



Board Certified
Physical
Medicine &
Rehabilitation
Brain Injury
Medicine

Sanjay R. Patel, M.D.

Board Certified
Family Practice

Laavanya C. Raju, M.D.

· Physical Medicine

· Rehabilitation

· Pain Medicine

· Supportive Care

· Trigger Point Therapy

· Selective Pain Management

Electromyography/

Nerve Conduction Studies (EMGs)

· Independent Medical Evaluations

· Second Opinions

· Interventional Pain

Management Procedures

11030 N Tatum Blvd.
Building F, Suite 101
Phoenix, AZ 85028
Phone: 602.889.9880
Fax: 480.304.9328

Acuerdo Narcótico

Por favor leer y firmar esta página para ambos acuerdos de riesgo para la seguridad y el acuerdo narcótico.

Renovar acuerdo cada 12 meses

Opiáceos (narcóticos) tratamiento para el dolor crónico se usa para reducir el dolor y mejorar lo que eres capaz de hacer cada día. Junto con el tratamiento con opiáceos, otros cuidados médicos pueden prescribir para ayudar a mejorar su capacidad para realizar las actividades diarias. Esto puede incluir el ejercicio, el uso de analgésicos no narcóticos, terapia física, asesoramiento psicológico y otras terapias o tratamientos. Entiendo que el cumplimiento de las siguientes directrices es importante para continuar el tratamiento del dolor con el Dr. Sanjay Patel.

1. Entiendo que tengo las siguientes responsabilidades:

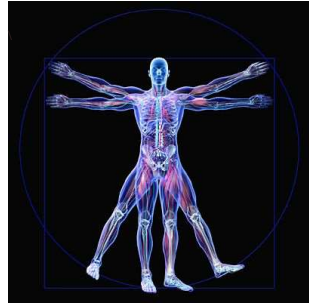
- A. Voy a tomar sólo los medicamentos a la dosis y frecuencia prescrita.
- B. No voy a aumentar o cambiar los medicamentos sin aprobación de este proveedor.
- C. Voy a participar activamente en los esfuerzos de RTW y en programa diseñado para mejorar la función (incluyendo social, físico, psicológico y actividades diarias o de trabajo).
- D. No voy a pedir a los opiáceos o cualquier otro medicamento para el dolor de proveedores distintos de éste. Este proveedor aprobará o prescribir todos los demás medicamentos de la mente y del estado de ánimo alterar.
- E. Informaré a ese proveedor de todas las medicinas que estoy tomando.
- F. Voy a obtener todos los medicamentos de una farmacia, siempre que sea posible. Al firmar este acuerdo, doy consentimiento a este proveedor para hablar con el farmacéutico.
- G. Protegeré mis recetas y medicamentos. Sólo una receta perdida o medicamentos serán reemplazados por un solo año calendario. Voy a mantener todos los medicamentos de mis hijos.
- H. Estoy de acuerdo en participar en las evaluaciones psiquiátricas o psicológicas, si es necesario.
- I. Si tengo un problema de adicción, no voy a usar drogas ilegales o alcohol o de la calle. Este proveedor me puede pedir que siga adelante con un programa para abordar esta cuestión. Tales programas pueden incluir los siguientes: programa de 12 pasos y asegurar un patrocinador, consejería individual y de hospitalización o tratamiento ambulatorio.

- 2. Entiendo que, en caso de una emergencia, este proveedor debe contactarse y el problema será discutido con la sala de emergencia o otro proveedor tratante. Yo soy responsable de firmar un formulario de consentimiento para solicitar traslado de expediente a este doctor. No más de 3 días de medicamentos pueden ser prescritos por la sala de emergencia o otro proveedor sin la aprobación de ese proveedor.
- 3. Entiendo que voy a consentir pruebas de drogas. Una prueba de drogas es una prueba de laboratorio en la que se analiza una muestra de orina o de sangre para ver qué medicamentos He estado tomando.
- 4. Voy a mantener mi cita programada un mínimo de 24 horas antes de la cita.
- 5. Entiendo que este proveedor puede dejar de prescribir opioides o cambiar el plan de tratamiento si:
 - A. si no nuestro ninguna mejoría en el dolor de los opioides o mi actividad física no ha mejorado.
 - B. Mi comportamiento es incompatible con las responsabilidades señaladas en # 1 arriba.
 - C. Doy, vendo, o mal uso de los medicamentos opioides.
 - D. Si se desarrolla rápida tolerancia o la pérdida de la mejora del tratamiento.
 - E. Obtengo opioides de otro que de este proveedor.
 - F. Me niego a cooperar cuando se le preguntó para obtener una prueba de drogas.
 - G. Si un problema de adicción se identifica como un resultado de tratamiento prescrito o cualquier otra sustancia adictiva.
 - H. Si no estoy en condiciones de mantener el seguimiento de las citas

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de Doctor: _____ Fecha: _____

Su seguridad corre riesgos mientras trabaja bajo la influencia de los opiáceos



Board Certified
Physical
Medicine &
Rehabilitation
Brain Injury
Medicine

Sanjay R. Patel, M.D.

Board Certified
Family Practice

Laavanya C. Raju, M.D.

· Physical Medicine

· Rehabilitation

· Pain Medicine

· Supportive Care

· Trigger Point Therapy

· Selective Pain Management

Electromyography/

Nerve Conduction Studies (EMGs)

· Independent Medical Evaluations

· Second Opinions

· Interventional Pain

Management Procedures

Debe conocer los posibles efectos secundarios de los opiáceos, como el tiempo de reacción disminuido, el juicio nublado, la somnolencia y la tolerancia. Además, debe conocer el posible peligro asociado con el uso de opiáceos al operar equipos pesados o conducir.

Posibles efectos secundarios;

<ul style="list-style-type: none"> • Cambio en las habilidades de pensamiento • Náuseas • Estreñimiento • Vómitos • Respirar lentamente • Somnolencia o somnolencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de coordinación o equilibrio que pueden hacer que no sea seguro operar equipos o vehículos de motor peligrosos. • La sobredosis puede detener su respiración y conducir a la muerte • Agravación de la depresión • Boca seca
---	---

Todos los efectos secundarios mencionados anteriormente pueden empeorar si mezcla opiáceos con otras drogas, incluido el alcohol.

Posibles riesgos;

Dependencia física: Esto significa que la interrupción brusca del medicamento puede provocar síntomas de abstinencia caracterizados por uno o más de los siguientes;

<ul style="list-style-type: none"> • Nariz que moquea • Calambre abdominal • Frecuencia cardíaca rápida 	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrea • sudoración • Nerviosismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para dormir por varios días • La piel de gallina
--	--	--

Dependencia psicológica: Esto significa que es posible que dejar de tomar la droga te haga perder o anhelarla.

Tolerancia: Esto significa que puede necesitar más y más arrastre para obtener el mismo efecto.

Adicción: Un pequeño porcentaje de pacientes puede desarrollar problemas de adicción basados en la genética de otro proveedor.

Problemas con el embarazo: si está embarazada o está pensando en quedarse embarazada, hable con su proveedor.

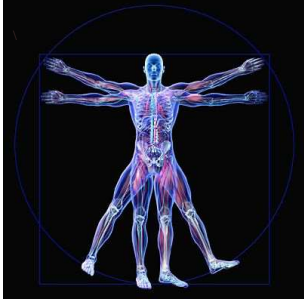
Recomendaciones para administrar sus medicamentos;

- Lleve un diario del medicamento para el dolor que está tomando, la dosis, la hora del día en que toma su medicamento, su efectividad y cualquier efecto secundario que pueda tener.
- Use la caja de pastillas para recordatorios de medicamentos que puede comprar en su farmacia que ya está dividida en los días de la semana y las horas del día, por lo que es más fácil recordar cuándo tomar los medicamentos.
- Lleve solo la cantidad de medicamentos que necesita al salir de la casa, por lo que hay menos riesgo de perder todos sus medicamentos al mismo tiempo.

He leído este documento, entiendo y han respondido satisfactoriamente a todas mis preguntas. Doy mi consentimiento para el uso de opiáceos para ayudar a controlar mi dolor y entiendo que mi tratamiento con opiáceos se llevará a cabo como se describe anteriormente.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

11030 N Tatum Blvd.
Building F, Suite 101
Phoenix, AZ 85028
Phone: 602.889.9880
Fax: 480.304.9328



Board Certified
Physical
Medicine &
Rehabilitation
Brain Injury
Medicine

Sanjay R. Patel, M.D.

Board Certified
Family Practice

Laavanya C. Raju, M.D.

- Physical Medicine
- Rehabilitation
- Pain Medicine
- Supportive Care
- Trigger Point Therapy
- Selective Pain Management
- Electromyography/
Nerve Conduction Studies (EMGs)
- Independent Medical Evaluations
- Second Opinions
- Interventional Pain
Management Procedures

Divulgación de pruebas de drogas en orina

Nuestra oficina como un servicio para nuestro paciente y para tratar de mantener la integridad de las pruebas de detección de drogas en orina hace nuestras pruebas a través de Advanced Diagnostics. Tenga en cuenta que nuestro médico tiene un interés financiero en este laboratorio y que usted, como paciente, tiene derecho a realizar su prueba de detección de drogas en la orina en otro centro o que su seguro le exija que use un laboratorio específico.

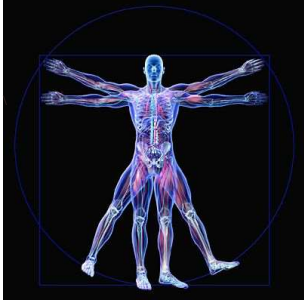
Divulgación de dispensación de prescripción

Nuestra oficina ofrece un servicio a nuestros pacientes, dispensando algunos medicamentos recetados. Tenga en cuenta que puede elegir entre obtener la receta en nuestra oficina o pedirnos que le proporcionemos una receta que pueda surtirse en la farmacia que usted elija.

Al firmar a continuación, declaro que me explicaron y respondieron todas las preguntas que pudiera tener.

Firma De Paciente: _____ Fecha: _____

11030 N Tatum Blvd.
Building F, Suite 101
Phoenix, AZ 85028
Phone: 602.889.9880
Fax: 480.304.9328



Board Certified
Physical
Medicine &
Rehabilitation
Brain Injury
Medicine

Sanjay R. Patel, M.D.

Board Certified
Family Practice

Laavanya C. Raju, M.D.

· Physical Medicine

· Rehabilitation

· Pain Medicine

· Supportive Care

· Trigger Point Therapy

· Selective Pain Management
Electromyography/
Nerve Conduction Studies (EMGs)

· Independent Medical Evaluations

· Second Opinions

· Interventional Pain
Management Procedures

Autorización para Divulgar Registros Médicos

Con mi firma a continuación, le autorizo a analizar o divulgar la siguiente información:

Perteneciente a mi condición médica, a los servicios prestados a mí, o al tratamiento que me dieron.

Sanjay R Patel MD PLLC
11030 N. Tatum Blvd. Edificio F, suite 101
Phoenix, AZ 85028

Nombre del paciente: _____
Seguridad Social: _____
Fecha de nacimiento: _____

Esta autorización para divulgar información médica se le solicita de acuerdo con los términos generales de la confidencialidad de la información médica.

Esta autorización (circule una) HACE / NO HACER pruebas de VIH.

Esta autorización permanecerá vigente por _____ y comprenderá que puedo revocar esta autorización (excepto en la medida en que la acción ya haya sido tomada en base a esta autorización firmada) en cualquier momento notificando por escrito a Sanjay R Patel MD PLLC.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi rechazo no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o mi elegibilidad para los beneficios (si corresponde).

Puedo inspeccionar o copiar cualquier información usada o divulgada bajo este acuerdo.

Entiendo que, si la persona o organización que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede volver a divulgarse y ya no estará protegida por estas reglamentaciones.

Firma del paciente / padre / tutor / tutor / o representante del paciente

Fecha

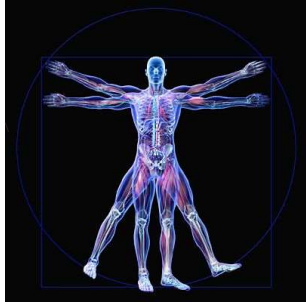
Imprimir el nombre del representante del paciente

Relación con el paciente

Nota: Usted tiene derecho a saber específicamente qué información está autorizando para publicación (por ejemplo, resultados para una prueba de laboratorio realizada el 01/04/03, o si se incluye toda su historia clínica, toda la información de salud). Usted tiene derecho a saber el / los nombre (s) de la otra identificación de la (s) persona (s) u organización (es) autorizadas para divulgar la información (por ejemplo, los nombres de su (s) proveedor (es) de atención médica). Tiene derecho a saber quién lo usará y para qué se usará (por ejemplo, John Smith, PhD / Research).

TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO

11030 N Tatum Blvd.
Building F, Suite 101
Phoenix, AZ 85028
Phone: 602.889.9880
Fax: 480.304.9328



Board Certified
Physical
Medicine &
Rehabilitation
Brain Injury
Medicine

Sanjay R. Patel, M.D.

Board Certified
Family Practice

Laavanya C. Raju, M.D.

· Physical Medicine

· Rehabilitation

· Pain Medicine

· Supportive Care

· Trigger Point Therapy

· Selective Pain Management

Electromyography/
Nerve Conduction Studies (EMGs)

· Independent Medical Evaluations

· Second Opinions

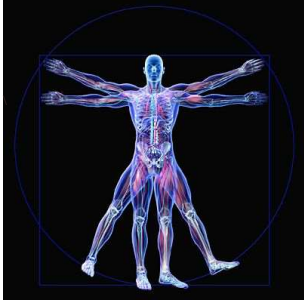
· Interventional Pain
Management Procedures

11030 N Tatum Blvd.
Building F, Suite 101
Phoenix, AZ 85028
Phone: 602.889.9880
Fax: 480.304.9328

Escala de dolor

Encierre en un círculo el número que mejor se aplica a usted.

1. ¿Su dolor interfiere con su trabajo normal dentro y fuera de casa?
Trabajo normalmente no puede funcionar
0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ---- 7 ---- 8 ---- 9 ---- 10
2. ¿Su dolor interfiere con su cuidado personal (como lavarse, vestirse, etc.)?
Puedo cuidarme completamente Necesito ayuda con todo mi cuidado personal
0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ---- 7 ---- 8 ---- 9 ---- 10
3. ¿Su dolor interfiere con Viajar?
Viajo a cualquier parte Solo viajo para ver a los doctores
0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ---- 7 ---- 8 ---- 9 ---- 10
4. ¿Su dolor afecta su capacidad para sentarse o pararse?
Ningún problema no puede sentarse / pararse en absoluto
0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ---- 7 ---- 8 ---- 9 ---- 10
5. ¿Su dolor afecta su capacidad de levantar la cabeza, agarrar objetos o alcanzar objetos?
Ningún problema no puede hacer nada
0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ---- 7 ---- 8 ---- 9 ---- 10
6. ¿Su dolor afecta su capacidad de levantar objetos del piso, doblarse, inclinarse o ponerse de rodillas?
Ningún problema no puede hacer nada
0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ---- 7 ---- 8 ---- 9 ---- 10
7. ¿Su dolor afecta su capacidad para caminar o correr?
No hay problemas No puedo caminar / correr en absoluto
0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ---- 7 ---- 8 ---- 9 ---- 10
8. ¿Ha disminuido su ingreso desde que comenzó su dolor?
Sin disminución Perdió todos los ingresos
0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ---- 7 ---- 8 ---- 9 ---- 10
9. ¿Debe tomar analgésicos todos los días para controlar su dolor?
No se necesita medicación para el dolor durante todo el día
0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ---- 7 ---- 8 ---- 9 ---- 10
10. ¿Su dolor lo obliga a ver a los médicos tanto o más seguido que antes de que comenzara su dolor?
Nunca veía a los doctores Veo a los doctores semanalmente
0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ---- 7 ---- 8 ---- 9 ---- 10
11. ¿Su dolor interfiere con su capacidad de ver a las personas que son importantes para usted tanto como le gustaría?
No hay problema Nunca los veo
0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ---- 7 ---- 8 ---- 9 ---- 10
12. ¿Su dolor interfiere con actividades recreativas y pasatiempos que son importantes para usted?
Sin Interferencia Total Interferencia
0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ---- 7 ---- 8 ---- 9 ---- 10
13. ¿Necesita ayuda de su familia y / o amigos para completar las tareas diarias debido a su dolor?
Nunca necesita ayuda Necesita ayuda todo el tiempo
0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ---- 7 ---- 8 ---- 9 ---- 10
14. ¿Ahora se siente más deprimido, tenso o ansioso que antes de que comenzara su dolor?
Sin Depresión / Tensión Depresión / Tensión Severa
0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ---- 7 ---- 8 ---- 9 ---- 10
15. ¿Hay problemas emocionales causados por su dolor que interfieren con sus actividades familiares, sociales y / o laborales?
Sin Problemas Problemas Graves
0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ---- 7 ---- 8 ---- 9 ---- 10



Board Certified
Physical
Medicine &
Rehabilitation
Brain Injury
Medicine

Sanjay R. Patel, M.D.

Board Certified
Family Practice

Laavanya C. Raju, M.D.

· Physical Medicine

· Rehabilitation

· Pain Medicine

· Supportive Care

· Trigger Point Therapy

· Selective Pain Management

Electromyography/

Nerve Conduction Studies (EMGs)

· Independent Medical Evaluations

· Second Opinions

· Interventional Pain

Management Procedures

11030 N Tatum Blvd.

Building F, Suite 101

Phoenix, AZ 85028

Phone: 602.889.9880

Fax: 480.304.9328

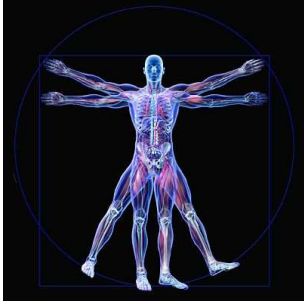
Inventario de depresión (formulario corto)

Instrucciones: Este es un cuestionario. En este cuestionario hay grupos de declaraciones.

Por favor, lea todo el grupo de declaraciones en cada sección. Luego seleccione la única declaración en ese grupo que mejor describa la forma en que se siente HOY, es decir, ahora mismo. Encierra en un círculo además de la declaración que has elegido. Si varias declaraciones en el grupo parecen aplicarse igualmente bien. Encierra en un círculo cada uno.

ASEGÚRESE DE LEER TODAS LAS DECLARACIONES DE CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCIÓN.

1.
 - A. No me siento triste
 - B. Me siento triste o infeliz
 - C. Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de eso
 - D. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2.
 - A. No soy particularmente pesimista ni desanimado sobre el futuro
 - B. Me siento desanimado sobre el futuro
 - C. Siento que no tengo nada que esperar
 - D. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar
3.
 - A. No me siento como un fracaso
 - B. Siento que he fallado más que la persona promedio
 - C. Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que puedo ver es un montón de fallas
 - D. Siento que soy un completo fracaso como persona (padre, esposo, esposa)
4.
 - A. No estoy particularmente insatisfecho
 - B. No disfruto las cosas como solía
 - C. Me siento bastante culpable
 - D. Siento que soy muy malo o sin valor
5.
 - A. No me siento especialmente culpable
 - B. Me siento mal o indigno una buena parte del tiempo
 - C. Me siento bastante culpable
 - D. Siento que es mi culpa el estar así
6.
 - A. No me siento decepcionado de mí mismo
 - B. Estoy decepcionado de mí mismo
 - C. Estoy disgustado conmigo mismo
 - D. Me odio a mí mismo



Board Certified
Physical
Medicine &
Rehabilitation
Brain Injury
Medicine

Sanjay R. Patel, M.D.

Board Certified
Family Practice

Laavanya C. Raju, M.D.

· Physical Medicine

· Rehabilitation

· Pain Medicine

· Supportive Care

· Trigger Point Therapy

· Selective Pain Management

Electromyography/

Nerve Conduction Studies (EMGs)

· Independent Medical Evaluations

· Second Opinions

· Interventional Pain

Management Procedures

11030 N Tatum Blvd.

Building F, Suite 101

Phoenix, AZ 85028

Phone: 602.889.9880

Fax: 480.304.9328

Inventario de depresión (formulario corto)

Instrucciones: Este es un cuestionario. En este cuestionario hay grupos de declaraciones.

Por favor, lea todo el grupo de declaraciones en cada sección. Luego seleccione la única declaración en ese grupo que mejor describa la forma en que se siente HOY, es decir, ahora mismo. Encierra en un círculo además de la declaración que has elegido. Si varias declaraciones en el grupo parecen aplicarse igualmente bien. Encierra en un círculo cada uno.

ASEGÚRESE DE LEER TODAS LAS DECLARACIONES DE CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCIÓN.

7.

- A. No tengo pensamientos sobre dañarme a mí mismo
- B. Siento que estaría mejor muerto
- C. Tengo planes definitivos sobre suicidio
- D. Me mataría si pudiera

8.

- A. No he perdido interés en otras personas
- B. Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía ser
- C. He perdido todo mi interés en otras personas y tengo muy pocos sentimientos por ellos
- D. He perdido todo mi interés en otras personas y no me importan en absoluto

9.

- A. Tomo decisiones tan bien como siempre
- B. Intento posponer la toma de decisiones
- C. Tengo una gran dificultad para tomar decisiones
- D. Ya no puedo tomar decisiones

10.

- A. No creo que luzca peor de lo que solía
- B. Me preocupa que parezca viejo o poco atractivo
- C. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer poco atractivo
- D. Siento que soy feo o repulsivo

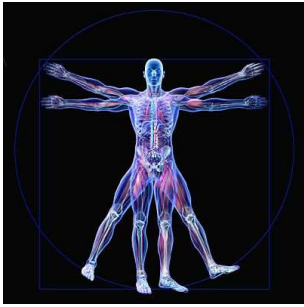
11.

- A. Puedo trabajar tan bien como antes
- B. Se requiere un esfuerzo extra para comenzar a hacer algo
- C. Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- D. No puedo hacer ningún trabajo en absoluto

12.

- A. No me canso más de lo normal
- B. Me canso más fácilmente de lo que solía
- C. Me canso de hacer cualquier cosa
- D. Me canso demasiado para hacer cualquier cosa

Declaración de Derechos del Paciente y Derechos de Responsabilidad



Board Certified
Physical
Medicine &
Rehabilitation
Brain Injury
Medicine

Sanjay R. Patel, M.D.

Board Certified
Family Practice

Laavanya C. Raju, M.D.

· Physical Medicine

· Rehabilitation

· Pain Medicine

· Supportive Care

· Trigger Point Therapy

· Selective Pain Management

Electromyography/

Nerve Conduction Studies (EMGs)

· Independent Medical Evaluations

· Second Opinions

· Interventional Pain

Management Procedures

11030 N Tatum Blvd.
Building F, Suite 101
Phoenix, AZ 85028
Phone: 602.889.9880
Fax: 480.304.9328

Derechos del paciente

El cumplimiento de las siguientes pautas proporcionará una atención al paciente más efectiva y una mayor satisfacción para el paciente, el médico y las personas que conforman la organización de la oficina. Es en reconocimiento de estos factores para reconocer estos derechos. El paciente tiene derecho a consideración y cuidado respetuoso. El paciente será respetado cultural, psicosocial, espiritual, valores personales, policía y preferencias. Los pacientes con impedimentos visuales, del habla, auditivos, del lenguaje y cognitivos tienen derecho a una comunicación efectiva. El paciente tiene derecho a recibir la información de su médico necesaria para dar su consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento y / o tratamiento. Excepto en emergencias, dicha información para el consentimiento informado debe incluirse, pero no necesariamente limitarse al procedimiento o tratamiento específico, los riesgos médicamente significativos involucrados y la duración probable de la discapacidad. Cuando existen alternativas médicas importantes para la atención o el tratamiento, o cuando el paciente solicita información sobre alternativas médicas, el paciente tiene derecho a saber el nombre de la (s) persona (s) responsable (s) de la sedación y anestesia. El paciente tiene derecho a tener en cuenta su privacidad con respecto a su propia atención / tratamiento. La discusión del caso, la consulta, el examen y el tratamiento son confidenciales y deben realizarse con discreción. El paciente tiene derecho a esperar que todas las comunicaciones y registros relacionados con su atención se traten como confidenciales. No participa directamente su cuidado debe tener el permiso del paciente para estar presente. El paciente tiene derecho a obtener información para el médico completo y actualizado sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que se pueda esperar razonablemente que el paciente comprenda. El paciente tenía derecho a participar en las decisiones sobre su cuidado, tratamiento y servicios, y tenía derecho a que se le evaluara, manejara y tratara el dolor de la manera más efectiva posible. El paciente tiene el derecho y, cuando corresponda, que se le informe sobre los resultados imprevistos de la atención, el tratamiento y los servicios relacionados con los eventos adversos centinelas revisables. El paciente tiene el derecho de esperar que, dentro de su capacidad, esta fortaleza debe proporcionar evaluación, servicio y / o derivación para pacientes ambulatorios según lo indique la urgencia del caso. Cuando sea médicamente permisible, el paciente puede ser transferido a otro centro solo después de que haya recibido la información completa y la explicación de las necesidades y alternativas a dicha transferencia. El paciente tiene derecho a obtener información sobre cualquier relación en este centro con otras instituciones educativas y de atención médica en la medida en que se trate de su atención. El paciente como el derecho a obtener información sobre la existencia de cualquier relación profesional entre las personas, por su nombre, que lo está tratando. El paciente tiene derecho a esperar una atención continua razonable. El paciente tiene derecho a esperar que esta instalación proporcione un mecanismo para que el médico le informe que necesita salud y atención después del alta. El paciente tiene derecho a conocer los mecanismos de quejas y sugerencias. El paciente tiene derecho a cambiar su elección de médico. El paciente tiene derecho a rechazar la atención, el tratamiento y los servicios de acuerdo con la legislación y la regulación. El paciente tiene el derecho de cuestionar la información en su registro médico. El paciente tiene el derecho de examinar y recibir la pronación de su cuenta y esperar la facturación de la práctica

Responsabilidades

El paciente tiene la responsabilidad de proporcionar al médico la información más precisa y completa sobre las quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos, alergias y cambios inesperados en los cambios de estado del paciente. El paciente tiene la responsabilidad de hacer preguntas cuando no entiende lo que el médico le dice sobre lo que se espera que haga. Si se acuerda el plan de atención, el paciente tiene la responsabilidad de seguir el plan de atención o expresar su preocupación por el cumplimiento. El paciente y la familia son responsables de seguir el plan de atención antes del alta y postoperatorio. El paciente y la familia son responsables de los resultados, si no siguen el plan de atención. El paciente es un adulto, tiene la responsabilidad de proporcionarle a su hogar la facilidad de transporte y se quedó con él / ella las 24 horas, si así lo requiere su médico. El paciente es responsable de informar a su médico sobre cualquier testamento vital, poder médico y otras instrucciones que puedan afectar su atención. El paciente y la familia son responsables de seguir las reglas y regulaciones de la práctica con respecto al cuidado y conducta del paciente. El paciente y las familias son responsables de ser considerados para el personal y las prácticas de propiedad. El paciente y la familia son responsables de cumplir con prontitud cualquier obligación financiera acordada con la práctica.

Al firmar a continuación, declaro que he leído toda esta página y entiendo mi declaración de derechos, así como también mi responsabilidad como paciente potencial de esta práctica.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____