



Formulario de Inscripción

Información del Paciente		
Apellido del paciente	Nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento Varón/M	Número de Seguro Social	Estado Civil
Inicio Dirección	Ciudad / Estado / Código Postal	Ocupación
Teléfono de la Casa	Número de de Teléfono móvil	Nombre del Contacto Emergencia
Dirección de correo electrónico		Número de Teléfono del Contacto de Emergencia
Apellido Cónyuge / Pareja	Nombre	Segundo Nombre
Dirección	Ciudad / Estado / Código Postal	Número de Teléfon
El Empleador del Paciente	Dirección del Empleador	Empleador Ciudad / Estado / Código Postal
Nombre del Médico de Referencia	Dirección	Ciudad / Estado / Código Postal
Número de Teléfono del Médico de Referencia	Número de FAX del Médico de Referencia	
Nombre del Médico de Atención Primaria (PCP)	Dirección	Ciudad / Estado / Código Postal
PCP número de teléfono	Número de FAX del Médico de PCP	
Nombre de la Farmacia	Dirección	Ciudad / Estado / Código Postal
Teléfono de la Farmacia	Número de FAX de la Farmacia	



Derechos del Paciente-Revelación de Información

Bienvenido a Superior Pain Solutions.

Nos gustaría que usted sepa que el Dr. Reynolds es un especialista en el tratamiento del dolor. Está certificado por la Junta Americana de Control del Dolor y la Junta Americana de Anestesiología, y con licencia en el Estado de la Florida. El objetivo de Superior Pain Solutions es mejorar le calidad de vida con la minimización de la dependencia de los medicamentos opioides para el dolor a través del uso de la multimodalidad plan de tratamiento. El plan de tratamiento que se ofrecen en esta oficina puede ser diferente que el plan de tratamiento ofrecido en el pasado por otros médicos. La primera consulta en nuestra oficina se utilizará para determinar el plan de tratamiento apropiado, que pueden incluir procedimientos, terapia física, terapia de masaje, evaluación psicológica, medicamentos y/o una remisión a otro especialista. Con el fin de recibir un tratamiento, le pedimos que siga el plan de tratamiento determinado por nuestros médicos.

Los derechos de un paciente se producen en muchos niveles diferentes, y en todas las especialidades. La Asociación Médica Americana (AMA) se expone los elementos fundamentales de la relación médico-paciente en su Código de Ética Médica. Estos derechos incluyen lo siguientes:

- El derecho a recibir información de los médicos y discutir los beneficios, riesgos y costos de las alternativas de tratamiento apropiado.
- El derecho a tomar decisiones respecto al cuidado de la salud que es recomendado por el médico.
- El derecho a la cortesía, el respeto, la dignidad, la capacidad de respuesta y atención oportuna a las necesidades de salud.
- El derecho a la confidencialidad: vea nuestro **Aviso de Practica de Privacidad**
- El derecho a la continuidad de la atención de la salud.
- El derecho fundamental a tener una atención médica adecuada.

Los pacientes a menudo tienen ciertas responsabilidades para asegurar sus derechos. Según la AMA, los médicos también deben servir como defensores de los pacientes y promover estos derechos fundamentales. Cada vez que un paciente visita a un médico, ambas partes están buscando respuestas a estas preguntas:

- Diagnóstico: ¿Qué pasa con el paciente?
- Pronóstico: ¿Qué significa el diagnóstico para el paciente?
- El cuidado y el componente de gestión: ¿Qué puede hacerse para el paciente?
- Dimensión de la investigación: ¿Qué puede el médico aprender de este paciente?
- Dimensión de salud pública: ¿Cómo puede beneficiar otros en el proceso de tratamiento de este paciente?
- Oportunidades educativas: ¿Qué puede hacer el paciente y los profesionales para aprender de esta experiencia y enseñar a otros?

Aviso de Practica de Privacidad está disponible para los pacientes de Superior Pain Solutions por la petición y también en nuestro sitio web www.superiorpainsolutions.com. Los pacientes podrán solicitar en cualquier momento para obtener una copia de el **Aviso de Practica de Privacidad**. Superior Pain Solutions es compatible con HIPAA. Para más información sobre HIPAA, visite el sitio web del gobierno federal enlace que sigue: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/index.html>. Si usted tiene alguna sugerencia, por favor haga por escrito y de la mano a la recepcionista o por correo a la oficina. Animamos a todos los pacientes a participar activamente en su cuidado, así que por favor hablar y hacer preguntas a cualquier persona en esta organización.

Al firmar el documento a continuación, usted reconoce que ha leído y comprendido la información mencionada anteriormente.

Firma del Paciente

Paciente Nombre impreso

Fecha



Información al Paciente de Lanzamiento de Autorización y Consentimiento

Uso y divulgación de información de salud protegida bajo la HIPAA

Superior Pain Solutions se compromete a cumplir todos los requisitos de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996.

Nombre del paciente: _____

Sección A: **AUTORIZACIÓN**

De conformidad con la información obtenida en el Aviso de prácticas de privacidad, autorizo Superior Pain Solutions que libere a todos de mi información médica o de seguro necesaria para procesar mis reclamos médicos y coordinar o dirigir mi atención médica.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación a Superior Pain Solutions en escrito. Pero, si hago revocar esta autorización, esta revocación no tendrá efecto en las acciones que Superior Pain Solutions tomó antes de recibir mi revocación. Esta autorización podrá ser revocada por la firma de un formulario de Autorización de Revocación y devolverlo a las Superior Pain Solutions. Para solicitar un formulario de Autorización de Revocación, usted puede solicitar la recepcionista o póngase en contacto con nuestra oficina. Superior Pain Solutions no va a basar condición para el tratamiento o el pago de los servicios de salud en su llenar y firmar esta autorización.

Yo autorizo a Superior Pain Solutions y reconciliar a cualquiera de mi historial de medicación necesaria para coordinar y administrar cuidado de mi salud o la transferencia de la atención.

Sección B: **CONSENTIMIENTO**

En el caso de que un familiar o cuidador me asiste a mí en la visita a la oficina y se encuentra en la sala de examen en el momento de la evaluación y / o tratamiento, doy mi permiso ha Superior Pain Solutions y de los médicos o los empleados para hablar libremente de mi condición, tratamiento, diagnóstico o seguro / problemas de pagos con esa persona.

Por favor, rellene el espacio en blanco con la información apropiada si podemos usar esto como manera de comunicarse con usted o escribir NO si no. Podemos dejar un mensaje en: SI o NO

Correo electrónico _____

Teléfono de casa _____

Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular _____

¿Con quién podemos discutir o revelar información sobre su cuidado, tratamiento o diagnóstico?

Relación _____

Relación _____

El paciente o el representante del paciente que ha leído y está de acuerdo con las instrucciones que siguen firmando a continuación:

Firma del Paciente

Fecha



Póliza Financiera

Nombre del paciente: _____

Superior Pain Solutions se dedica a proporcionar el mejor cuidado posible para usted, y queremos que usted entienda por completo la póliza financiera. La siguiente información se proporciona para su consideración. Contiene información sobre el pago de nuestros servicios. Si nuestra oficina participa con su compañía de seguros, es su responsabilidad:

- Lleve su tarjeta de seguro a cada visita.
- Esté preparado para pagar el copago y deducible en su totalidad (si corresponde) en cada visita.
- Tarjetas de crédito y dinero en efectivo se aceptan como pago. No se aceptan cheques.

Recomendaciones: Si su plan requiere una referencia para el tratamiento, la referencia debe ser presentado en o antes de su visita. Si usted no tiene su referencia, puede que sea necesario posponer su visita para otro día o usted será financieramente responsable de la visita. Esta es la póliza de su compañía de seguros y no la póliza de Superior Pain Solutions. Es la responsabilidad del paciente para confirmar y obtener las recomendaciones, referidos o autorizaciones necesarias. Nuestra oficina le ayudará con esto durante el proceso de registración.

Superior Pain Solutions ha hecho arreglos previos con muchas compañías de seguros y otros planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Tenga en cuenta que su póliza de seguro es básicamente un contrato entre usted y su compañía de seguros. Como un servicio a usted, Superior Pain Solutions va a presentar su reclamo de seguro, si usted decide asignar los beneficios a las Superior Pain Solutions. Su cuenta será entregada a su compañía de seguros, y usted será responsable de un co-pago en el momento del servicio. Aunque es nuestra política para verificar sus beneficios, por favor entienda que usted es responsable de los servicios no cubiertos por su seguro. Según lo programado para un procedimiento, usted es responsable de entregar el pago de su co-pago y el deducible en su totalidad antes del procedimiento. No todas las compañías de seguros cubren todos los servicios. En el caso de que su plan de seguro determina que un servicio sea "no cubiertas", usted será responsable de la carga completa. El pago se debe al recibir una declaración/cargo de nuestra oficina. Si el paciente es menor de edad (menos de 18 años), o un dependiente, el padre o tutor legal debe firmar abajo. El padre o tutor de un menor no acompañado se hace responsable de cualquier pago debido al momento del servicio. El padre o tutor tienen la responsabilidad de cualquier referencia necesaria y la verificación del seguro. Si usted no tiene cobertura de seguro o tienen cobertura con una compañía que no participamos con ellos, se espera el pago en su totalidad en el momento de su visita. Si usted tiene alguna pregunta acerca de sus problemas específicos de la cobertura del seguro, el personal de recepción estará encantado de ayudarlo a comunicarse con un miembro del departamento de servicios de su compañía de seguros para determinar la cobertura y los costos estimados.

Las cancelaciones de citas de oficina debe ser por lo menos 24 horas antes de la hora programada. Cancelaciones en menos de 24 horas serán inscrita como 'no presentados' en la historia/documentación del paciente. Si un paciente tiene tres o más 'no se presenta' en la tabla, entonces una cuota de \$ 35 pueden ser cargadas para cada cita adicional perdida. Nosotros reservamos el derecho a rechazar la programación para los pacientes con un historial de no presentarse.

Las recuestas para completar formas o formularios serán cobrada una carga razonable por el servicio administrativo. El cargo será declarado por el personal de recepción y el total debe ser pagado por adelantado. Algunas formas se requiere una consulta con el médico para ser rellenado correctamente.

Preguntas acerca de los arreglos financieros deben ser dirigidas a nuestro director de la oficina o el personal de facturación. Su firma abajo indica que usted ha leído y esta de acuerdo con esta póliza.

Firma del Paciente

Fecha



Asignación de Beneficios Formulario

Nombre del paciente: _____

Consentimiento para el tratamiento:

Yo doy consentimiento a Superior Pain Solutions para llevar a cabo procedimientos médicos, que son apropiados para mis condiciones, síntomas, enfermedades o lesiones.

Asignación de Beneficios:

Por la presente cedo a Superior Pain Solutions todas las prestaciones médicas y quirúrgicas de cualquier y todas las pólizas de seguros, incluyendo seguro de salud y protección contra lesiones personales a los que tengo derecho. Por la presente autorizo y dirijo mi compañía de seguros (s), incluyendo Medicare, el seguro privado de salud y cualquier otro / plan médico, para efectuar el pago directamente al Superior Pain Solutions para todos los servicios, elementos y / o suministros prestados a mí o a mi dependientes, independientemente de los beneficios de mi seguro, si los hubiere.

Autorización para divulgar información:

Por la presente autorizo a Superior Pain Solutions para: (1) liberar toda la información necesaria a las compañías de seguros acerca de mi enfermedad y los tratamientos, (2) procesar las reclamaciones de seguros generados en el curso del examen o tratamiento, y permitir que (3) una fotocopia de mi firma será utilizada para procesar reclamaciones de seguros para el período de vida útil o que la reclamación sea pagada. Esta orden permanecerá en efecto hasta que sea revocada por mí por correo certificado.

He solicitado los servicios médicos de Superior Pain Solutions en mi nombre y / o mis dependientes, y comprendo que al hacer esta petición, quedo directamente y personalmente responsable de todos los cargos presentados por Superior Pain Solutions que se refieren a mí, y nada de lo que esta en esta autorización y asignación puede ser interpretada como renuncia a estas obligaciones.

Yo entiendo que los pagos se deben pagar en la fecha en que los servicios son asignados y se comprometo a pagar todos los gastos en su totalidad inmediatamente después de la presentación del documento de facturación.

La Asignación de la Causa o Acción:

En el caso de que cualquier compañía de seguros que está obligado por contrato, estatuto o la ley para hacer un pago a Superior Pain Solutions por los servicios profesionales se niega a que efectúe dicho pago, la presente cedo y traslado a Superior Pain Solutions la posibilidad de enjuiciar a cualquier acción en mi nombre y / o su nombre para llegar a un compromiso, un acuerdo, o resolver de otro modo dicha reclamación si lo consideran necesario.

Esta asignación y autorización puede ser revocada por mí por correo certificado. Una fotocopia de esta autorización y la asignación será de obligatoriedad jurídica al original.

Paciente o Guardián legal

Fecha



Sustancias Controladas Acuerdo Terapia

1/2

Nombre del paciente: _____

El propósito de este acuerdo es proteger el acceso a sustancias controladas y para proteger la capacidad de Superior Pain Solutions a prescribir estas sustancias. Este acuerdo entre Superior Pain Solutions y usted, denominado en adelante como "el paciente", tiene por objeto aclarar la forma en que las sustancias controladas se pueden utilizar para controlar el dolor.

El uso a largo plazo de sustancias como los opiodes (analgésicos narcóticos, pastillas para el dolor), los tranquilizantes de benzodiazepines, y otros sedantes son controvertidos debido a la incertidumbre sobre la medida en que proporcionan beneficios a largo plazo. También existe el riesgo de un trastorno de adicción (dependencia psicológica / dependencia física) o el desarrollo de las recaídas que ocurren en una persona con una adicción a la anterior. El porcentaje de este riesgo no es cierto. Debido a que estos medicamentos tienen el potencial para el abuso o la desviación, la responsabilidad estricta es necesaria cuando el uso es prolongado. Por esta razón, las siguientes políticas en que el paciente y el médico están de acuerdo, para considerar la prescripción inicial y / o continuo de sustancias controladas para tratar el dolor.

El paciente se compromete a ser responsable de las sustancias controladas que se les prescribe. El paciente se compromete a no vender, prestar o de cualquier manera dar su medicamento a ninguna otra persona. Las recetas no pueden ser sustituidos debido a la pérdida, extravío, destrucción o robo. Se espera que el paciente va a tener el mayor grado posible de la atención en lo que respecta a la medicación y la prescripción. Estos elementos no se deben dejar donde otros puedan ver o tener acceso a ellos. Es responsabilidad del paciente para mantener a sí mismos y a los demás fuera de peligro, esto incluye, pero no esta limitado a, no operar maquinaria pesada o manejar vehículos de motor, no trabajar en alturas sin protección o ser responsable de otro individuo. Si hay alguna cuestión de la alteración de la habilidad del paciente para realizar con seguridad cualquier actividad, el paciente no intente llevar a cabo la actividad hasta que la capacidad para llevar a cabo la actividad de el o ella ha sido evaluado o si el paciente ha dejado el medicamento el tiempo suficiente para el efecto del medicamento se resuelva. El paciente entiende que la conducción de un vehículo de motor no se puede permitir, tomando una sustancia controlada en algunos estados, y es responsabilidad del paciente para cumplir con las leyes del estado, mientras que toman estos medicamentos.

El paciente entiende que medicamentos fuertes, que pueden incluir los opiáceos y otras sustancias controladas se pueden prescribir para el alivio del dolor. El paciente comprende que hay posibles riesgos y efectos secundarios de tomar cualquier medicamento, incluyendo los riesgos de la adicción. La sobredosis de medicamentos opiáceos/opiodes pueden causar lesiones o la muerte por parada respiratoria. Otras posibles complicaciones incluyen, pero no son limitados a, el estreñimiento, que pueden ser lo suficientemente graves como para requerir tratamiento médico, dificultad para orinar, cansancio, somnolencia, náuseas, picor, calambres estomacales, pérdida del apetito, confusión, sudoración, sofocos, depresión respiratoria, y la reducción de la función sexual. Estos medicamentos no deben suspenderse de forma brusca, como un síndrome de abstinencia puede ocurrir (síndrome pseudo-gripal, tales como náuseas, vómitos, diarrea, dolores, sudoración y escalofríos). El paciente entiende que la abstinencia de opiáceos es bastante incómodo y tal vez una condición potencialmente mortal. Las bebidas alcohólicas deben evitarse o utilizarse con extrema precaución y moderación después de la aprobación de su médico de dolor mientras esté tomando estos medicamentos. El paciente entiende que si está embarazada o queda embarazada mientras está tomando medicamentos opiodes, su hijo estaría físicamente dependiente de los opiáceos y la abstinencia pueden ser mortales para un bebé.



El paciente no va a usar sustancias ilegales (cocaína, heroína, marihuana, metanfetamina, éxtasis, ketamina, etc.) mientras recibe tratamiento con sustancias controladas. La violación de esta política dará lugar a la interrupción de la prescripción de sustancias controladas y la posible terminación de la atención en la clínica. Sin previo aviso, al azar de toxicología (de drogas) y cuenta de las píldoras pueden ser solicitada por Superior Pain Solutions para determinar el cumplimiento de este acuerdo. La cooperación del paciente es necesaria. Presencia de sustancias no autorizadas pueden incitar referencia para la evaluación del trastorno adictivo. Rechazo de esas pruebas puede someter al paciente a un programa abrupto y rápido para que el medicamento sea descontinuado o terminación rápida de la atención de la clínica.

Antes de la decisión de iniciar el tratamiento con opiáceos, algunos pacientes pueden estar sujetos a una evaluación psicológica voluntaria por un psiquiatra, y esto puede ser reevaluado después mientras se la mantiene en tratamiento de sustancias controladas. Sobre la base de una evaluación psicológica, se podrá decidir que el paciente ya no es un candidato para la terapia continuada en el regimiento de sustancias controladas.

Medicamentos opioide sólo puede ser recetado por un médico de Superior Pain Solutions. El paciente se compromete a no tomar ninguna medicación para el dolor o medicamentos que alteran la mente, recetados por cualquier otro médico sin que lo autorice con los médicos de Superior Pain Solutions. El paciente se compromete a tomar los medicamentos según lo prescrito por el Superior Pain Solutions, y no para cambiar la cantidad o la frecuencia de la medicación sin consultar con el médico prescriptor. Quedando sin medicamentos antes de tiempo, que necesitan medicamento antes de tiempo, la escalada de dosis sin autorización, y la pérdida de recetas pueden ser signos de mal uso de la medicación, y puede haber razones para que el médico deje de prescribir estos medicamentos. Los cambios no autorizados en los medicamentos no pueden ser toleradas. Medicamento antes de tiempo por lo general no se da. Las recetas no pueden ser por teléfono después de las horas, los fines de semana o días festivos. Paciente está de acuerdo todas las sustancias controladas se debe obtener de una farmacia, esta farmacia tiene que estar en el expediente de Superior Pain Solutions. Si el paciente decidió cambiar esta farmacia, entonces es la responsabilidad del paciente para informar a la oficina. El médico prescriptor tiene permiso para discutir los detalles del tratamiento con el farmacéutico de la dispensación y de otros profesionales médicos a los efectos de mantener la rendición de cuentas. Solicitud oportuna de repuestos de los medicamentos son responsabilidad exclusiva del paciente. El paciente se compromete a respetar la política de prescripción de Superior Pain Solutions.

Las declaraciones anteriores han sido leídos por el paciente. El paciente al firmar este formulario voluntariamente está de acuerdo en ser tratado con las sustancias antes citadas controlado para el tratamiento del dolor.

Paciente o Guardián Legal

Fecha



Información Médica Formulario de Autorización

Kiley J. Reynolds, DO

Yo autorizo:

A. Organización de envío : _____

B. Para divulgar la información a: Superior Pain Solutions
8200 SW 117th Avenue, Suite 312
Miami FL 33183

C. Información que se publicará: Las últimas tres(3) notas de oficinas.
Liste los medicamentos actuales.
XRY, MRI, CT informes (películas actuales o las imágenes no son necesarios).

D. Propósito de la solicitud de registros: Continuación de la asistencia médica

E. Este acuerdo está sujeto a revocación por el abajo firmante en cualquier momento, excepto en la medida en que una acción se ha tomado; y si no antes se ha revocado, se dará por terminado un año a partir de la fecha de autorización, sin revocación expresada.

F. El solicitante puede obtener una copia de este formulario de autorización, con su petición.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Teléfono de contacto: _____

POR FAVOR NOTA: Complete sólo si éste es su caso.

Autorización Especial: Marcar las áreas de aplicación y firmar abajo:

Alcohol Droga Salud Mental VIH/SIDA (HIV/AIDS)

Nota: Si este comunicado se refiere al alcohol, drogas, información sobre salud mental, por favor, tenga en cuenta que esta información ha sido revelada a usted de archivos protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las leyes federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información a menos que otra revelación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a quien le pertenece o que lo permitido por la 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier tipo de alcohol o abuso de drogas del paciente

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Iniciales de la personal de miembros que soliciten información: _____

¿Usted, o está viendo a un psiquiatra / psicólogo para ayudarle a lidiar con el dolor o la depresión? SI NO

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por una enfermedad psiquiátrica o adicción? SI NO

En caso afirmativo, ¿qué razón? _____

Fecha / Hospital? _____

Historia de la infección: Ninguno Tuberculosis Hepatitis VIH / SIDA

Por favor, una lista de todos sus cirugías anteriores: Fecha de la Cirugía / Cirujano / Cirugía

Historia Familiar: Por favor escriba cualquier historia familiar significativa para incluirlos problemas de dolor y los problemas con la adicción. _____

Historia social: ¿Toma usted bebidas alcohólicas? Nunca currently Salga de este año

¿Cuántas bebidas por semana? _____ No aplicable

Número de años de beber alcohol? _____ No aplicable

Historia del tabaco: Actual fumador ocasional actual fumador fuma todos los días Nunca ex fumador

En caso afirmativo, ¿cuántos cigarrillos al día? _____

En caso afirmativo, por favor díganos ¿por cuántos años? _____

¿Utiliza alguna droga ilegal? Nunca corriente dejar las drogas menos de tres años sólo en el pasado remoto

Número de años que abusan de las drogas? _____ No aplicable

¿Está usted actualmente: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Arreglos de vivienda: casa casa compartida Apartamento / Condo sin hogar

Empleo: Empleado Desempleado Retirado Estudiante

Anote todos los medicamentos corriente.

Fecha	Medicamentos	Dosis	Frecuencia	¿Por qué comenzó?

Por favor escriba todos sus alergias a medicamentos, alimentos y sustancias del medio ambiente: Sin alergias

¿Tiene usted una reacción al yodo o betadine SI NO NO SABE

¿Tiene usted una reacción a los medios de contraste (de rayos X) SI NO NO SABE

¿Tiene usted una reacción al látex? SI NO NO SABE

¿Ha presentado ninguna reclamación:

Compensación a los Trabajadores?	SI	NO
Abogados de lesiones personales?	SI	NO
Seguro Social / Discapacidad?	SI	NO

Por favor, enumere las pruebas **más recientes** (radiografía, CT scan, MRI, EMG/conducción nerviosa, mielografía, gammagrafía ósea) con la fecha e indicar dónde se llevó a cabo a lo mejor de su memoria (información parcial es mejor que nada, por favor)._____

Revisión de los sistemas: Por favor marque todas las que correspondan.

Constitucional: dolor el aumento de peso pérdida de peso escalofríos fiebre sudores nocturnes
malestar fatiga

Ojos: dolor en los ojos

ENT: dolor en la mandíbula dolor de oído dolor facial tinnitus vertigo mareo verigo
epistaxis dolor en los dientes

Cardiovascular: dolor de pecho presión en el pecho palpitación taquicardia disnea
la tolerancia al ejercicio reducida

Respiratorias: tos respira con dificultad disnea hemopysis

Gstrointestinales: nausea vómitos dolor abdominal estreñimiento diarrea disfagia acidez

Genitourinario: dolor pelvic dolor en el flanco dolor genital incontinencia urinaria

Musculoesqueléticos: dolor en el cuello dolor de espalda dolor de hombre dolor en el brazo
dolor en las piernas dolor en la cadera dolor de rodilla

Dermatológicas: erupción comezón fácil aparición de moretones cambios en el cabello
sudoración excesiva cambios en la piel

Neurológicas: convulsions síncope temblor confusion entumecimiento debilidad

Psiquiatría: los pensamientos suicidas depression ansiedad pánico insomnia
preocupaciones por consumo de sustancias

Endocrino: intolerancia al frío intolerancia al calor polidipsia poliuria proptosis disfunción sexual

Hematológicos: fácil aparición de moretones sangrado prolongado sangrado de las encías
las infecciones recurrentes anemia

Alergia/Inmunología: urticaria enrojecimiento del ojo secreción nasal

Al firmar abajo, yo verifico que la información mencionada anteriormente es la correcta.

Firma del Paciente

Fecha



Abuso de Drogas Screening Test - DAST - 10

Skinner HA. The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behavior*. 1982;7(4):363-371.

Yudko E, Lozhkina O, Fouts A. A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test.

J Subst Abuse Treatment. 2007;32:189-198.

Nombre del paciente: _____

Estas preguntas se refieren a los últimos 12 meses

- | | | |
|--|----|----|
| 1 ¿Ha usado drogas que no han sido necesarias por razones médicas? | Sí | No |
| 2 ¿Ha abusado de más de un medicamento a la vez? | Sí | No |
| 3 ¿No puede dejar de consumir drogas cuando quiera? | Sí | No |
| 4 ¿Ha tenido pérdida de memoria o imágenes recurrentes, como resultado del uso de drogas? | Sí | No |
| 5 ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su uso de drogas? | Sí | No |
| 6 ¿Su cónyuge (o padres) siempre se quejan de su participación con las drogas? | Sí | No |
| 7 ¿Ha descuidado a su familia debido a su uso de drogas? | Sí | No |
| 8 ¿Ha participado en actividades ilegales para obtener las drogas? | Sí | No |
| 9 ¿Alguna vez has experimentado los síntomas de abstinencia (se siente enfermo) cuando dejó de tomar los medicamentos? | Sí | No |
| 10 ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrado)? | Sí | No |

Al firmar abajo, yo verifico que la información arriba indicada es correcta.

Firma del Paciente

Fecha