



## INFORMACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

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

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

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

El medicamento o medicamentos específicos que mi medico planea prescribir será descrito y documentado en un documento separado de este acuerdo. Este incluye el uso de medicamentos para diferentes propósitos, los cuales han sido aprobados por la compañía de drogas y el gobierno (estas recetas médicas algunas veces son referidas como “fuera de etiqueta”). Mi medico me explicara su plan o sus planes de tratamiento y esto será documentado en mi historial médico.

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

Entiendo que es un equipo de medicos certificados y enfermeras practicantes. Por lo tanto entiendo que despues de mi visita inicial en otros medicos o enfermeras practicantes pueden verme para las siguientes visitas o procedimientos.

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

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



El objetivo de este tratamiento es ayudarme a obtener control de mi dolor crónico para poder vivir una vida más productiva y activa. Entiendo que puedo tener una enfermedad crónica y que existe una probabilidad limitada de que me cure completamente, pero el objetivo de tomar el medicamento con regularidad es reducir (pero probablemente no eliminar mi dolor) para que pueda disfrutar una mejor calidad de vida. Entiendo que el tratamiento requiera que algunas personas empleen este medicamento por períodos prolongados o continuos, pero un tratamiento apropiado también puede significar que eventualmente pueda dejar de utilizar todos los medicamentos.

El plan de tratamiento va a estar diseñado específicamente para mí. Entiendo que me puedo retirar de este plan de tratamiento y discontinuar el uso de medicamento(s) en cualquier momento, y que le notificaré a mi médico si discontinúo el uso. También entiendo que de ser necesario tendré supervisión médica cuando discontinúe el uso del medicamento.

Entiendo que no se ha hecho ninguna garantía con respecto a los resultados de la terapia con medicamento o cura de cualquier estado médico. El uso prolongado de medicamentos para tratar dolor crónico es controversial debido a la incertidumbre con respecto al beneficio a largo plazo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de mi estado médico y tratamiento, los riesgos de no tratamiento y la terapia con medicamento, tratamiento médico o procedimiento(s) de diagnósticos que se empleara para tratar mi estado y los riesgos y peligros de dicha terapia con medicamento, tratamiento y procedimiento(s) creo que cuento con suficiente información para dar mi consentimiento.

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

- Mi avance se revisará periódicamente y si el medicamento(s) no mejora mi calidad de vida **se puede discontinuar el medicamento(s).**
- Yo le **daré a conocer** a mi médico **todos los medicamentos** que tomo en cualquier momento que me haya recetado cualquier médico.
- Tomaré el medicamento(s) **exactamente como me lo indique mi médico.**
- Estoy de acuerdo en **no** compartir, vender o permitir a otras personas, incluyendo a mi familia y amistades a tener acceso a estos medicamentos.
- No **permitiré o ayudaré a que se haga mal uso/desviación de mi medicamento, ni lo daré o venderé** a ninguna otra persona.
- Todo medicamento se debe obtener en **la misma farmacia.** Si surge la necesidad de cambiar de farmacia se le debe informar a mi médico. Solo usaré una farmacia y le proporcionaré a mi farmacólogo una copia de este acuerdo. Si es necesario, autorizo a mi médico que le proporcione a mi farmacólogo mi historial médico.
- Entiendo que se surtirá mi medicamento con regularidad. Entiendo que mi receta(s) y mi medicamento(s) son como dinero. **Si se pierden o me los/las roban NO SE PUEDEN REEMPLAZAR.**
- Las recetas **no serán surtidas antes de la fecha programada.** Sin embargo, se permite que se surtan las recetas antes del tiempo programado cuando vaya a viajar y pueda hacer arreglos por adelantado antes de la fecha de partida. De lo contrario no espero recibir medicamento adicional antes de que me toque surtir mi siguiente receta, aunque se me termine el medicamento.
- Recibiré medicamento **solo de los médicos de** al no ser que sea una emergencia **o** el medicamento que me está recetando otro médico sea autorizado por mi médico de . Información sobre el hecho de que estoy recibiendo medicamento recetado por otros médicos que no ha sido autorizado por mi médico puede ser causa de que se discontinúe el medicamento y tratamiento.



- Si le parece a mí médico que no hay beneficios en mi función diaria o en la calidad de vida como resultado del medicamento(s) que estoy tomando entonces **mi médico puede probar un medicamento alternativo o me puede reducir lentamente todos los medicamentos.** No responsabilizaré a mi médico por problemas causados por discontinuar el medicamento.
- **Estoy de acuerdo en hacerme pruebas de orina y/o sangre** en cualquier momento y sin previo aviso, para detectar el uso de medicamentos recetados y no recetados. Si la prueba resulta positiva con sustancias ilegales, el tratamiento para dolor crónico se puede dar por terminado. También si es necesario se consultará o se referirá a un experto para someterse a una evaluación psiquiátrica o psicológica por un médico calificado tal como un especialista en el tratamiento de adicciones o un médico que se especialice en la desintoxicación y rehabilitación y/o terapia/psicoterapia de comportamiento cognitivo.
- Reconozco que mi dolor crónico representa un problema complejo el cual puede mejorar con terapia física, psicoterapia, y atención médica alterna, etc. También reconozco **que mi participación** en el tratamiento del dolor es extremadamente importante. Estoy de acuerdo en **participar activamente en todos los aspectos del programa de tratamiento del dolor** que recomienda mi médico para lograr aumentar mis funciones y mejorar mi calidad de vida.
- Estoy de acuerdo en **informar a cualquier médico** que me pueda atender por cualquier otro problema médico que estoy participando en el programa de tratamiento del dolor, ya que el uso de otros medicamentos me puede causar daño.
- Por medio del presente acuerdo **autorizo a** mi médico que discuta todos los detalles del diagnóstico y tratamiento con mis otros médicos y farmacólogo(s) con respecto a mi uso de medicamentos recetados por mi otro médico(s).
- Tengo que tomar el medicamento conforme a las indicaciones de mi médico. **Cualquier aumento en la dosis del medicamento que no esté autorizado** se puede considerar como causa para discontinuar el tratamiento.
- Debo asistir a **todas las citas** como lo recomiende mi médico, si no se puede discontinuar mi tratamiento. Si no puedo asistir a mi cita debo comunicarme con 24 horas previas a la cita. Entiendo que si esto sucede en múltiples ocasiones podría resultar en la discontinuación de mi tratamiento o en una penalidad financiera por lo cual seré yo el responsable de pagar.
- **Tengo que traer mis medicamentos recetados para el dolor a todas las visitas para que sean revisadas por los médicos. Entiendo que si no traigo dichos medicamentos puede resultar en análisis de orina, sangre, saliva, u otro tipo de prueba, incluso puede resultar en la discontinuación de mi tratamiento.**
- **Estoy de acuerdo que mi tratamiento en puede ser DESCONTINUADO si me comporto de alguna manera hostil, combativa, agresiva, o inapropiada con cualquier médico, empleado, u otro paciente de .**

**SOLO PARA PACIENTES MUJERES:**

Por lo que yo sé **NO estoy embarazada.** Iniciales \_\_\_\_\_

Si no estoy embarazada, usaré anticonceptivos durante mi tratamiento. Acepto que es **mi responsabilidad** informarle inmediatamente a mi médico si me embarazo. **Si estoy embarazada o no estoy segura, LE INFORMARE INMEDIATAMENTE A MI MÉDICO.** Se me han explicado y entiendo completamente todos los posibles efectos de los medicamentos antes mencionados, y que en la actualidad no se han llevado a cabo suficientes estudios sobre el uso de largo plazo de muchos de los medicamentos(s) p.ej., opioides/narcóticos para asegurar que mis niños aun no nacidos estarán seguros. Con pleno conocimiento de esto, doy mi consentimiento para emplear este medicamento y libero de responsabilidad a mi médico por lesiones al embrión/feto/bebé.



**Certifico y estoy de acuerdo con lo siguiente:**

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

|                     |                      |       |
|---------------------|----------------------|-------|
| _____               | _____                | _____ |
| Firma del Proveedor | Nombre del Proveedor | Fecha |
| _____               | _____                |       |
| Firma del Paciente  | Fecha                |       |

## Responsabilidad Financiera

Cobramos lo que es usual y adecuado para nuestra área de práctica.

1. De acuerdo a la política de nuestra oficina debe pagarse por completo el pago privado o co-pago/co-seguro y/o deducible para consultas, laboratorios, análisis toxicológicos y/o todos los servicios dados dentro EPMed, PA al tiempo del servicio. Además, saldos de cuentas se deben por completo al tiempo de servicio al menos que se hayan hecho arreglos de pago anteriormente.

Inicial \_\_\_\_\_

2. Si sé que no podré asistir a mi cita yo le notificaré a EPMed, PA lo mas pronto posible. **Tengo entendido que cancelaciones deben ser al menos 24 horas antes de la cita programada o se cobrar \$25.00 Esta tarifa no se cobra a su aseguranza.**

Inicial \_\_\_\_\_

3. Por favor comprenda que solo se mandara cobrar a las compañías de seguro medico con las cuales tenemos un contrato. Además, es su responsabilidad dar seguimiento al reclamo con su compañía de seguro medico, debe asegurarse que se pague dentro de 60 días a partir de la fecha de servicio. Tenemos que recalcar que como proveedores del cuidado de la salud nuestra relación es con usted, nuestro paciente, y NO con su compañía de seguro medico. Usted es responsable de saber cuales son sus beneficios, incluyendo los servicios que cubre la aseguranza y cuales no; cómo accesar a sus beneficios, incluyendo la adquisicion de referencias, etc. Si tiene alguna duda por favor contacte a su proveedor de seguro medico. Esta oficina no asume responsabilidad por su falta de conocimiento de los beneficios de su seguro medico. **Usted es responsable de cualquier cargo restante no pagado según sea determinado por la compañía de seguro independientemente de la causa.**

Inicial \_\_\_\_\_

Este acuerdo es necesario con el fin de aceptar su seguro medico sin tener que cobrarle por adelantado. Una cuenta vencida de 90 días ó más y/o planes de pago que no se mantienen al corriente pueden estar sujetos a cobros y cargos asociados. Al firmar el acuerdo en la parte de abajo, usted afirma que los beneficios de su aseguradora sean pagados directamente a EPMed, PA y sus afiliados (conocidos colectivamente en lo sucesivo como EPMed, PA). También autoriza a EPMed, PA emitir cualquier información que puede ser necesaria para el proceso de todas las reclamaciones; certificación/manejo de casos/mejora de la calidad; y otros propósitos relacionados con los beneficios de su plan de salud. Por otra parte es su responsabilidad asegurarse de que las referencias ó autorización necesaria sean obtenidas en cada visita. **Finalmente se requiere notificacion de cambio de seguro medico por lo menos una semana antes de su próxima cita programada para evitar retrasos en su cita y/o gastos de auto pago.**

**Al firmar a continuación, indica que comprende y acepta todo lo anterior.**

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

MRN:

DOS:

DOB:

**CONSENTIMIENTO PARA EXÁMENES DE LABORATORIO Y USO DE LOS RESULTADOS**

En consideración de los servicios prestados, transferiré y asignaré los beneficios del seguro médico a EPMed, PA y sus afiliados (conocidos colectivamente en lo sucesivo como EPMed, PA) y autorizaré a EPMed, PA a presentar reclamos en mi nombre directamente a mi proveedor/plan de seguro médico. Estoy consciente que EPMed, PA puede enviar muestras de laboratorio a un laboratorio de referencia con licencia para realizar las pruebas. Autorizo a EPMed, PA a que entregue a mi compañía de seguros o/a cualquier plan de salud del que soy miembro cualquier información médica necesaria para el procesamiento de reclamos. Entiendo que EPMed, PA puede ser un proveedor fuera de la red y mi practicante puede tener un interés de propiedad en este laboratorio, y como tal, puede recibir un retorno de la inversión de este interés. Entiendo que tengo la opción de obtener servicios de laboratorio en otra instalación y que a mi solicitud se me proporcionará una lista de instalaciones de laboratorio alternativas. Entiendo que, si la compañía de seguros me paga directamente por servicios prestados por EPMed, PA soy responsable de enviar el pago a EPMed, PA. Estoy de acuerdo en que este Consentimiento para los Exámenes de Laboratorio y Uso de Resultados cubrirá todos los servicios médicos prestados por EPMed, PA hasta que dicha autorización sea revocada por escrito por mí.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**ACUERDO SOBRE LA LEGISLACION VIGENTE Y FORO**

El paciente o el representante del paciente y el proveedor de atención médica, incluidos los empleados y los agentes del proveedor de atención médica, prestando o proporciona atención médica, cuidado de salud o seguridad o profesionales o servicios administrativos directamente relacionados con la atención médica a pacientes acuerdan: (1) que toda la atención medica prestada se registrará exclusivamente y únicamente por la ley de y en ningún caso la ley de ningún otro estado se aplicara a la atención medica que se brinda al paciente; y (2) en el caso de una disputa, cualquier demanda, acción o cause relacionada de alguna manera con la atención médica proporcionada al paciente solo se llevara a un tribunal de en el condado/distrito donde se brindó o presto la totalidad o sustancialmente toda la atención y en ningún caso se prestara ninguna demanda, acción o cause de acción en ningún otro estado. La elección de la ley y las disposiciones de selección de foro de este párrafo son obligatorias y no son permisivas.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION /AUTORIZACIÓN  
RELEASE OF MEDICAL RECORDS / PARA SOLICITAR REGISTROS MÉDICOS**

I/Yo, \_\_\_\_\_, date of birth/fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
authorize the custodian of records to release the following/autorizo al custodio de registros médicos a liberar lo siguiente:

My medical records, including but not limited to: office visit notes, all imaging and all laboratory reports / Mis registros médicos, incluyendo pero no limitado a: notas de visita al consultorio, todos los informes de radiología y todo los informes de laboratorio.

Please list any additional records or provide any restrictions on records to be forwarded/anote registros adicionales o restricciones en los registros que se mandaran:

**Please fax or mail indicated records to / Por favor envíe por fax o correo los registros indicados:**

**Fax:  
(915) 633-6598**

**EPMed, PA  
Medical Records Department  
P.O. Box 221530  
El Paso, TX 79913**

This information may be used/disclosed for the purpose of my healthcare / Esta información puede ser usada/revelada con el proposito de mi atencion de la salud.

Patient Signature / Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

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

MRN:

DOS:  
DOB:

1- New Mexico Pain Center of Albuquerque  
Page 7 of 17

**EDUCACIÓN DEL PACIENTE: PREVENCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO  
MENSAJE IMPORTANTE PARA EL PACIENTE Y/O SERES QUERIDOS DEL PACIENTE**

Si usted o un ser querido nota las señales de advertencia que figuran a continuación, busque ayuda de inmediato y/o llame a una de las líneas telefónicas directas de suicidio mencionadas abajo. Tenga en cuenta que si tiene acceso a armas de fuego o sabe que su ser querido tiene acceso a armas de fuego, es importante guardar de forma segura y fuera del alcance AHORA.

**Dos (2) números de teléfono están disponibles hoy para usted. Un número es una línea gratis para Suicide Prevention Hotline que está disponible las 24 horas los 7 días de la semana.**

- **Línea de Vida para la Prevención del Suicidio: 1-800-273-TALK (8255).** Esta línea nacional para casos de crisis es gratuita la cual está disponible en inglés y español para las personas que llamen
- **Suicide & Crisis Center**

**Por favor, escriba sus iniciales en las siguientes afirmaciones:**

- \_\_\_\_\_ Entiendo que conducir puede ser peligroso si no estoy totalmente alerta y orientado y no voy a conducir si me siento alterado.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que la administración de mis medicamentos puede ser difícil si estoy distraído, enojado o confundido y voy a pedir ayuda con el manejo de mis medicamentos si es necesario.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que es importante que no estoy solo y voy a llamar a uno de los números previamente listados si me siento solo, inseguro, o si necesito alguien con quien hablar.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que no debo consumir drogas, alcohol o medicamentos que no están actualmente prescritos para mí o tomarlos de manera diferente a la que el médico me los ha prescrito.

**Riesgos de suicidio y las señales de advertencia – Por favor, llame para pedir ayuda INMEDIATAMENTE si usted experimenta cualquiera de los siguientes síntomas de advertencia:**

- \* Si busca el acceso a armas de fuego, pastillas u otros elementos o sustancias potencialmente nocivas.
- \* Si habla o escribe sobre la muerte o el suicidio.
- \* Si tiene sentimientos de desesperanza.
- \* Si actúa con imprudencia temeraria.
- \* Si se siente atrapado como si no hubiera manera de salir.
- \* Si ha aumentado el uso de alcohol o drogas.
- \* Si siente el alejamiento de la familia y amigos.
- \* Si se siente ansioso, agitado, sin poder dormir o dormir todo el tiempo.
- \* Si siente cambios dramáticos de humor.
- \* Si no encuentra razón para vivir o no le encuentra sentido a la vida.
- \* Si se encuentra regalando pertenencias a los demás que son de valor personal.
- \* Si se corta usted mismo o muestra otras acciones auto destructivas o se está haciendo daño personalmente.

**Yo he recibido información sobre la prevención del riesgo de suicidio y entiendo su contenido mis deberes en relación a la información propocionada. Mis preguntas han sido contestadas a mi entera satisfacción.**

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

MRN:

DOS:  
DOB:

1- New Mexico Pain Center of Albuquerque  
Page 8 of 17



## RECONOCIMIENTO DE HIPAA Y RESTRICCIONES SOLICITADAS

Firmando abajo, reconozco que he leído y he entendido el aviso de las practicas privadas del Pain Center. A petición mia, me pueden proporcionar una copia de mis registros médicos.

Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica como se establece en este documento, excepto como se indique en lo siguiente. Por lo presente, solicito las siguientes restricciones sobre el uso y/o la divulgación de mi información:

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### FORMULARIO DE HIPAA PARA AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD

No autorizo el uso y/o divulgación de mi información de salud protegida.

Autorizo al Pain Center a usar y/o divulgar la información de salud protegida seleccionada a las siguientes personas:

| Nombre | Fecha de nacimiento | Solo recoger recetas     | Información protegida de salud |
|--------|---------------------|--------------------------|--------------------------------|
|        |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
|        |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
|        |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |

*\*Toda la información es definida como lo siguiente: registros médicos, información de salud, datos de facturación, citas, recoger recetas y todos los demás fines k pueda dirigir.*

Esta autorización es valida para lo siguiente:

Todas las citas pasadas, presentes y futuras.

O

Solo de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Fecha Fecha

No autorizo el uso y/o divulgación de mi información de salud protegida.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito en cualquier momento.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

MRN:

DOS:

DOB:

|   |   |                               |  |  |
|---|---|-------------------------------|--|--|
| <b>Información Del Paciente</b>   | Apellido:   | Nombre:                       | Inicial.:  |  |
|   | Dirección:  | Ciudad/Estado/Código Postal:  |  |  |
|   | Dirección (si es diferente de su dirección primaria):   | Ciudad/Estado/Código Postal:  |  |  |
|   | Telefono de Casa:   | Telefono de Celular           | Telefono de Trabajo  |  |
|   | Que doctor lo/la refirió?   | ¿Quién es su doctor primario? |  |  |
|   | Fecha de Nacimiento:  | Genero:                       |  |  |
|   | Numero de Seguro Social:  | Contacto de Emergencia:       |  |  |
|   | Numero Telefonico del Contacto de Emergencia:   | Relación con el paciente      |  |  |
|   | ¿Prefiere recordatorios de citas por mensaje de texto o de voz? <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Voz   |                               |  |  |
|   | ¿Cuál es su número de teléfono preferido para recibir recordatorios? <input type="checkbox"/> Telefono Celular <input type="checkbox"/> Telefono de Casa  |                               |  |  |
|   | ¿Cómo se enteró de los servicios ofrecidos? <input type="checkbox"/> Amistad <input type="checkbox"/> Cartelera <input type="checkbox"/> Google/Internet <input type="checkbox"/> Radio<br><input type="checkbox"/> Volantes <input type="checkbox"/> Doctor: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____  |                               |  |  |
|   | ¿Ha sido tratado por un médico del dolor en el pasado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Nombre:   |                               |  |  |
|   | ¿Tiene una bomba de dolor implantada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí   |                               |  |  |
|   | ¿Reside en un hogar de ancianos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Nombre:   |                               |  |  |
| <b>Seguro</b>   | <b>Seguro Medico Primario</b>   |                               | <b>Seguro Medico Secundario</b> <input type="checkbox"/> N/A   |  |
|   | Nombre de la Compañía de Seguros:   |                               | Nombre de la Compañía de Seguros:  |  |
|   | Número de Póliza:   |                               | Número de Póliza:  |  |
|   | Nombre & Fecha de Nacimiento del Asegurado: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro:  |                               | Nombre & Fecha de Nacimiento del Asegurado: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro: |  |
|   | Numero Seguro Social del Asegurado: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro:  |                               | Numero Seguro Social del Asegurado: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro:         |  |
|   | Parentesco con el Asegurado: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro:   |                               | Parentesco con el Asegurado: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro:                |  |
| <b>Información Adicional</b>  | Correo Electronico: _____ <input type="checkbox"/> No tengo correo electrónico  |                               |  |  |
|   | <b>Raza</b>   |                               |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Rehusó Revelar <input type="checkbox"/> Otra:  |                               |  |  |
|   | <b>Ethnicidad</b>   |                               |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Rehusó Revelar  |                               |  |  |
|   | <b>Idioma Preferido</b>   |                               |  |  |
| <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otra: |   |                               |  |  |
| Farmacia Preferida y Ubicación/Número de Teléfono:  |   |                               |  |  |
| <b>Firma del Paciente</b>   | En un esfuerzo por hacer que la comunicación sea fluida y permitir el acceso a su archivo médico, El Paso Pain Center y sus afiliados utilizarán, pero no compartirán, su correo electrónico para que la correspondencia incluya, pero no limite su uso a los siguientes: recordatorios de citas, recetas, acceso a registros médicos y boletín de noticias. Al firmar nuestro acuerdo de tratamiento, usted autoriza el uso de su correo electrónico para tales fines. |                               |  |  |
|   | Firma: _____ Fecha: _____   |                               |  |  |

MRN:

DOS:

DOB:

¿Padece de migrañas?  No  Sí, de ocasional  Si, frecuentemente

| Por favor responda cada pregunta marcando ✓ correspondiente.  | De Ningún Modo | Varios Dias | Mas de la Mitad de los Dias | Casi Todo los Dias |
|---|----------------|-------------|-----------------------------|--------------------|
| 1. ¿Poco interés o placer en hacer cosas?   |                |             |                             |                    |
| 2. ¿Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza?  |                |             |                             |                    |
| 3. ¿Dificultad para conciliar el sueño o quedarse dormido, o dormir demasiado?  |                |             |                             |                    |
| 4. ¿Sentirse cansado o tener poca energía?  |                |             |                             |                    |
| 5. ¿Falta de apetito o comer en exceso?   |                |             |                             |                    |
| 6. ¿Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia?   |                |             |                             |                    |
| 7. ¿Dificultad para concentrarse en cosas como leer el periódico o mirar televisión?  |                |             |                             |                    |
| 8. ¿Se mueve o habla tan lentamente que otras personas se han dado cuenta? ¿O al contrario? Estar tan inquieto o inquieto que se ha estado moviendo más de lo habitual? |                |             |                             |                    |
| 9. ¿Pensamientos de que estaría mejor muerto o lastimándose de alguna manera?   |                |             |                             |                    |

Motivo de Consulta/Razón de la Visita: \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó su dolor/ Causa de dolor? (Por favor sea específico) \_\_\_\_\_

| Escala de Dolor                   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |       |
|-----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 0 = No Dolor & 10 = Dolor Extremo |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |       |
| Nivel de Dolor                    | 0/10 | 1/10 | 2/10 | 3/10 | 4/10 | 5/10 | 6/10 | 7/10 | 8/10 | 9/10 | 10/10 |
| Su dolor ahora mismo              |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |       |
| Su dolor mínimo                   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |       |
| Su promedio de dolor              |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |       |
| Su dolor aceptable                |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |       |
| Su dolor máximo                   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |       |

| Porcentaje de alivio que proporciona el medicamento |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                  |                               |  |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 0-10%                      | <input type="checkbox"/> 10-20% | <input type="checkbox"/> 20-30% | <input type="checkbox"/> 30-40% | <input type="checkbox"/> 40-50% | <input type="checkbox"/> 50-60% | <input type="checkbox"/> 60-70% | <input type="checkbox"/> 70-80% | <input type="checkbox"/> 80-90% | <input type="checkbox"/> 90-100% | <input type="checkbox"/> 100% |  |

MRN:

DOS:

DOB:

*Si tiene una lista o los frascos, proporcione al asistente y continúe con la siguiente sección.*

| Medicamentos Acutales   |                    |
|-------------------------|--------------------|
| Nombre de la Medicación | Dosis y Como Tomar |
|                         |                    |
|                         |                    |
|                         |                    |
|                         |                    |
|                         |                    |
|                         |                    |
|                         |                    |
|                         |                    |

**SOAPP® VERSION 1.0-14Q**

Las siguientes preguntas son algunas de las que se dan a todos los pacientes en el Centro de Control del Dolor quienes están en consideración para tratar su dolor con opioides. Por favor conteste cada pregunta lo más honestamente posible. Esta información es para nuestros archivos y se mantendrá confidencial. Sus respuestas por si solas no determinarán su tratamiento.

Por favor conteste las siguientes preguntas usando la siguiente escala:

**0 = Nunca    1 = Casi Nunca    2 = A Veces    3 = Casi Siempre    4 = Siempre**

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Con que frecuencia usted tiene cambios de humor o estado de ánimo?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. ¿Con que frecuencia fuma un cigarro dentro de la primera hora después de levantarse?                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. ¿Con que frecuencia alguno de sus familiares, incluyendo padres y abuelos, ha tenido algún problema de alcohol o drogas? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. ¿Con que frecuencia alguno de sus amigos cercanos ha tenido algún problema de alcohol o drogas?                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ¿Con que frecuencia le han comentado otras personas que usted tiene un problema de drogas o alcohol?                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. ¿Con que frecuencia ha acudido a alguna junta a AA o NA?   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. ¿Con que frecuencia ha tomado un medicamento de manera diferente a la que se le ha recetado?                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento para problemas de alcohol o drogas?   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. ¿Con que frecuencia ha perdido su medicamento o ha sido robado?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. ¿Con que frecuencia otras personas le han expresado preocupación sobre el uso de su medicamento?                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. ¿Con que frecuencia ha sentido ansiedad por ingerir medicamentos?   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. ¿Con que frecuencia se le ha solicitado un análisis de orina por abuso de sustancias?                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. ¿Con que frecuencia ha usado drogas ilegales (por ejemplo, marihuana, cocaína, etc.) en los últimos cinco años?         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

©2008 Inflexxion, Inc. Permission granted solely for use in published format by individual practitioners in clinical practice. No other uses or alterations are authorized or permitted by copyright holder. Permissions questions: PainEDU@inflexxion.com. The SOAPP® was developed with a grant from the National Institutes of Health and an educational grant from Endo Pharmaceuticals.

MRN: \_\_\_\_\_  
 DOS: \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_

| El dolor es descrito como: (✓ todo lo que corresponda) |             |                  |              |             |  |
|--|-------------|------------------|--------------|-------------|--|
| Adolorido  | Mordiente   | Penetrante       | Apuñalada    | Cansancio   |  |
| Ardor  | Terrible    | Presión          | Sensibilidad | Torcido     |  |
| Calambre   | Persistente | Intenso          | Punzante     | Intolerable |  |
| Embotado   | Entumido    | Descargas-Toques | Hormigueo    | Otro:       |  |

| El dolor interfiere con: (✓ todo lo que corresponda) |  |                |  |            |  |
|--|--|----------------|--|------------|--|
| Disfuria de la Vida                                  |  | Humor          |  | Relaciones |  |
| Actividad General                                    |  | Trabajo Normal |  | Dormir     |  |
| Nada   |  | Otro:          |  |            |  |

| El dolor agravado por: (✓ todo lo que corresponda) |                  |               |  |                   |  |
|--|------------------|---------------|--|-------------------|--|
| Frio   | Toser            | Calor         |  | Levantamiento     |  |
| Estar Acostado                                     | Actividad Fisica | Estar Sentado |  | Sentado a Pararse |  |
| Estar Parado                                       | Vomitando        | Caminando     |  | Otro:             |  |

| El dolor es mejorado por: (✓ todo lo que corresponda) |                         |                     |  |              |  |
|---|-------------------------|---------------------|--|--------------|--|
| Frio  | Massaje                 | Cambios de Posición |  | Estar Parado |  |
| Calor   | Nada                    | Terapia Fisica      |  | Caminando    |  |
| Inyecciones/Procedimientos                            | Medicamentos Sin Receta | Descansar           |  | Otro:        |  |
| Estar Acostado  | Medicinas de Dolor      | Estar Sentado       |  |              |  |

| Estudio que le han hecho (✓ todo lo que corresponda) |                          |                                  |
|--|--------------------------|----------------------------------|
| ✓  | Type                     | Area del Cuerpo / Dónde / Cuando |
|  | Gammagrafía ósea         |                                  |
|  | Tomografía computarizada |                                  |
|  | Resonancia Magnética     |                                  |
|  | Rayos X                  |                                  |
|  | Ultrasonido              |                                  |
|  | <b>Ninguno</b>           |                                  |
|  | Other                    |                                  |

| Medicamentos anteriores    |   |
|----------------------------|---|
| Tipo de Medicación         | Efectos Secundarios de la Medicación                                  |
| Ninguna                    |   |
| Relajantes Musculares      | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Agentes Neuropáticos       | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Medicinas Antiinflamatoria | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Narcóticos                 | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Medicamentos sin Receta    | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Esteroides                 | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Otro:                      | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

MRN:

DOS:

DOB:

**Fisioterapia:**

Nunca he asistido     Si, he asistido previamente (por favor responda las preguntas a continuación)

*(Las siguientes preguntas son importantes al solicitar autorización para realizar procedimientos)*

Parte del cuerpo tratada:     Cuello     Espalda baja     Hombro(s)     Rodilla(s)     Tobillo(s)     Otro: \_\_\_\_\_

¿Dónde asistió a fisioterapia? \_\_\_\_\_

¿Cuándo recibió fisioterapia? (Mes / año) \_\_\_\_\_

¿Veces por semana?     1     2     3     4     5     6     7

¿Cuánto tiempo?  1 mes     2 meses     3 meses     4 meses     5 meses     6 meses     Otro: \_\_\_\_\_

¿Alivio recibido de la fisioterapia?

0%     10%     20%     30%     40%     50%     60%     70%     80%     90%     100%

**Tratamientos Previos Para El Dolor (por favor ✓ todo lo que corresponda)**

| ✓ | Tipo de Procedimiento            | Cuando / Donde / Alivio Recibido |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
|   | Inyección Epidural de Esteroides |                                  |
|   | Inyecciones Articulares          |                                  |
|   | Cifoplastia/Vertebroplastia      |                                  |
|   | Bloqueo de Rama Medial           |                                  |
|   | Bloqueos Nerviosos               |                                  |
|   | Bomba de Dolor                   |                                  |
|   | Ablación por Radiofrecuencia     |                                  |
|   | Estimulación                     |                                  |
|   | <b>Ninguno</b>                   |                                  |
|   | Otro(s):                         |                                  |

**Historia Medica (Por favor ✓ todo lo que corresponda)**

|                          |                                   |                          |                             |                          |                        |                          |                        |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ansiedad                          | <input type="checkbox"/> | Depresion                   | <input type="checkbox"/> | Alta Presión Sanguínea | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis           |
| <input type="checkbox"/> | Arritmia                          | <input type="checkbox"/> | Diabetes                    | <input type="checkbox"/> | Alto Colesterol        | <input type="checkbox"/> | Marcapasos             |
| <input type="checkbox"/> | Asma                              | <input type="checkbox"/> | Abuso de Droga              | <input type="checkbox"/> | SIDA                   | <input type="checkbox"/> | Convulsiones           |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad Intenstina             | <input type="checkbox"/> | Fibromialgia                | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Riñón    | <input type="checkbox"/> | Derrame Cerebral       |
| <input type="checkbox"/> | Cancer                            | <input type="checkbox"/> | Reflujo de Gastroesophageal | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del Hígado  | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> | Insuficiencia Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> | Infarto                     | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Pulmonar    | <input type="checkbox"/> | Otra(s):               |
| <input type="checkbox"/> | Desorden de Coagulación           | <input type="checkbox"/> | Hepatitis C                 | <input type="checkbox"/> | Osteoartritis          | <input type="checkbox"/> | <b>Ninguna</b>         |

**Alergias (Por favor ✓ todo lo que corresponda)**

|                          |                |                          |              |                          |  |
|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <b>Ninguno</b> | <input type="checkbox"/> | Penicilina   | <input type="checkbox"/> | Látex  |
| <input type="checkbox"/> | Yodo           | <input type="checkbox"/> | Sulfonamidas | <input type="checkbox"/> | AINE (fármacos antiinflamatorios no esteroideos) |
| <input type="checkbox"/> | Otra:          |                          |              |                          |  |

MRN:

DOS:

DOB:

| Historia de Cirugía (Por favor ✓ todo lo que corresponda) |                                |  |           |
|---|--------------------------------|--|-----------|
| ✓   | Procedimiento                  | Numero de Procedimientos / Laso / Otros Detalles | Mes / Año |
|   | Apendectomía                   |  |           |
|   | Cesáre                         |  |           |
|   | Fusión Cervical                |  |           |
|   | Colecistectomía                |  |           |
|   | Cirugía de Derivación Cardíaca |  |           |
|   | Prótesis Endovascular          |  |           |
|   | Reemplazo de Rodilla           |  |           |
|   | Cifoplastia/Vertebroplastia    |  |           |
|   | Fusión Lumbar                  |  |           |
|   | Marcapasos                     |  |           |
|   | Tiroidectomía                  |  |           |
|   | <b>Ninguna</b>                 |  |           |
|   | Otra(s):                       |  |           |

¿Ha estado hospitalizado en los últimos 3 meses?  No  Sí

En caso afirmativo, proporcione la ubicación y el motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

| Historia Familiar (Por favor ✓ todo lo que corresponda) |  |        |          |         |              |                   |                  |      |
|---|--|--------|----------|---------|--------------|-------------------|------------------|------|
| Miembro de la Familia                                   | Estado   | Cancer | Diabetes | Infarto | Hipertension | Enfermedad Mental | Derrame Cerebral | Otro |
| Madre   | <input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Fallecida<br><input type="checkbox"/> Desconocida                             |        |          |         |              |                   |                  |      |
| Padre   | <input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Fallecido<br><input type="checkbox"/> Desconocido                             |        |          |         |              |                   |                  |      |
| Hermanos  | <input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Fallecido<br><input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> NA |        |          |         |              |                   |                  |      |
| Other   |  |        |          |         |              |                   |                  |      |

### HISTORIA SOCIAL

Alta Educación / Grado Completado:  Escuela Primaria/Secundaria  Preparatoria  GED  Escuela Técnica  
 Estudios Universitarios  Médico y Cirujano

¿Está trabajando actualmente?  No empleado actualment  Retirado  Discapacitado  
 Empleado en y título profesional \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos?  No  Sí, ¿cuantos  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Otro: \_\_\_\_\_

Usted bebe caféine?  No  Sí,  Casi Nunca  1-2 Tazas al Día  3+ Tazas al Día

¿Hace ejercicios y con que frecuencia?  No  Sí  Caminar  Correr  Pesas  Yoga  Otro:

¿Uso recreativo de droga?  No  Sí  Marijuana  Heroína  Cocaína  Extasis  Otra: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

MRN:

DOS:

DOB:

Fuma?  No  Sí (en caso afirmativo, consulte a continuación)

**El Consumo de Tabaco:**

¿Qué tan pronto después de que te despiertas fumas?  en 5 minutos  dentro de una hora  más de una hora

¿Cuántos cigarrillos al día?  5 o menos  6 - 10  11 - 20  21+

¿Interesado en dejar de fumar?  Listo para dejar de fumar  Pensando en dejar  No listo para dejar de fumar

¿En el último año has bebido alcohol?  No  Sí (en caso afirmativo, consulte a continuación)

**Consumo de Alcohol:**

¿Con qué frecuencia?  Mensual o Menos  2-4 veces al mes  2-3 veces por semana  4+ veces por semana

¿Cuántos en un día típico?  0-2/día  3-4/día  5-6/día  7-9/día  10+/día

¿Con qué frecuencia tomó 6 o más tragos en una ocasión?

Nunca  Menos que Mensual  Mensual  Semana  Diario o La Mayoría de los Días

**Revisión de Sistemas**  
(✓ todos los que correspondan)

| CONSTITUCIONAL           |                            | GASTROENTEROLOGÍA        |                                | MUSCULOSKELETAL   |                                       |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Aumento de peso inesperado | <input type="checkbox"/> | Dolor abdominal                | <input type="checkbox"/>  | Dolor muscular                        |
| <input type="checkbox"/> | Pérdida de peso inesperada | <input type="checkbox"/> | Náusea                         | <input type="checkbox"/>  | Dolor en las articulaciones           |
| <input type="checkbox"/> | Fatiga                     | <input type="checkbox"/> | Diarrea                        | <input type="checkbox"/>  | Inflamación de articulaciones         |
| <input type="checkbox"/> | Insomnio                   | <input type="checkbox"/> | Estreñimiento                  | <input type="checkbox"/>  | Enrojecimiento de las articulaciones  |
| <input type="checkbox"/> | Fiebre                     | <input type="checkbox"/> | Sangre en las heces            | <input type="checkbox"/>  | None                                  |
| <input type="checkbox"/> | None                       | <input type="checkbox"/> | None                           | HEMATOLOGÍA   |                                       |
| HEENT                    |                            | REPRODUCTIVO FEMENINO    |                                | <input type="checkbox"/>  | Historia de accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> | Dolor de garganta          | <input type="checkbox"/> | Embarazada                     | <input type="checkbox"/>  | Coágulos de sangre                    |
| <input type="checkbox"/> | Dolor de oído              | <input type="checkbox"/> | Post menopáusica               | <input type="checkbox"/>  | Sangrado anormal                      |
| <input type="checkbox"/> | Cambio de visión           | <input type="checkbox"/> | Dolor en los senos             | <input type="checkbox"/>  | None                                  |
| <input type="checkbox"/> | None                       | <input type="checkbox"/> | None                           | NEUROLOGÍA  |                                       |
| CARDIOLOGÍA              |                            | REPRODUCTIVO MASCULINO   |                                | <input type="checkbox"/>  | Dificultad para caminar               |
| <input type="checkbox"/> | Dolor en el pecho          | <input type="checkbox"/> | Disminución del impulso sexual | <input type="checkbox"/>  | Dolores de cabeza                     |
| <input type="checkbox"/> | Marcapasos                 | <input type="checkbox"/> | None                           | <input type="checkbox"/>  | Hormigueo                             |
| <input type="checkbox"/> | Arritmia                   | UROLOGÍA                 |                                | <input type="checkbox"/>  | Entumecimiento                        |
| <input type="checkbox"/> | Hinchazón de la pierna     | <input type="checkbox"/> | Dolor al orinar                | <input type="checkbox"/>  | Seizures                              |
| <input type="checkbox"/> | None                       | <input type="checkbox"/> | Dificultad para orinar         | <input type="checkbox"/>  | None                                  |
| RESPIRATORIO             |                            | <input type="checkbox"/> | Incontinencia urinaria         | PSICOLOGÍA  |                                       |
| <input type="checkbox"/> | Dificultad para respirar   | <input type="checkbox"/> | Sangre en la orina             | <input type="checkbox"/>  | Depresión                             |
| <input type="checkbox"/> | Tos                        | <input type="checkbox"/> | None                           | <input type="checkbox"/>  | Bipolar                               |
| <input type="checkbox"/> | None                       | ENDOCRINOLOGÍA           |                                | <input type="checkbox"/>  | Ansiedad                              |
| <input type="checkbox"/> |                            | <input type="checkbox"/> | Sed excesiva                   | <input type="checkbox"/>  | Ideación suicida                      |
| <input type="checkbox"/> |                            | <input type="checkbox"/> | Micción excesiva               | <input type="checkbox"/>  | None                                  |
| <input type="checkbox"/> | Otras preocupaciones:      | <input type="checkbox"/> | None                           | Historial de hospitalización psiquiátrica:<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (cuándo y dónde): |                                       |

MRN:

DOS:

DOB:



