

**NEURO SPINE AND HEADACHE PAIN MANAGEMENT CENTER**  
**Sayed Monis, M.D.**

**FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES**

**UBICACION:** \_\_\_\_\_

**Patient Information: (Please use full legal name)**  
 Informacion del Paciente (Utilize el nombre legal completo)

<b>Last Name:</b> _____ Apellido		<b>First Name:</b> _____ Primer Nombre		<b>Middle Name Initial:</b> _____ Inicial del Segundo Nombre	
<b>Date of Birth:</b> / Fecha de Nacimiento: _____		<b>Age:</b> / Edad: _____		<b>Sex:</b> / Sexo <b>Male/ Masculino</b> _____ Female/Femenino _____	
<b>Marital Status:</b> <input type="checkbox"/> <b>Single</b> <input type="checkbox"/> <b>Widowed</b> <input type="checkbox"/> <b>Married</b> <input type="checkbox"/> <b>Divorced</b> Estado Civil:    Soltero    Viudo/a    Casado/a    Divorciado/a					
Address:/Domicilio: _____					
City:/Ciudad _____		State:/Estado _____		Zip:/Codigo Postal _____	
Home:/ de casa _____ ( )		Cell:/ Celular _____ ( )		Work:/ Trabajo _____ ( )	
Social Security / (Seguro Social) _____					

**Guarantor Information: (List person or insured name responsible for the bill-use legal name, no nickname)**  
 Información del Garante: (indique la persona o el nombre del asegurado responsable de la factura; use el nombre legal, sin apodo)

<b>Relationship of Guarantor to patient:</b> Relacion del Garante con el paciente:				
<input type="checkbox"/> <b>Self</b> _____ Uno Mismo		<input type="checkbox"/> <b>Spouse</b> _____ Esposo/a		<input type="checkbox"/> <b>Parent</b> _____ Padre/Madre
<input type="checkbox"/> <b>Other:</b> _____ Otro				
<b>Last Name:</b> _____ Apellido			<b>First Name:</b> _____ Primer Nombre	
Address:/ Domicilio: _____				
City:/ Ciudad _____		State:/ Estado: _____		Zip:/Código Postal: _____
Home:/ de casa _____ ( )		Cell:/ Celular _____ ( )		Work:/ Trabajo _____ ( )
Social Security / (Seguro Social) _____				
<b>Date of Birth:</b> / Fecha de Nacimiento: _____			<b>Age:</b> / Edad: _____	
			<b>Sex:</b> / Sexo <b>Male/ Masculino:</b> _____ Female/Femenino _____	
<b>Employer Name and Address:</b> / Nombre Y Domicilio de Empleador: _____				<b>Work Phone#:</b> / Numero del Trabajo: ( ) _____

**Emergency Contact Information**

<b>Contact Telephone:</b> ( ) _____		<b>Name:</b> _____		<b>Relationship:</b> _____	
Teléfono de Contacto		Nombre		Relación	
<b>Insurance/Payment Information:/ Aseguranza /Información de Pago:</b>					
Type of Payment:/ Tipo de Pago:					
<input type="checkbox"/> <b>Insurance/Aseguranza</b> <input type="checkbox"/> <b>Cash/Efectivo</b> <input type="checkbox"/> <b>WorkComp/Compensación de Trabajo</b> <input type="checkbox"/> <b>Private/Privado</b>					
<b>Primary Insurance:</b> _____		<b>Policy:</b> _____		<b>Policy Holder:</b> _____	
Aseguranza Primaria		Póliza		Titular de Póliza	
<b>Secondary Insurance:</b> _____		<b>Policy:</b> _____		<b>Policy Holder:</b> _____	
Seguro Secundario		Póliza		Titular de Póliza	
<b><u>Cancellation Policy:</u></b>					
If an appointment is not cancelled at least 24 hours in advance you will be charged a thirty-five-dollar (\$35) fee; this will not cover by our Insurance Company.					
<b>Póliza de Cancelación:</b>					
Si una cita no se cancela con al menos twenty-four horas de anticipación, se le cobrará una tarifa de treinta y cinco dólares (\$35); esto no será cubierto por nuestra compañía de seguros.					
<b>Signature:</b> _____				<b>Date:</b> _____	

**PRIMARY DOCTOR** \_\_\_\_\_  
**DOCTOR PRIMARIO**

**PHARMACY:** \_\_\_\_\_  
**FARMACIA**

**NEURO SPINE AND HEADACHE PAIN MANAGEMENT CENTER**  
**Sayed Monis, M.D.**

**Formulario de Liberación de Registros Médicos**

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Descripción de los registros solicitados:

Todos los registros que pertenecen a pacientes con problemas neurológicos o de dolor

Informes recientes de resonancia magnética y/o rayos X

Resúmenes de H&P o de alta recientes

Evaluaciones del dolor

Otro

---

---

---

Los registros deben recibirse en o antes de la cita: \_\_\_\_\_

Por la presente, le autorizo a usted, al médico, hospital o centro médico mencionado con anterioridad a divulgar registros médicos o la información enumerada, para su uso por el personal o los médicos del Neuro Spine and Headache Pain Management Center.

Envíe los registros por correo o fax a:  
The Neuro Spine and Headache Pain Management Center

195 West Legion Road  
Brawley, CA 92227  
Phone: (760) 351-8669  
FAX: (760) 351-8894

2402 Imperial Business Park Dr. Ste 101  
Imperial, CA 92251  
Phone: (760) 355-5248  
Fax: (760) 355-5237

1501 Ocotillo Suite B,  
El Centro, CA 92243  
Phone: (760) 592-4137  
Fax: (442) 271-4099

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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

**NEURO SPINE AND HEADACHE PAIN MANAGEMENT CENTER**  
**Sayed Monis, M.D.**

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

AUTORIZO A SAYED MONIS, M.D. A DIVULGAR A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA CATEGORÍA DE PAGADOR TERCERO, PROGRAMAS / AGENCIAS DE REVISIÓN MÉDICA QUE CONTRATAN CON EL PAGADOR TERCERO, LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL BAJO EL TÍTULO XVIII DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, CARGOS, LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CON EL FIN DE ASEGURAR EL PAGO DE MIS CARGOS MÉDICOS, LA SIGUIENTE INFORMACIÓN, DIAGNÓSTICO Y OTRA INFORMACIÓN MÉDICA CON EL FIN DE ASEGURAR EL PAGO DE MI TRATAMIENTO MÉDICO, ENTIENDO QUE TENGO EL DERECHO DE INSPECCIONAR Y COPIAR LA INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ. ENTIENDO QUE, SI ME NIEGO A ESTA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN, SERÉ PERSONALMENTE RESPONSABLE DEL PAGO DE TODOS LOS CARGOS MÉDICOS RELACIONADOS CON LA EVALUACIÓN Y / O EL TRATAMIENTO. POR LA PRESENTE, DECLARO Y GARANTIZO A SAYED MONIS, M.D. QUE HE CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y GARANTIZO A SAYED MONIS, M.D. QUE HE CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS DE MI COMPAÑÍA DE SEGUROS MÉDICOS, O EL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, ANTES DE TENER EL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL PÁRRAFO 1, INCLUIDA LA OBTENCIÓN DE CUALQUIER PRECERTIFICACIÓN O PERMISO NECESARIO. EN EL CASO DE QUE NO HAYA CUMPLIDO, ACEPTO EXPRESAMENTE PAGAR A SAYED MONIS M.D. TODOS LOS CARGOS, TARIFAS Y COSTOS NO PAGADOS POR MI ASEGURADORA U OTROS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

**AUTORIZACIÓN PARA LA ASIGNACIÓN DE PRESTACIONES:**

AUTORIZO EL PAGO DE TODOS LOS BENEFICIOS MÉDICOS A LOS QUE TENGO O PUEDO TENER DERECHO POR UN PAGADOR PRIVADO O PÚBLICO DIRECTAMENTE A SAYED MONIS M.D. ENTIENDO QUE SERÉ TOTALMENTE RESPONSABLE DEL PAGO DE TODOS Y CADA UNO DE LOS CARGOS NO CUBIERTOS POR EL SEGURO MÉDICO.

**POLÍTICA DE CANCELACIÓN/NO PRESENTACIÓN:**

TENGA EN CUENTA QUE CUANDO PROGRAME UNA CITA CON NUESTRA OFICINA, ESTÁ HACIENDO UNA RESERVA CON UN PROFESIONAL CON LICENCIA. POR LO TANTO, LA CANCELACIÓN Y NO PRESENTACIÓN EL MISMO DÍA ESTARÁN SUJETAS A UNA TARIFA DE \$ 50.00 POR INCIDENTE.

**TARIFAS NO CUBIERTAS POR EL SEGURO:**

HE LEÍDO Y REVISADO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA SOBRE TARIFAS O SERVICIOS PARA PACIENTES NO CUBIERTOS POR EL SEGURO.

**RECONOCIMIENTOS DE PRÁCTICAS PRIVADAS:**

HE RECIBIDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE REVISARLO.

**HE LEÍDO Y REVISADO LA INFORMACIÓN ANTERIOR:**

**NOMBRE PACIENTE: (IMPRESO)** \_\_\_\_\_

**FIRMA PACIENTE/PADRE/TUTOR LEGAL:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL TESTIGO:** \_\_\_\_\_

**NEURO SPINE AND HEADACHE PAIN MANAGEMENT CENTER**  
**Sayed Monis, M.D.**

**ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO-PACIENTE**

Artículo 1: **Acuerdo de arbitraje:** Se entiende que cualquier disputa en cuanto a negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados en virtud de este contrato fueron innecesarios o no autorizados o se prestaron de manera inadecuada, negligente o incompetente, se determinará mediante la sumisión a arbitraje según lo dispuesto por la ley de California, y no por una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley de California prevea la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al firmarlo, están renunciando a su derecho constitucional a que cualquier disputa de este tipo se decida en un tribunal de justicia ante un jurado, y en su lugar están aceptando el uso de un arbitraje vinculante.

Artículo 2: **Todas las reclamaciones deben ser arbitradas:** Es la intención de las partes que este acuerdo cubra todas las reclamaciones o controversias, ya sea por agravio, contrato o de otro tipo, y vincule a todas las partes cuyas reclamaciones puedan surgir de o de alguna manera relacionadas con el tratamiento o los servicios prestados por el médico, grupo médico o asociación identificados a continuación, sus socios, asociados, asociaciones, corporaciones, sociedades, empleados, agentes, clínicas y / o proveedores en lo sucesivo denominados colectivamente ("Médico") a un paciente, incluido cualquier cónyuge o herederos del paciente y cualquier hijo, ya sea nacido o no nacido, en el momento de la ocurrencia que da lugar a cualquier reclamo. En el caso de cualquier madre embarazada, el término "paciente" por presente documento se entenderá tanto la madre como el hijo o hijos esperados de la madre.

La presentación por parte del médico de cualquier acción en cualquier tribunal por parte del médico para cobrar cualquier tarifa del paciente no renunciará al derecho de obligar al arbitraje de cualquier reclamo por negligencia. Sin embargo, después de la afirmación de cualquier reclamo contra un médico, incluida cualquier disputa de honorarios, ya sea que el objeto de cualquier acción judicial existente o no, también se resolverá mediante arbitraje.

Artículo 3: **Procedimientos y ley aplicable:** Una demanda de arbitraje debe ser comunicada por escrito por correo de los Estados Unidos, con franqueo prepagado, a todas las partes, describiendo el reclamo contra el Médico, el monto de los daños solicitados y los nombres, direcciones y números de teléfono del paciente, y (si corresponde) su abogado. A partir de entonces, las partes seleccionarán un árbitro neutral que anteriormente era un juez de la corte superior de California, para presidir el asunto. Ambas partes tendrán el derecho absoluto de arbitrar por separado las cuestiones de responsabilidad y daños y perjuicios previa solicitud por escrito al árbitro. El paciente deberá presentar sus reclamos con diligencia razonable, y el árbitro se regirá de conformidad con el Código de Procedimiento Civil §1280-1295 y la Ley Federal de Arbitraje (9 U.S.C § 1-4). Las partes asumirán sus propios costos, honorarios y gastos, junto con una parte proporcional de los honorarios y gastos del árbitro neutral.

Artículo 4: **Efecto retroactivo:** El paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra todos los servicios prestados por el médico no solo después de que se firme la fecha (incluido, entre otros, el tratamiento de emergencia), sino también antes de la fecha en que se firma. El paciente deberá iniciar lo siguiente: Efectivo a partir de la fecha de los primeros servicios médicos: \_\_\_\_\_ [Paciente/ Representante del paciente Iniciales aquí].

Artículo 4: **Revocación:** Este acuerdo puede ser revocado por notificación por escrito entregada al Médico dentro de los 30 días posteriores a la firma y, si no se revoca, regirá todos los servicios médicos recibidos por el paciente.

Artículo 5: **Disposición de divisibilidad:** En el caso de que cualquier disposición (s) de este Acuerdo se declare nula y / o inaplicable, dicha disposición (s) se considerará separada (s) allí y el resto del Acuerdo se aplicará de acuerdo con California y la ley federal.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo. Por mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

**AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ACEPTA QUE CUALQUIER PROBLEMA DE NEGLIGENCIA MÉDICA SE DECIDA MEDIANTE ARBITRAJE NEUTRAL Y ESTÁ RENUNCIANDO A SU DERECHO A UN JURADO O JUICIO JUDICIAL. VÉASE EL ARTÍCULO 1 DEL PRESENTE CONTRATO.**

Por: \_\_\_\_\_ Por: \_\_\_\_\_  
Médico o representante (Fecha) Firma del paciente (Fecha)  
Debidamente Autorizado

Por: \_\_\_\_\_ Por: \_\_\_\_\_  
Imprimir o sellar el nombre del médico, imprimir Nombre del Paciente  
el Grupo médico o el nombre de la asociación

Por: \_\_\_\_\_ Por: \_\_\_\_\_  
Firma del traductor (Fecha) Firma del representante del paciente (Fecha)  
(si corresponde)

Imprimir nombre del traductor

Imprimir nombre y relación con el paciente

**Se entregará una copia firmada de este documento al paciente. El original debe archivar en los registros médicos del paciente.**

**NEURO SPINE AND HEADACHE PAIN MANAGEMENT CENTER**  
**Sayed Monis, M.D.**

**Uso de Analgésicos Opioides en Dolor Crónico**

Este es un acuerdo entre (el paciente) y el Dr. Sayed Monis M.D. con respecto al uso de analgésicos opioides (analgésicos narcóticos) para el tratamiento del problema del dolor crónico. \_\_\_\_\_

El medicamento probablemente no eliminará por completo mi dolor, pero se espera que lo reduzca lo suficiente como para que pueda volverme más funcional y mejorar mi calidad de vida.

1. Entiendo que los analgésicos opioides son medicamentos fuertes para el alivio del dolor y he sido informado de los riesgos y efectos secundarios involucrados en tomarlos.
2. En particular, entiendo que los analgésicos opioides podrían causar dependencia física. Si de repente suspendo o disminuyo el medicamento, podría tener síntomas de abstinencia (síndrome similar a la gripe, como náuseas, vómitos, diarrea, dolores, sudoración, escalofríos) que pueden ocurrir dentro de las 24-48 horas posteriores a la última dosis. Entiendo que la abstinencia de opioides es bastante incómoda, pero no una condición potencialmente mortal. Entiendo que si estoy embarazada o quedo embarazada mientras tomo estos medicamentos opioides, mi hijo sería físicamente dependiente de los opioides, y la abstinencia puede ser potencialmente mortal para un bebé.
3. Una sobredosis de este medicamento puede causar la muerte al detener mi respiración; esto puede ser revertido por el personal médico de emergencia si saben que he tomado analgésicos narcóticos. Se sugiere que use un brazalete o collar de alerta médica que contenga esta información.
4. Si el medicamento causa somnolencia, sedación o mareos, entiendo que no debo conducir un vehículo motorizado ni operar maquinaria que pueda poner en peligro mi vida o la vida de otra persona.
5. Entiendo que es mi responsabilidad informar al médico de todos y cada uno de los efectos secundarios que tengo de este medicamento.
6. Acepto tomar este medicamento según lo prescrito, y no cambiar la cantidad o frecuencia del medicamento sin discutirlo con el médico que lo prescribe. Agotarse antes de tiempo, necesitar resurtidos tempranos, aumentar las dosis sin permiso y perder recetas pueden ser signos de mal uso del medicamento y pueden ser razones para que el médico deje de recetarme.
7. Estoy de acuerdo en que solo un médico recetará los opioides, y acepto surtir mis recetas en una sola farmacia. Acepto no tomar ningún medicamento para el dolor o medicamento que altere la mente recetada por ningún otro médico sin antes discutirlo con el médico mencionado anteriormente. Doy permiso para que el médico verifique que no estoy viendo a otros médicos por medicamentos opioides o yendo a otras farmacias.
8. Acepto mantener mi medicamento en un lugar seguro. Los medicamentos perdidos, robados o dañados no serán reemplazados.
9. Acepto no vender, prestar o de ninguna manera dar mi medicamento a ninguna otra persona.
10. Acepto no beber alcohol ni tomar drogas que alteren el estado de ánimo mientras tomo analgésicos opioides. Acepto enviar una muestra de orina en cualquier momento que mi médico solicite y dar mi permiso para que se analice el alcohol y las drogas.
11. Estoy de acuerdo en que asistiré a todas las visitas de seguimiento requeridas con el médico para controlar este medicamento, y entiendo que no hacerlo resultará en la interrupción de este tratamiento. También acepto participar en otras modalidades de tratamiento del dolor crónico recomendadas por mi médico.
12. Entiendo que existe un pequeño riesgo de que pueda ocurrir la adicción a los opioides. Esto significa que podría volverme psicológicamente dependiente del medicamento, usarlo para cambiar mi estado de ánimo o drogarme, o ser incapaz de controlar mi uso del mismo. Las personas con antecedentes de problemas de abuso de alcohol o drogas son más susceptibles a la adicción. Si esto ocurre, el medicamento se suspenderá y me remitirán a un programa de tratamiento farmacológico para obtener ayuda con este problema.

He leído lo anterior, he hecho preguntas y entiendo el acuerdo. Si violo el acuerdo, sé que el prescriptor puede interrumpir esta forma de tratamiento.

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

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

Firma del Prescriptor: \_\_\_\_\_

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

**NEURO SPINE AND HEADACHE PAIN MANAGEMENT CENTER**  
**Sayed Monis, M.D.**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Nuestro aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo nosotros podemos usar y divulgar información médica protegida sobre usted, nuestro paciente. El Aviso contiene una sección de Derechos del Paciente que describe su derecho bajo la ley. Tiene derecho a revisar y recibir una copia de nuestro aviso antes de firmar el formulario de consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar y, si lo hacemos, puede obtener una copia revisada poniéndose en contacto con nuestra oficina.

Con mi consentimiento, Sayed Monis, M.D. y el personal pueden usar y divulgar información de atención médica protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica a una organización de terceros (TPO). Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de nuestra oficina para obtener una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones.

Con mi consentimiento, Sayed Monis, M.D., y el personal pueden llamar a mi casa u otra ubicación designada y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica a llevar a cabo TPO, como recordatorios de citas, artículos de seguro y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, y anuncios de nuestros servicios.

Con mi consentimiento, Sayed Monis, M.D., y el personal pueden enviar correos electrónicos o correos electrónicos a mi casa u otra ubicación designada que ayude a la práctica a llevar a cabo TPO, como tarjetas de recordatorio de citas, estados de cuenta de pacientes y anuncios de nuestros servicios.

Tengo el derecho de solicitar que Sayed Monis, M.D., y el personal restrinjan la forma en que usó o divulgó mi PHI para llevar a cabo el TPO. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligada a hacerlo por acuerdo.

Al firmar este formulario, usted acepta el uso y la divulgación de información médica protegida sobre usted para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos realizado en base a su consentimiento anterior.

Si no firmo este formulario de consentimiento, Sayed Monis, M.D., y el personal pueden negarse a proporcionarme tratamiento.

El paciente entiende que:

- \* La información de salud protegida puede ser divulgada o demandada por tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- \* La práctica tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y he tenido la oportunidad de revisar este aviso.
- \* La práctica se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento.
- \* El paciente tiene derecho a restringir el uso de su información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- \* El paciente puede revocar el Consentimiento y en cualquier momento por escrito con una firma verificable en el archivo, en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán.
- \* La Práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Imprima el Nombre o la Relación del Paciente

Por Testigo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NEURO SPINE AND HEADACHE PAIN MANAGEMENT CENTER**  
**Sayed Monis, M.D.**

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE  
PARA EL USO Y/O DIVULGACIÓN DE  
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA  
PARA LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO, EL PAGO,  
Y OPERACIONES DE HEALTHCARE**

Yo \_\_\_\_\_ por la presente declaro que al firmar este Consentimiento reconozco y acepto lo siguiente:

1. El Aviso de privacidad de la Práctica Médica me ha sido proporcionado antes de firmar este Consentimiento. El Aviso de Privacidad incluye una descripción completa de los usos y/o divulgaciones de mi información de salud protegida ("PHI") necesaria para que la Práctica Médica me brinde tratamiento, y también necesaria para que la Práctica Médica obtenga el pago por ese tratamiento y la lleve a cabo en operaciones de atención médica. La Práctica Médica me explicó que el Aviso de Privacidad estará disponible para mí en el futuro a petición mía. La Práctica Médica ha explicado además mi derecho a obtener una copia del Aviso de privacidad antes de firmar este Consentimiento y me ha alentado a leer detenidamente el Aviso de privacidad antes de firmar este consentimiento.
2. La Práctica Médica se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad que se describen en su Aviso de Privacidad, de conformidad con la ley aplicable.
3. Entiendo eso, y doy mi consentimiento a, los siguientes recordatorios de citas que serán utilizados por la Práctica Médica:
  - a) Una tarjeta postal enviada por correo a la dirección proporcionada por mí; y
  - b) Llamar por teléfono a mi casa y dejar un mensaje en mi contestador automático o con la persona que contesta el teléfono
4. La Práctica Médica puede usar y/o divulgar mi PHI (que incluye información sobre mi salud o condición y el tratamiento proporcionado para el tratamiento que se me proporcionó) para que la Práctica Médica me trate y obtenga el pago por el tratamiento, y según sea necesario para que la Práctica Médica realice sus operaciones específicas de atención médica.
5. Entiendo que tengo derecho a solicitar que la Práctica Médica restrinja la forma en que se usa y / o divulga mi PHI para llevar a cabo un tratamiento, pago y / o / operaciones de atención médica. Sin embargo, la Práctica Médica no está obligada a aceptar ninguna restricción que haya solicitado. Si la Práctica Médica acepta una restricción solicitada, entonces la restricción es vinculante para la Práctica Médica.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

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

**NEURO SPINE AND HEADACHE PAIN MANAGEMENT CENTER**  
**Sayed Monis, M.D.**

**CONSENTIMIENTO Y COMPRENSIÓN**

Este consentimiento es requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 para informarle de sus derechos a la privacidad con respecto a su información de atención médica.

**Consentimiento relacionado con el aviso de privacidad:**

He tenido la oportunidad de revisar el Aviso de privacidad de la práctica como parte de este proceso de registro. Entiendo que los términos del Aviso de privacidad pueden cambiar y puedo obtener estos avisos revisados comunicándome con la práctica médica por teléfono o por escrito, entiendo que tengo derecho a solicitar cómo se ha divulgado la información de salud protegida (PHI). También tengo el derecho de restringir la forma en que se divulga esta información, pero esta práctica médica no es necesaria para aceptar mis restricciones. Si está de acuerdo con mis restricciones sobre el uso de PHI, está obligado por el acuerdo.

**Consentimiento para la atención:**

Yo, con mi firma, autorizo (a la práctica médica), y a cualquier empleado que trabaje bajo la dirección del médico, a proporcionar atención médica para mí, o para este paciente del que soy el tutor legal. Esta atención médica puede incluir servicios y suministros relacionados con mi salud (o la persona identificada) y puede incluir (pero no limitado a) preventivo, diagnóstico, terapéutico, rehabilitación, mantenimiento, cuidados paliativos, asesoramiento, evaluación o revisión del estado físico o mental, la función del cuerpo y la venta o *dispensación* de medicamentos, dispositivos, equipos u otros artículos requeridos y de acuerdo con una receta. Este consentimiento incluye el contacto y la discusión con otros profesionales de la salud para el tratamiento.

**Consentimiento para la divulgación de información y la asignación de beneficios:**

También autorizo esta práctica médica para proporcionar información a la(s) compañía(s) de seguros identificada(s) para todas y cada una de las actividades de pago. Doy mi consentimiento para asignar todos los pagos por servicios directamente a esta práctica médica. Además, doy mi consentimiento para el uso para cualquier necesidad operativa de práctica como se identifica en el Aviso de privacidad de la práctica médica.

**Política financiera:**

Agradecemos que nos elija para su atención médica. Nos adheriremos a la siguiente política financiera para brindar atención y servicios de alta calidad de manera consistente. El paciente / parte responsable asume la responsabilidad de garantizar que se cumpla con la obligación financiera de los servicios de atención médica recibidos.

- Entiendo que soy responsable de todos los copagos, montos aplicados al deducible y otros montos que puedan ser considerados mi responsabilidad por las fuentes de pago, según lo requerido por mi contrato con mi plan de seguro y las regulaciones estatales.
- Entiendo que, si tengo un copago de seguro, se espera que haga el pago al registrarme para mi cita.
- Entiendo que mi contrato con mi entidad de seguros puede o no cubrir algunos servicios. No todas las pólizas de seguro son iguales. Varían según el grupo de empleadores. Los consultores en Neuro Spine y Headache Pain Management Center, Inc. no son responsables ni pueden conocer todas las pólizas disponibles. Es mi responsabilidad verificar la cobertura aplicable antes de recibir los servicios. Por ejemplo, no todos los planes de salud incluyen exámenes de detección como un beneficio. Si busco atención fuera de los términos del contrato, soy consciente de que puedo ser responsable de todos los cargos en los que se incurra.

Consultores en NEURO SPINE AND HEADACHE PAIN MANAGEMENT CENTER es una instalación propiedad y operada por un médico.

Gracias por su comprensión y cooperación con esta política. Es nuestro privilegio brindarle atención médica. He leído y entiendo los Consentimientos y la política financiera establecida anteriormente arriba y acepta aceptar la plena responsabilidad como se describe anteriormente.

\_\_\_\_\_

paciente/parte responsable

\_\_\_\_\_

Fecha

Nombre del paciente si es diferente de la Parte Responsable: \_\_\_\_\_

## AIT/ Evaluación de Accidente Cerebrovascular

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Presión arterial alta YES NO

Diabetes Mellitus YES NO

Colesterol alto YES NO

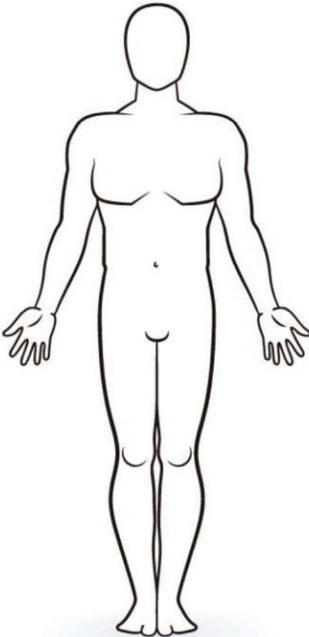
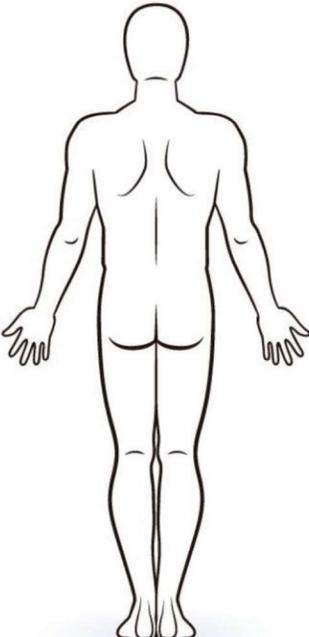
Embolia YES NO

1. Mareos o aturdimiento h/o aforos que duran unos segundos o pocos minutos: SÍ NO
2. Debilidad H/O que dura unos segundos o pocos minutos: SI NO
3. Entumecimiento H/O que dura unos segundos o pocos minutos: SI NO
4. Dificultad para hablar que dura unos segundos o pocos minutos: SI NO
5. Dificultad para hablar que dura unos segundos o unos minutos: SI NO
6. Visión borrosa que dura unos segundos o pocos minutos: SI NO
7. Dificil con el equilibrio que dura unos segundos de pocos minutos SÍ NO
8. Confusión que dura unos segundos o pocos minutos: SI NO

## PAIN DIAGRAM/ DIAGRAMA DEL DOLOR

BELOW IS A DIAGRAM OF A BODY. PLEASE CIRCLE THE AREAS THAT HAVE CHRONIC PAIN (LONGER THAN 6 MONTHS)

A CONTINUACIÓN, SE ENCUENTRA UN DIAGRAMA DE UN CUERPO. MARQUE CON UN CÍRCULO LAS ÁREAS QUE TIENEN DOLOR CRÓNICO (MÁS DE 6 MESES)

DE FRENTE	DE ESPALDAS	
		
<b>FRONT</b>	<b>BACK</b>	
		Numbness XXX Entumecimiento
		Pins/Needles 000 Alfileres/Agujas
		Burning --- Arde
		Stabbing /// Punzante
		Ache/Stiff >>> dolor/rigidez

¿In a scale of 0-10 where would you rank your pain now? Please circle the appropriate Pain Rating scale.

En una escala del 0 al 10, ¿dónde clasificaría su dolor ahora? Encierre en un círculo la escala de clasificación de dolor adecuada.

### PAIN RATING SCALE ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL DOLOR

					
<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>10</b>
No Hurt	Hurts Little Bit	Hurts Little More	Hurts Even More	Hurts Whole Lot	Hurts Worst
No Duele	Duele Un Poco	Duele Un Poco Mas	Duele Aun Mas	Duele Mucho	Duele Peor

NEURO SPINE AND HEADACHE PAIN MANAGEMENT CENTER

Sayed Monis, M.D.

**HISTORIAL MÉDICO**

Marque todo lo que corresponda

**Historial médico pasado:**

- Presión Arterial Alta
- Colesterol Alto
- Bronquitis crónica
- Apnea del Sueño
- Hepatitis (tipo): \_\_\_\_\_
- Colitis Ulcerosa/ de Crohn
- Neuropatía
- Cataratas
- Artritis Reumatoide
- Depresión
- Insuficiencia Cardíaca
- Diabetes
- Enfisema/por EPOC
- Coágulos de Sangre
- ERGE/Reflujo
- Cálculos Renales
- Charcot-Marie-Tooth
- Glaucoma
- Enfermedad de Lyme
- Ansiedad
- Ataque Cardíaco/ IM
- Trastorno de la Tiroides
- Neumonía
- Embolia Pulmonar
- Úlcera de Estómago
- Insuficiencia Renal/en diálisis
- Trastorno Convulsivo
- Psoriasis
- VIH/SIDA
- Fibromialgia
- Fibrilación Auricular
- Asma
- Tuberculosis
- Trastorno Hepático
- Lupus/LES
- Polio
- Embolia/ AIT
- Osteoartritis
- Osteoporosis
- Gota

Cáncer (especificar): \_\_\_\_\_

Otro (especificar): \_\_\_\_\_

¿Estás/podrías estar embarazada?  Sí  No

**Antecedentes quirúrgicos pasados** (Enumere TODAS las cirugías - ejemplo: apéndice, amígdalas, etc., y fecha de la cirugía)

---



---



---

¿Problemas de anestesia?  No  Sí, describa: \_\_\_\_\_

**Verifique todo lo que Aplique**

**Antecedentes familiares:**

- Diabetes
- Enfermedad Cardíaca
- Coágulos Sanguíneos/Embolia Pulmonar
- Problemas de Anestesia mayor
- Enfermedad de Chariot-Marie-Tooth
- Cáncer (tipo): \_\_\_\_\_

**Historia Social:** Ocupación: \_\_\_\_\_

- Estudiante
- Ama de Casa
- Retirado
- Desempleado
- Discapacitado

**¿Con quién vives?**

- Madre
- Padre
- Cónyuge
- Pareja
- Hijos
- Hermanos
- Compañero/s De Cuarto/s
- Solo

**Ejercicio:**

- Nunca
- Raramente/Mensualmente
- Semanal
- Diario

¿Qué tipo de ejercicio? \_\_\_\_\_

**Aficiones:** \_\_\_\_\_

**NEURO SPINE AND HEADACHE PAIN MANAGEMENT CENTER**  
**Sayed Monis, M.D.**

¿Usted fuma?  No  Sí  Dejar (¿Cuándo?) \_\_\_\_\_

¿Qué es lo máximo que has fumado regularmente? \_\_\_\_\_

¿Cuántos años has fumado en tu vida? \_\_\_\_\_

¿Bebes alcohol?  No  Sí  Deje de fumar (¿cuándo?) \_\_\_\_\_

¿Cuánto bebes por semana? \_\_\_\_\_

¿Drogas recreativas? Uso actual:  Sí  No      Uso pasado:  Sí  No

¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

**Marque todo lo que corresponda**

**Revisión de Sistemas:** Hematológico:  Anemia  Tendencia al Sangrado  Hematomas Fácil

**Constitucional:**  Fiebres  Escalofríos  Sudores nocturnos **No planificados:**  Aumento de peso  Pérdida de peso

**Cardiovascular:**  Dolor en el pecho  Palpitaciones  Soplo cardíaco  Piernas hinchadas  Calambres en las piernas

**Pulmonar:**  Tos crónica  Sibilancias  dificultad para respirar

**GI:**  Náuseas/Vómitos  Estreñimiento  Diarrea crónica  Sangre en las heces

**GU:**  incontinencia  Problemas de Orinar **Endocrino:**  intolerancia al  calor  frío

**Ojos :**  Doble Visión  Ceguera **Cabeza/Cuello/Orejas:**  Sordera  Problemas sinusales

**Neurológico:**  Dolores de cabeza frecuentes  Mareos  Problemas de equilibrio

Entumecimiento / hormigueo  Debilidad

**Piel:**  Dolor  Erupción **Inmunológica:**  Glándulas inflamadas Fiebre del  heno

**Musculoesquelético:**  Rigidez  Dolor en las articulaciones  Hinchazón de las articulaciones

Problemas de cuello o espalda

**GM:**  Problemas menstruales  Masas mamarias **Psiquiátricas:**  Ansiedad  Depresión

**Otros:** \_\_\_\_\_

Según mi entender esta información es correcta.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

(He revisado este nuevo formulario de historial del paciente, incluida la lista de alergias y medicamentos)

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha/hora

NEURO SPINE AND HEADACHE PAIN MANAGEMENT CENTER  
Sayed Monis, M.D.

Have you tried and failed any of the following NSAID's  
Has intentado y fallado cualquiera de los siguiente Anti-Inflamatorios

CELEBREX  YES/SI  NO

IBUPROFEN (MOTHRIN)  YES/SI  NO

NAPROXEN(ALEVE)  YES/SI  NO

ASPIRIN  YES/SI  NO

DICLOFENAC(VOLTAREN)  YES/SI  NO

INDOMETHACIN(INDOCIN)  YES/SI  NO

KETOPROTEN  YES/SI  NO

KETOROLAC(TORADOL)  YES/SI  NO

NABUMETOME(DAYPRO)  YES/SI  NO

OXAPROXIN (DAYPRO)  YES/SI  NO

PIROXICAM(FELDENE)  YES/SI  NO



**NEURO SPINE AND HEADACHE PAIN MANAGEMENT CENTER**  
**Sayed Monis, M.D.**

**Centros de Neurociencias del Valle Imperial**  
**Póliza de cancelación / Póliza de No Presentación**  
**Para citas y pruebas de Médicos**

**1. *Póliza de Cancelación / Póliza de No presentación para Cita del Doctor***

Entendemos que hay ocasiones en que debe faltar a una cita debido a emergencias u obligaciones para el trabajo la familia. Sin embargo, cuando no llama para cancelar una cita, puede estar evitando que otro paciente obtenga el tratamiento que tanto necesita.

Por el contrario, la situación puede surgir cuando otro paciente no puede cancelar y no Podemos programarlo para una visita, debido a un libro de citas aparentemente “complete”.

Si una cita no se cancela al menos 24 horas antes, se le cobrará un cargo de treinta y cinco dólares (\$35): esto no será cubierto por su compañía de seguros.

**2. *Citas programadas***

Entendemos que los retrasos pueden suceder sin embargo debemos tartar de mantener a los otros pacientes y doctores a tiempo. Si un paciente es 15 minutos más allá de su hora programada tendremos que reprogramar la cita.

**3. *Política de cancelación / No presentación para pruebas***

Debido al gran bloque de tiempo necesario para las pruebas, la cancelación de ultima puede causar problemas y gastos adicionales para la oficina.

Si la prueba no se cancela el menos con 3 días de anticipación, se le cobrara una cuota de doscientos Cincuenta (\$250) dólares: esto no será cubierto por su compañía de seguros. Para No Show se le cobrara una cuota de trescientos (\$300) dólares.

**4. *Saldos de Cuenta***

Requerimos que estos honorarios mencionados anteriormente sean pagados antes de recibir servicios adicionales pro nuestra práctica.

Los pacientes que tengan preguntas sobre su facture a que deseen discutir su cuenta o cualquier inquietud pueden llamar y pedir hablar con nuestra directora de Operaciones Veronica Urbina con quien pueden revisar su cuenta y preocupaciones.

Los pacientes con saldos de más de cien (\$100) dólares, deben hacer los arreglos antes de las futuras citas que se hacen.

---

Nombre del Paciente

---

Firma del paciente/tutor

---

Fecha

## ¿Qué es una sobredosis de opioides?



Los opioides pueden causar malas reacciones haciendo que su respiración sea más lenta o incluso se detenga. Esto podría suceder si su cuerpo no es capaz de soportar los opioides que haya tomado ese día.

### PARA EVITAR UNA SOBREDOSIS ACCIDENTAL DE OPIOIDES:

- Trate de no mezclar sus opioides con alcohol, benzodiazepinas (Xanax, Ativan, Klonopin, Valium), ni medicamentos que le produzcan somnolencia.
- Tenga mucho cuidado si se le olvida tomar una dosis o la modifica, si se siente enfermo o empieza a tomar un nuevo medicamento.

## Ahora que cuenta con naloxona...

Dígale a alguien en dónde está y cómo utilizarla.

## Los opioides comunes incluyen:

GENÉRICO	MARCA
Hidrocodona	Vicodin, Lorcet, Lortab, Norco, Zohydro
Oxicodona	Percocet, OxyContin, Roxicodone, Percodan
Morfina	MSContin, Kadian, Embeda, Avinza
Codeína	Tylenol with Codeine, TyCo, Tylenol #3
Fentanilo	Duragesic, Actiq
Hidromorfona	Dilaudid
Oximorfona	Opana
Meperidina	Demerol
Metadona	Dolophine, Methadose
Buprenorfina	Suboxone, Subutex, Zubsolv, Bunavail, Butrans

\* La heroína también es un opiáceo.

Para obtener materiales educativos para pacientes, como videos y demás, visite [www.prescribeprevent.org](http://www.prescribeprevent.org)



# Seguridad en el uso de opioides y administración de naloxona



UNA GUÍA PARA PACIENTES Y ENCARGADOS DEL CUIDADO

## En caso de sobredosis:

### 1 Verifique si la persona reacciona

Esté atento a los siguientes síntomas:

- No reacciona, así la sacuda o grite su nombre
- La respiración se hace más lenta o se detiene
- Los labios y las uñas se vuelven azules o grises
- La piel se torna pálida o sudorosa

### 2 Llame al 911 y administre la naloxona

Si no hay ninguna reacción en 3 minutos, administre una segunda dosis de naloxona

### 3 Comience a dar respiración de boca a boca o compresiones cardíacas

Siga las instrucciones del operador del 911

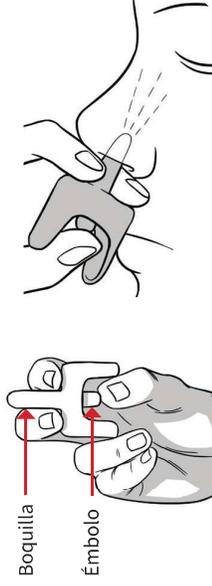
**>> PERMANEZCA CON LA PERSONA HASTA QUE LLEGUE LA AYUDA**

## CÓMO ADMINISTRAR LA NALOXONA:

Hay cuatro productos de naloxona comunes. Siga las instrucciones del tipo con el que cuenta.

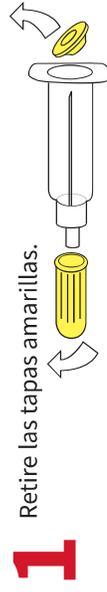
### Aerosol nasal

Este aerosol nasal no necesita ser ensamblado. Se administra empujando el émbolo dentro de una fosa nasal.



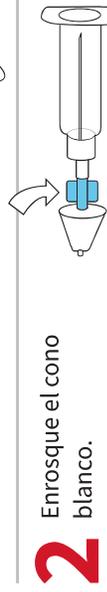
### Aerosol nasal (ensamblado)

Este producto requiere ser ensamblado. Siga las siguientes instrucciones:



**1**

Retire las tapas amarillas.



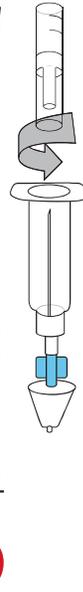
**2**

Enrosque el cono blanco.



**3**

Quite la tapa morada de la cápsula de naloxona.



**4**

Enrosque suavemente la cápsula de naloxona en el cilindro de la jeringa.



**5**

Inserte el cono blanco en la fosa nasal; **empuje con un movimiento breve y enérgico** el extremo de la cápsula para rociar la naloxona dentro de la nariz: **MEDIA CÁPSULA EN CADA FOSA NASAL.**

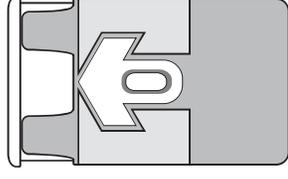
Empuje para rociar.

**6**

Si no hay ninguna reacción en 3 minutos, administre una segunda dosis.

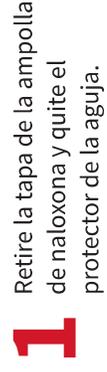
### Inyector automático

El inyector automático de naloxona no necesita ser ensamblado y puede inyectarse en la parte exterior del muslo, incluso a través de la ropa. Contiene un parlante que da instrucciones paso a paso.



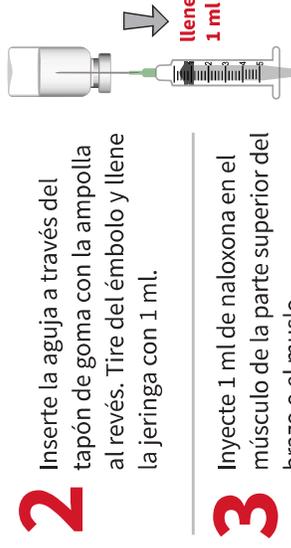
### Naloxona inyectable

Este producto requiere ser ensamblado. Siga las siguientes instrucciones:



**1**

Retire la tapa de la ampolla de naloxona y quite el protector de la aguja.

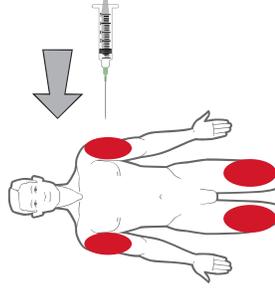


**2**

Inserte la aguja a través del tapón de goma con la ampolla al revés. Tire del émbolo y llene la jeringa con 1 ml.

**3**

Inyecte 1 ml de naloxona en el músculo de la parte superior del brazo o el muslo.



**4**

Si no hay ninguna reacción en 3 minutos, administre una segunda dosis.