

PAIN MANAGEMENT SPECIALISTS
ERNESTO PADRON, M.D., L.L.C.



3213 S. 24th STREET, SUITE 101-B
OMAHA, NEBRASKA 68108
Office: 402-933-8375
Fax: 402-933-9964

REGISTRO DEL PACIENTE

Informacion Personal

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Hombre: _____ Mujer: _____ Edad: _____

Soltero (a): _____ Casado(a): _____ Divorciado(a): _____

Dirección: _____

Teléfono #: _____

SSN: _____

Email: _____

Refiriéndose Doctor (Nombre y Apellido): _____

Teléfono #: _____

Informacion de Empleo:

Empleador: _____

Telefono del Empleador: _____

Nombre del Cónyuge: _____

Numero del Cónyuge: _____

Información del Seguro:

Seguro Primario: _____

Suscriptor: Asistencia: Otro: _____

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

SSN: _____

Seguro Secundario: _____

Suscriptor: Asistencia: _____ Otro: _____

Nombre del Suscriptor: _____

¿Se ha producido esta lesión en el trabajo?

SI/No

En caso afirmativo, ¿tiene usted un reclamo activo?

SI/NO

Farmacia (Nombre, Dirección, Numero de telefono):

Contacto de Emergencia:

Nombre de Contacto: _____

Relación: _____

Teléfono #: _____

Dirección: _____

Firma a Continuación:

Al firmar abajo, estoy de acuerdo en lo siguiente:

Me permito lo antes posible para participar en el tratamiento de mi salud

Autorizo la divulgación de esta información a mi compañía de seguros

Yo entiendo que soy responsable de mi cuenta

Autorizo a mi médico para actuar como mi agente en ayudarme a obtener el pago de los seguros

Yo autorizo el pago directamente a ASAP

Yo permito que una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar de la original

Paciente / Persona Responsable Firma

Fecha

PAIN MANAGEMENT SPECIALISTS
 ERNESTO PADRON, M.D., L.L.C.



3213 S. 24th STREET, SUITE 101-B
 OMAHA, NEBRASKA 68108
 Office: 402-933-8375
 Fax: 402-933-9964

PACIENTE NUEVO FORMULARIO DE HISTORIA CLINICA

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Médico de atención primaria |
| Fecha de nacimiento: | Dirección de la oficina este médico: |
| Género: | |
| Antecedentes Historia Dolor | |
| ¿Cuál es su edad? | |
| ¿Cuál es su principal queja ? | |
| Si el dolor se localiza en el cuello o en la espalda, ¿se irradia hacia los brazos o las piernas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Por cuanto tiempo ha estado presente este dolor? (Indicar el numero de meses o años) Meses _____ años _____ | |
| ¿El dolor asociado con otros síntomas? <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar _____ <input type="checkbox"/> Adormecimiento, donde _____ <input type="checkbox"/> Debilidad, donde _____ <input type="checkbox"/> La disfunción sexual _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ | <p>Por favor, dar sombra a las áreas en las que usted esta teniendo dolor para las escalas abajo, circule el numero utilizando o para indicar Ninguna hasta 10 para indicar mas extrema / severa</p> <p>Por favor, indique su dolor actual</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> |
| ¿Como puede describir el dolor que siente? <input type="checkbox"/> Dolor Fuerte <input type="checkbox"/> Quemadura/ Ardiente <input type="checkbox"/> Dolor Profundo <input type="checkbox"/> Presion <input type="checkbox"/> Apunalamiento <input type="checkbox"/> Embotado <input type="checkbox"/> Cosquiello <input type="checkbox"/> Otro _____ | <p>califique su peor dolor en la última semana</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> |
| Con que frecuencia es el dolor presente? <input type="checkbox"/> dolor constante <input type="checkbox"/> frecuentes (varias veces por hora) <input type="checkbox"/> esporadica (varias veces al dia) <input type="checkbox"/> Ocasional (varias veces por semana) <input type="checkbox"/> Raro (varias veces al mes) | <p>Califique su menor dolor en la última semana</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> |
| Lo que hace que su dolor? <input type="checkbox"/> Descanso <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Otro _____ | |
| VQue hace empeorar el dolor? <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Agacharse/Torcer <input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Acostado <input type="checkbox"/> Estrés <input type="checkbox"/> Toser Estomudos <input type="checkbox"/> Parado después de estar sentado | |
| Desde el inicio de su dolor, ¿ha tenido alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> La incontinencia intestinal <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> Ninguno | |
| ¿ Ha afectado el dolor de su sueño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |

PAIN MANAGEMENT SPECIALISTS
ERNESTO PADRON, M.D., L.L.C.



3213 S. 24th STREET, SUITE 101-B
OMAHA, NEBRASKA 68108
Office: 402-933-8375
Fax: 402-933-9964

Condiciones

1. No estoy usando actualmente cualquier medicina para el dolor ilegal. He informado plenamente a mis médicos de cualquier corriente, el uso anterior, la venta o la desviación de drogas legales o ilegales. (Es decir, cocaína, cannabis, heroína, etc)

**También le pedimos que por favor informe a su médico si está en periodo de prueba **

¿Está usted en Libertad Condicional: _____ Si _____ No

En caso afirmativo, la razón:

Nombre del Oficial de Libertad Condicional: _____ Teléfono: _____

2. Actualmente no estoy abusando de alcohol, y he informado plenamente mis médicos acerca de cualquier abuso previo de alcohol.
3. Voy a obtener todas las recetas de opiáceos sólo de Doctor Ernesto Padron. No se me permite obtener un medicamento similar de cualquier otro médico o clínica sin la autorización de Doctor Ernesto Padron. Si ocurre una emergencia y medicamentos opioides se prescriben de otro médico, notificare lo antes posible a los médicos tan pronto como sea posible.
4. Las recetas no se enviarán por correo, a menos que se especifique lo contrario.
5. Voy a tomar los opioides como ha sido prescrito por Ernesto Padron y bajo ninguna circunstancia voy a permitir que otras personas utilicen estos medicamentos, ni voy a obtener estos medicamentos de otras personas.
6. El uso de estos medicamentos será supervisada estrictamente.
7. Medicamentos adicionales no se dará si el medicamento se acaba prematuramente debido a un uso excesivo. No se reemplazarán las recetas o medicamentos perdidos, robados o extraviados.
8. No se permiten recargas imprevistas o de emergencia. No recetas serán ocupados o renovados durante los fines de semana, después de las 4 pm los días de semana o en días festivos.
9. Los pacientes que necesitan recargas deben llamar a la oficina por lo menos 5 días antes de la oferta actual de analgésicos opiáceos agotado.
10. Recetas y recargas NO será telefonar a las farmacias, y deben ser recogidos, ya sea por los pacientes, o enviarse por correo a la farmacia por correo de entrega estandar.
11. Sólo en la farmacia se utilizará para llenar sus recetas. El Doctor Ernesto Padron tienen mi permiso para comunicarse con el farmacéutico acerca de mi uso de medicamentos. Si cambio de farmacias, notificaré lo antes posible con antelación.

Nombre de Farmacia: _____

Ph#: _____

Inicial _____

PAIN MANAGEMENT SPECIALISTS
ERNESTO PADRON, M.D., L.L.C.



3213 S. 24th STREET, SUITE 101-B
OMAHA, NEBRASKA 68108
Office: 402-933-8375
Fax: 402-933-9964

12. Voy a estar obligado a tener sangre ode orina sin previo aviso, o el recuento de pastillas con el fin de evaluar el efecto del opioide, así como mi abstinencia del uso de drogas ilegales. Al firmar esta forma la responsabilidad del paciente, le doy permiso para que, y de acuerdo en cooperar con dichas pruebas, si se me pide que lo hagan; incumplimiento puede resultar en la descarga de la practica.
13. Antes de recibir cualquier opioide, una evaluación psicológica con el segimniento de la terapia puede ser requerido por el Doctor Ernesto Padron. También ignorados requieren otras evaluaciones y / o tratamientos médicos.
14. Debido a los riesgos conocidos y desconocidos para los niños no nacidos, que incluyen la dependencia fisica, notificaré a mi medico si estoy embarazada o si quedo embarazada en el futuro.
15. Entiendo que los medicamentos opioides se reducira lentamente y se detuvo con seguridad si no cumplo con ningún aspecto de esta forma la responsabilidad del paciente (a discreción del proveedor), o si El Doctor Ernesto Padron siente que los opioides no son efectivos para controlar el dolor. Puede que sea necesario para que entrara a un programa de la dependencia química con el fin de detener por completo la medicación.
16. Debo visitar a el Doctor Ernesto Padron por lo menos cada cuatro a ocho semanas para supervisar mis medicamentos. Entiendo que si no me presento a mi cita regular programada, Yo no puedo recibir mis medicamentos de recarga. Despues de tres No mostrar las citas, yo puedo estar sujeto a cumplir debido a la falta de cumplimiento.
17. Doy al Doctor Ernesto Padron permiso a comunicarse con cualquiera de mis otros médicos con respecto a mi uso de sustancias controladas.
18. Tomo toda la responsabilidad por el costo de los medicamentos, la orina / análisis de sangre, que seguro no puede cubrir.
19. Entiendo que cualquier violación de los terminos antes mencionados puede llevar a mi despido inmediato de la oficina.
20. Otras condiciones: _____

He leído y entendido este acuerdo, y estoy de acuerdo con todo lo anterior. Se me dara una copia de este formulario y doy permiso para que una copia para ser enviado a mis otros medicos tratantes , los cuidadores los farmaceuticos y los proveedores de seguros .

Paciente: _____ Fecha: _____
Médico: _____ Fecha: _____
Testigo: _____ Fecha: _____

DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE: He traducido la información y consejos presentados por vía oral a las personas que dan el consentimiento de la persona que obtiene este consentimiento. Al mejor de mi conocimiento y nombre, él / ella entendió esta explicación.

Intérprete: _____ Fecha: _____

PAIN MANAGEMENT SPECIALISTS
ERNESTO PADRON, M.D., L.L.C.



3213 S. 24th STREET, SUITE 101-B
OMAHA, NEBRASKA 68108
Office: 402-933-8375
Fax: 402-933-9964

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE PARA CRÓNICA CON OPLÁCEO (NARCOTICOS) TERAPIA

Este documento representa expectativas de los pacientes sobre el uso de opioides (narcóticos) analgésicos pa tratar el dolor. Medicamentos opioides son sólo una parte de un plan general de tratamiento, por lo tanto, a asistir regularmente y participar en todas las terapias prescritas. Con la firma de este, entiendo y estoy de acuerdo a los siguientes riesgos y condiciones, que pueden estar asociados con el uso a largo plazo de los medicamentos opioides

RIESGOS:

1. Estreñimiento (que puede ser lo suficientemente grave como para requerir tratamiento medico)
2. La retención urinaria (dificultad para orinar)
3. Cambios en el apetito y / o en peso
4. Somnolencia o confusión que pueden afectar las habilidades de pensamiento o emociones
5. Comezón
6. Nausea
7. Problemas con la coordinación o equilibrio que hacen peligroso para operar vehiculos de motor o maquinaria pesada
8. Depresión respiratoria (respiración muy lenta, la sobredosis puede conducir a un paro respiratorio, coma o la muerte)
9. La dependencia fisica (lo que significa que los opioides que paran rápidamente pueden provocar síntomas de abstinencia)
10. La dependencia psicológica (lo que significa que los opioides que paran rapidamente puede conducir los antojos de drogas)
11. Las dificultades sexuales
12. Si me embarazo, mi bebé podría nacer fisicamente dependiente de los opiáceos. Esto puede ser trata con éxito. Es posible que haya otros riesgos, desconocidos para los niños no nacidos (sólo pacientes d sexo femenino)
13. Pueden ocurrir otros efectos secundarios raros

Inicial _____



Ernesto R. Padron, M.D.
Especialistas en manejo del dolor intervencionista
3213 S. 24TH Street, Suite 101-B
Omaha, Nebraska 68108
Oficina: 402-933-8375/Fax: 402-933-9964

Aviso de práctica de privacidad

Este aviso describe como la información médica sobre usted puede ser utilizada y ser diclosed y cómo usted puede conseguir el acceso a esta información, por favor repase cuidadosamente.

La portabilidad del seguro de salud y la ley de responsabilidad de 1996 HIPPA) es un programa federal que requiere que todos los registros médicos y otra información de salud individualmente identificable uso o divulgado por nosotros en cualquier forma, ya sea electrónicamente, papel, o por vía oral, se mantienen de forma adecuada confidencial. Este acto le da, el paciente, nuevo derecho significativo de entender y de controlar ahora mucha información de la salud se utiliza. HIPPA proporciona sanciones a las entidades cubiertas que usan la información personal de salud.

Respetamos la confidencialidad del paciente y sólo Divulgamos la información médica de usted de acuerdo con la ley federal de Nebraska. Este aviso describe nuestras políticas relacionadas con el uso de los registros o su cuidado generado por Ernesto R. Padron, M.D., LLC.

Nosotros podemos usar y revelar sus registros médicos solamente por las siguientes razones:

1. **Tratamiento:** Proporcionar Coordinación o la gestión de la atención de salud y servicios relacionados por uno o más proveedores de atención médica. Para Ejemplo: Un examen físico
2. **Pago:** obtención de reembolso por servicios, confirmando cobertura, actividades de facturación o cobranza, y revisión de utilización. Por ejemplo: enviando una factura por su visita a la compañía de seguros para su pago.
3. **Operaciones de atención médica:** los aspectos empresariales de la ejecución de una práctica, como la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad, funciones de auditoría, análisis de gestión de costos y servicio al cliente. Por ejemplo: evaluación interna de la calidad.

Información divulgada sin su consentimiento

Bajo la ley federal de Nebraska, la información sobre usted puede ser divulgada sin su consentimiento por las siguientes razones:

1. **Emergencia:** se puede compartir información suficiente para emergencia inmediata se enfrentan.
2. **Citas de seguimiento:** nos pondremos en contacto con usted para recordarle las futuras citas o

Información sobre sus alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

3. **Requerido por la ley:** incluye situaciones en las que tenemos una citación, una orden de la corte, o tenemos el mandato de proporcionar información de salud pública, tales como enfermedades transmisibles o sospechas de abuso y negligencia como abuso de menores, abuso de ancianos o abuso institucional.
4. **Forenses, Director de funerales y donación de órganos:** la información médica es Divulgó al forense o médico examinador y funeral Directores con el fin de cumpliendo con sus deberes. Cuando los órganos son donados se proporcionará suficiente información al programa como sea necesario para facilitar la donación de órganos o tejidos.
5. **Requisitos gubernamentales:** información a la supervisión de la salud para las actividades autorización por ley: tales como auditorías, investigación, o licencia, puede también ser Necesita compartir información con la administración de medicamentos y alimentos relacionados con eventos adversos o defectos de producto, así como con el Departamento de salud y servicios humanos para determinar nuestro cumplimiento con las leyes federales relacionadas con la atención de salud a petición:
6. **Actividad delictiva o peligro para otros:** Si se comete un delito en nuestras instalaciones o en contra de nuestro personal, podemos compartir la información informativa de la policía para aprehender al criminal. Tenemos derecho a implican la aplicación de la ley cuando creemos que un peligro inmediato puede ocurrirle a alguien.

Cualquier otro uso, o divulgación se realizará solamente con su autorización escrita. Usted puede revocar dicha autorización por escrito y nosotros estamos obligados a honrar y acatar la solicitud por escrito, excepto hasta el punto de que ya hemos tomado acciones que dependen de su autorización.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la protección de la información de salud:

1. El derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones o información de salud protegida, incluyendo las relacionadas con la divulgación a los miembros de la familia, otros parientes, amigos íntimos cercanos, o cualquier otra persona identificada por usted. No estamos obligados a aceptar una restricción de solicitud. Si aceptamos una restricción, debemos Soportar por él a menos que usted está de acuerdo en escribiendo a quitarlo.
2. El derecho a una solicitud razonable para recibir comunicación confidencial de información de salud protegida de nosotros por medios alternativos o en lugares alternativos.
3. El derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida a costa de un honorario razonable copiando y por correo sus expedientes.
4. El derecho a enmendar su información protegida.
5. El derecho a recibir una contabilidad de las divulgaciones de la información de salud protegida.
6. El derecho a obtener una copia en papel de este aviso nos forma a petición.

Este aviso es efectivo a partir del 14 de abril de 2003 y estamos obligados a acatar los términos del aviso de prácticas de privacidad actualmente vigentes. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro aviso de prácticas de privacidad y de hacer nuevos Aviso provisiones efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Publicaremos, y usted puede solicitar una copia escrita de una notificación revisada de las prácticas de privacidad de esta oficina. Usted tiene recurso si usted

siente que sus protecciones de privacidad han sido violadas. Usted tiene el derecho de presentar una queja por escrito con nuestra oficina, el Departamento de salud y servicios humanos, o la oficina de derechos civiles, sobre violaciones de la provisión de este aviso o las políticas y procedimientos de nuestra oficina.

- Si usted tiene cualesquiera preguntas o necesita más información, entre en contacto con por favor nuestra oficina

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



DR. ERNESTO PADRON, M.D, LLC.
INTERVENTIONAL PAIN MANAGEMENT SPECIALISTS

3213 S. 24TH STREET, SUITE 101-B
OMAHA, NEBRASKA 68108
OFFICE: 402-933-8375 / FAX: 402-933-9964
www.painclinicschicago.com

ASSIGNMENT OF BENEFITS

Patient Name: _____

SSN: _____

In consideration of your undertaking to render care, I agree to the following:
En consideración por darme tratamiento médico yo acepto lo siguiente:

- **Release of Information:** I authorize the release of any information I deem appropriate concerning my medical condition to any insurance company, attorney, adjuster, or any other person necessary for me to process any claim for reimbursement of charges insured by me at Ernesto Padron M.D, LLC.

Ud. está autorizado a proveer cualquier información Ud. considere propia y en referencia a mi condición médica a cualquier compañía de seguros, abogados, representate u otra persona necesaria para el proceso de cargos debido a mi tratamiento médico en Ernesto Padron M.D, LLC.

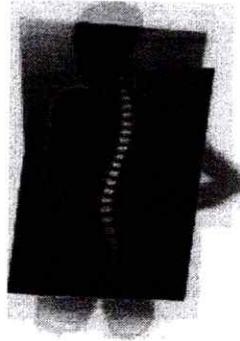
- **Right to Receive Payment:** I authorize and assign you, the medical provider and treating facility, Ernesto Padron M.D, LLC, the right to receive direct payment from my attorney, insurance company, or any other party who may become obligated to pay me any sums. I further authorize endorsement of my name to any draft which you are legally entitled.

Yo autorizo y asigno, al médico en Ernesto Padron M.D, LLC, el derecho de recibir directamente pago de mi abogado, compañía de seguros, y otro médico, quien esta obligado a pagarme cierta cantidad. Yo además autorizo al centro que firme mi nombre a cualquier forma de pago que contenga mi nombre y por lo cual le pertenece legal mente.

- **Assignment of Right to Sue:** In the event any insurance company, attorney, or other person obligated to contractual agreement refuses to make a payment upon your demand for your services; I hereby assign and transfer Ernesto Padron M.D, LLC, the cause of action that exists in my favor against such parties and authorize you to prosecute said action either in my name or your name for you to resolve said claims as you see fit. I understand that I shall continue to remain responsible for any uncollected or unpaid balance on my account. I also understand that a 33% collection fee, in addition to attorney fees will be collected upon demand.

En el caso que la compañía de seguros, o abogados, o otra persona encargada debido a un contrato no pagar a Ernesto Padron M.D, LLC, bajo la demanda, yo autorizo que se haga acción legal para procesar mi cuenta. Yo entiendo que seguiré responsable por todos los cargos por los servicios médicos. Yo también entiendo que en 33% será agregado por costos de colección y además de los gastos de abogados.

- **Attorney Direction:** I hereby direct my attorney not to interfere with my claim on any lien upon, any medical payment benefits to which I may be entitled for my health insurance, medical, workmen's compensation, or other payment sources. If there are any said medical payment checks which include my attorney's name, I



DR. ERNESTO PADRON, M.D, LLC.
INTERVENTIONAL PAIN MANAGEMENT SPECIALISTS

3213 S. 24TH STREET, SUITE 101-B
OMAHA, NEBRASKA 68108
OFFICE: 402-933-8375 / FAX: 402-933-9964
www.painclinicschicago.com

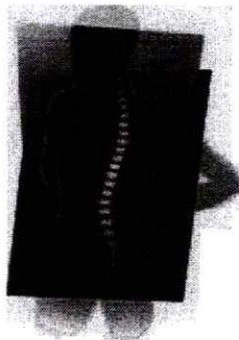
direct my attorney to sign his/her name to these checks for the benefit of the medical provider and Ernesto Padron M.D, LLC.

Yo indicare a mi abogado que no interfiera con "líen" presentada y cualquier benefició por el cual a mi pertenece ya sea de mi seguro du salud, compensación de trabajo o otra forma. Y si alguno de esos pagos incluye el nombre de mi abogado, Yo indicare a mi abogado para que endorse su nombre y pague al médico y a Ernesto Padron M.D, LLC, que me proveyó de los servicios.

Patient Signature

Date

Witness



Dr. ERNESTO PADRON, M.D.LLC.
Interventional Pain Management Specialist

3213 S. 24th Street, Suite 101-B
Omaha, Nebraska 68108
Oficina :402-933-8375/ Facsimil: 402-933-9964
www.painclinicschicago.com

Consentimiento del Paciente

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCION MÉDICA

Entiendo, que bajo la ley de seguro médico Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 (HIPPA), tengo ciertos derechos a la privacidad respecto a la protección de mi información de salud.

Yo, _____ conciento al uso o divulgación de mi información médica por Dr. Ernesto Padrón M.D. LLC, con fines de diagnóstico o tratamiento proporcionando, obtener el pago de mi tratamiento, o para operaciones de atención de práctica médica. Entiendo que el tratamiento por la práctica médica puede ser negada si no firmo este consentimiento.

He sido informado por Dr. Ernesto Padrón M.D.LLC, de su aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Me ha dado el derecho de revisar dicha notificación de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo Dr. Ernesto Padrón LLC, tiene el derecho de cambiar el aviso de prácticas de privacidad, y que puedo contactar al Dr. Ernesto Padrón M.D.LLC, en cualquier momento a la dirección arriba indicada para obtener una copia actual de la notificación de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito Dr. Ernesto Padrón M.D. LLC, limitaciones de cómo mi información privada es usada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operación de cuidado de la salud. También entiendo que Dr. Ernesto Padrón M.D, LLC, no está obligado a aceptar las restricciones de mi petición, pero si consensuado, Dr. Ernesto Padrón M.D.LLC, debe atenerse a tales restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto cuando Dr. Ernesto Padrón M.D. LLC, ya ha hecho divulgación en dependencia del consentimiento previo.

Firma de Paciente

Día

Testigo

Evaluación de discriminadores y opiáceos para pacientes con dolor revisado
SOAPP-R

Nunca rara vez a veces a menudo muy a menudo

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 - ¿con qué frecuencia tiene el estado de ánimo columpios? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 - ¿con qué frecuencia ha sentido la necesidad de dosis más altas de medicación para tratar a su dolor? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 - ¿con qué frecuencia se ha sentido impaciente con su médicos? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 - ¿cuántas veces has sentido que las cosas son demasiado abrumadoras que no puedes manejar ellos? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 - ¿con qué frecuencia hay tensión en el hogar? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 - ¿con qué frecuencia ha contado las píldoras para el dolor para ver cuántas son restantes? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7 - ¿con qué frecuencia se ha preocupado de que la gente lo juzgue por ¿tomando analgésicos? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 - ¿con qué frecuencia se siente aburrido? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9 - ¿con qué frecuencia ha tomado más medicación para el dolor que usted ¿se supone que? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 - ¿con qué frecuencia te preocupa que te dejen en paz? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 11 - ¿con qué frecuencia ha sentido un antojo de medicación? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 12 - ¿con qué frecuencia otros han expresado su preocupación por el uso de medicación? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 13 - ¿con qué frecuencia alguno de sus amigos íntimos tuvo un problema con alcohol ¿o drogas? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 14 - ¿con qué frecuencia han dicho otros que usted tenía un mal temperamento? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15 - ¿con qué frecuencia se siente consumido por la necesidad de obtener dolor medicación? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 16 - ¿con qué frecuencia se le agota el medicamento para el dolor temprano? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 17 - ¿con qué frecuencia los demás te han mantenido mereces? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 18 - ¿con qué frecuencia, en su vida, ha tenido problemas legales o ha sido arrested? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 19 - ¿con qué frecuencia ha asistido a una reunión AA o na? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 20 - ¿con qué frecuencia has estado en un argumento que estaba tan fuera de control t¿algulen se lastimó? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 21 - ¿con qué frecuencia ha sido abusado sexualmente? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 22 - ¿con qué frecuencia han sugerido otros que usted tiene un medicamento o alcohol problema? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 23 - ¿con qué frecuencia ha tenido que tomar prestado medicamentos para el dolor de su ¿familia o amigos? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 24 - ¿con qué frecuencia ha sido tratado por un problema de alcohol o drogas? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Por favor incluya cualquier información adicional que desee acerca de las respuestas anteriores.

Gracias.

Paciente Nombre: _____ Date: _____