

ADVANCED PAIN CONSULTANTS

KRAFT CENTER FOR PAIN CONTROL, LLC

Raimundo F. Leon, M.D.

Fecha: _____

Estimado: _____

La presente es para confirmar su cita con el Dr. León o con el Dr. Prater. Adjunto a esta carta, están las páginas con toda la información que necesitamos; como verá es un paquete bastante extenso. Por favor, complete el cuestionario y todas las demás páginas con la mayor información que Usted pueda brindarnos con referencia a su caso y su estado de salud actual; esto ayudará a nuestros Doctores con su diagnóstico y/o tratamiento. Toda duda o pregunta al respecto, será atendida el día de su cita.

Se le agradecerá que traiga lo siguiente el día de su cita, para evitar retrasos o la reprogramación de su cita.

1. *El paquete de información adjunto a esta carta (**completamente llenado**)*
2. *Sus tarjetas de seguro de salud*
3. *Su licencia de conducir o una identificación con foto.*
4. *Cualquier examen que se haya hecho, por ejemplo MRI, CT, o reporte de Rayos X*

Su cita está programada para:

DIA: _____ **HORA:** _____

Para su conveniencia, hemos incluido un mapa de las localidades de nuestra oficina. Será un placer para nosotros atenderlo. Muchas gracias por adelantado por su cooperación.

Oficina Principal (Oeste)
2650 Crimson Canyon Drive
Las Vegas, NV 89128

Oficina en Henderson
1701 Green Valley Parkway
Building 2, Suite B
Henderson, NV 89074

Oficina de Flamingo
2121 E. Flamingo Road
Suite 212
Las Vegas, NV 89119

Teléfono: 702-731-2642
Fax: 702-791-2070

ADVANCED PAIN CONSULTANTS

KRAFT CENTER FOR PAIN CONTROL, LLC

2650 Crimson Canyon Drive

Las Vegas NV 89128

(Office) 702-731-2642 - (Fax) 702-791-2070

Raimundo F. Leon, M.D.

Acceso de las demandas a la Compensación al Trabajador

El propósito de este formulario es para determinar si la condición médica, por la cual el médico le tratará, está o no está de alguna manera relacionada a un reclamo que pudiera ser considerado bajo las leyes de la Compensación al Trabajador (Worker's Compensation) . Al darnos esta información, podremos coordinar correctamente como dispersar la factura de su cuenta. **Si esto no aplica a su caso por favor marque NO y firme al final.**

1. La condición para la cual Usted está consultando al médico hoy se relaciona con una lesión que ocurrió mientras trabajaba.

Si _____ No _____

2. Usted ha llenado una demanda con la Compensación al Trabajador (Worker's Compensation)

Si _____ No _____

3. De ser SI, ¿cuando ocurrió la lesión?: _____

¿Que lesiones tiene? ¿Qué parte(s) de su cuerpo están relacionadas?

4. ¿Cual es el estado actual de la demanda a la Compensación al trabajador? (Worker's Compensation)

Caso Abierto _____ Caso Cerrado _____ Intentado abrir el caso _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

INFORMACION MÉDICA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Por favor, enumere todos los profesionales en la salud con quien se ha atendido, incluyendo (visitas al salón de emergencias, terapeuta físicos, médicos, quiroprácticos, Etc.,) sobre la condición médica que padece en este momento.

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Indique si ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas:

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Si | No | | Si | No | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Alergias (Fármacos) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hipertensión |
| | | _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sed Excesiva / Retención de Orina |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Condición Neurológica |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ulceras Estomacales | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ataque/Derrame Cerebral |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tiene sangre en (Encías, Recto, Nariz, Otro) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ataque Epiléptico |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Enfermedad Cardíaca/Dolor en el Pecho | | | |

¿En algún momento ha requerido tratamiento médico para el cuello, su espalda o sus extremidades inferiores?

Si **No**

¿En algún momento ha sufrido una lesión relacionada con el trabajo?

Si **No**

¿En algún momento ha estado involucrado en un accidente automovilístico?

Si **No**

Historial de Cirugías

<u>Tipo de Cirugía</u>	<u>Fecha</u>
Espina Dorsal	_____
Cuello	_____
Media Espalda	_____
Otras Cirugías:	
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor enumere todos los medicamentos que esté tomando y la razón por la cual los está tomando.

<u>Medicamento</u>	<u>Condición Médica</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor, enumere todos sus Rayos X, MRI, CT, EMG, EEG, Ultrasonidos, Myleogram, Otras Pruebas:

Prueba: _____	Fecha: _____	Lugar: _____
Prueba: _____	Fecha: _____	Lugar: _____
Prueba: _____	Fecha: _____	Lugar: _____

Por favor, enumere todos los medicamentos que toma para **EL DOLOR** e indique con un círculo cual le ha ayudado más.

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

CUESTIONARIO DEL DOLOR

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

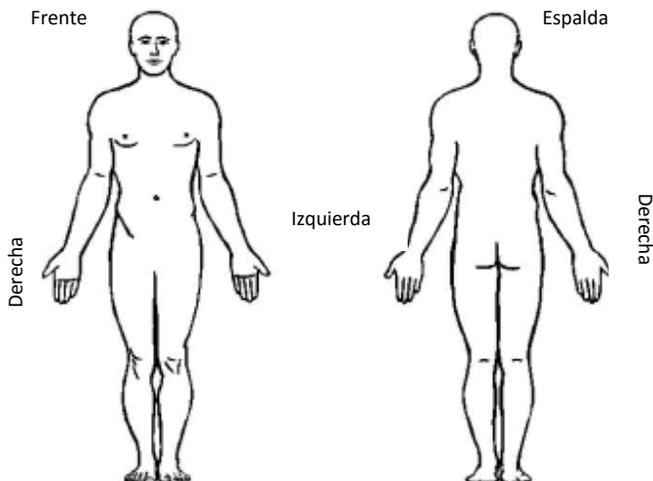
De acuerdo con el diagrama, por favor indique
donde siente dolor hoy.

**En esta gráfica, ¿Cómo calificaría el dolor que
siente en este momento?**

_____ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____

Describe el dolor que siente

Quemante Molestoso Agudo Palpitante
Continuo Intermitente Impreciso Soportable
Calambre Localizado en un Área Se mueve de localización
Como un tirón en alguna parte



Estatura: _____ (pies) _____ (pulgadas)

Peso: _____ (libras) Su Edad: _____

¿Cuándo comenzó el dolor que siente hoy? _____ (Fecha) ¿Hubo un accidente? **Si** **No** _____ (Fecha)

Describe lo que le sucedió: _____

¿Ha consultado con un abogado? **Si** **No** Nombre del abogado: _____

De los siguientes tratamientos, ¿cual le ha ayudado más para aliviar el dolor que siente?

Medicina	Quiropráctico	Terapia Física	TENS Unit	Hipnosis
BioFeedback	Cirugía	Bloqueos en las vías nerviosas	Psicología	Tratamientos para dolor

¿De los métodos nombrados, ¿cual le ha ayudado más y como ha sido su mejoría? _____

Enumere todas las medicaciones y/o inyección de material de contrastes a las cuales es ALERGICO: _____

ADVANCED PAIN CONSULTANTS

Información Personal Del Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F M
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
Teléfono Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono Trabajo: _____
Nombre del lugar donde trabaja: _____ Numero de su Seguro Social: _____
A que se dedica/su ocupación: _____
En caso de emergencia, debemos comunicarnos con:
Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

¿Qué parte de su cuerpo está relacionado con esta demanda? _____

Marque con una (X) el espacio para indicar la cobertura para esta lesión: Por favor marque solo uno.

1. _____ **Compensación del trabajador (Workmen's Comp)** 2. _____ **Seguro de Salud** 5. _____ **Con Efectivo**
3. _____ **Caso de Abogado** 4. _____ **Seguro del Auto/Med-Pay**

Ahora, llene la sección de acuerdo con su selección.

1. Compensación del trabajador (Workmen's Comp)

Compañía que está manejando la demanda: _____ Teléfono: _____
Persona de contacto: _____ # Demanda: _____ Fecha del Accidente: _____

2. Seguro de Salud

Compañía de Seguro: _____	Compañía de Seguro (Secundario): _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Asegurado: _____ Cumpleaños: _____	Asegurado: _____ Cumpleaños: _____
Seguro Social del Asegurado: _____	Seguro Social del Asegurado: _____
Lugar de Empleo: _____	Lugar de Empleo: _____
Número de Póliza: _____	Número de Póliza: _____
Número de Grupo: _____	Número de Grupo: _____

3. Caso de Abogado

Abogado: _____
Nombre del Bufete: _____
Teléfono: _____ Contacto: _____
Fecha de Lesión: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

4. Seguro del Auto / Med-Pay

Compañía de Seguro: _____
Teléfono: _____ Contacto: _____
Fecha de Lesión: _____
Asegurados: _____
Numero de Reclamo: _____
Era Ud. él: CONDUCTOR PASAJERO OTRO

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

ADVANCED PAIN CONSULTANTS

REVISION DE SINTOMAS

	Si	No
Constitucional		
¿Ha tenido perdida o aumento de peso recientemente?		
¿Ha tenido fiebre o escalofríos recientemente?		
¿Tiene sudores nocturnos?		
Neurologico		
¿Ha sufrido un derrame cerebral?		
¿Padece de dolores de cabeza frecuentes?		
¿Se ha desmayado?		
¿Ha tenido algún cambio con su Vision, Oido, Olfato, Sabor?		
Pulmonario		
¿Padece de tos cronica?		
¿Sangra o a sangrado cuando tose?		
¿Se ha despertado en la noche por falta de aire?		
Cardiovascular		
¿Ha padecido de un ataque al corazón?		
¿Tiene dolor de pecho?		
¿Padece de insuficiencia cardiaca?		
¿Tiene problemas con las válvulas del corazón?		
Genitourinario		
¿Ha tenido sangre en su orina?		
¿Padece de infecciones en el tracto urinario frecuentemente?		
¿Tiene historial de enfermedad renal?		
Vias Digestivas		
¿Tiene historial de ulceras?		
¿Sufre de vómitos o nauseas?		
¿Alguna vez a vomitado sangre?		
¿Ha tenido problemas del hígado?		
Muscoloesqueletico		
¿A notado inflamación, rojez o dolor en sus coyunturas?		
¿Padece de erupciones en la piel?		
¿Sufre de calambres en sus músculos con frecuencia?		
Psiquiatrico		
¿Ha tenido algún problema psiquiátrico?		
¿Ha tenido algún historial de depresión?		
¿Ha consultado con algún psiquiatra o psicólogo?		
Hematologica		
¿Ha tenido historial de anemia?		
¿Sangra o se le forman moretones fácilmente?		