PAIN SPECIALISTS
OF SOUTHERN OREGON

Estimado Señor o Señora,

Bienvenido a Pain Specialists del sur de Oregón. Estamos comprometidos a proporcionarle servicios clínicos y de manejo del dolor intervencionista de última generación. Gracias por elegirnos por su cuidado.

Joseph Savino, M.D., George Johnston, D.O. , Erica Bohan, M.D. están entrenados en medicina del dolor . El Dr. Savino está certificado por la junta en Anestesia, con una certificación de subespecialidad en Pain Management. El Dr. George Johnston está certificado por la junta en Medicina Física y Rehabilitación, con una certificación de subespecialidad en Manejo del Dolor. La Dra. Erica Bohan está certificada en Anestesia con una certificación de subespecialidad en Medicina del Dolor. Su objetivo es asociarse con el médico de referencia para optimizar su atención.

CITAS Adjunta
encontrará varios formularios. Por favor complete cada formulario y llévalos a su cita. Por favor, también traiga registros, imágenes en discos o CDs, e informes de imágenes relacionados con su condición.

Le pedimos que llegue a su primera cita al menos 30 minutos antes, por lo que tener la oportunidad de recopilar y organizar sus registros. Esperamos conocerlo. Por favor, no dude en ponerse en contacto conmigo directamente con preguntas.

POLÍTICA FINANCIERA
Participamos con la mayoría de las principales compañías de seguros. Los copagos y/o los pagos de coseguro se deben pagar en el momento del servicio. Para los pacientes que no tienen seguro y no pueden pagar en su totalidad en el momento de servicio, póngase en contacto con nuestra oficina antes de su cita para discutir un plan de pago financiero.
Como conveniencia para nuestros pacientes, aceptamos efectivo, cheques y/o VISA/MasterCard/Discover y American Express.Nuestra oficina factura su seguro para las tabletas Celeri- Blue. Si su seguro aplica ese servicio hacia su deducible anual, entonces usted puede recibir una factura.

INDICACIONES PARA LLEGAR A LA OFICINA De
grants pass: tome la salida del LAGO
CRATER HWY, salga 30 gire a la izquierda en el lago del cráter HWY Gire a
la derecha sobre la RAMPA DE BIDDLE RD
Dé
vuelta a la izquierda sobre EL BIDDLE RD. dé
vuelta a la izquierda sobre E JACKSON ST. dé
vuelta a la izquierda sobre el del LAGO DEL CRÁTER
gire a la izquierda sobre bennett AVE

Termina en 825 Bennett Ave Medford, O 97504

De Ashland:

Tome la salida del LAGO DEL CRÁTER HWY, SALGA 30 entre en el CARRIL DE LA MANO EXTREMA DERECHA en la rampa de salida de la autopista gire a la derecha sobre la RAMPA DE BIDDLE RD dé vuelta a la izquierda sobre el BIDDLE RD. dé vuelta a la izquierda sobre E JACKSON ST. gire a la izquierda sobre el LAGO DEL CRÁTER AVE dé vuelta a la izquierda sobre bennett AVE end en 825Bennett Ave Medford , OR 97504

Especialistas en dolor del sur de Oregón
P (541) 779-5228 F (541) 772-1533

PAIN SPECIALISTS OF SOUTHERN OREGON

Demografía

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
última Primero M.i

Soc Sec#: _____ - _____ - _____ Controladores Lic#: _____ Estado civil: _____

Idioma: Inglés: _____ Otros: _____ Carrera: _____ Grupo étnico: _____

Dirección física: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de inicio: _____ teléfono celular: _____

Aceptar dejar un mensaje detallado? Yes___ o No_____ Aceptar para enviar un mensaje de texto? Yes____ o No_____

Dirección de correo electrónico: _____

Empleador: _____ Teléfono del empleador:____ contacto

de emergencia: _____ Relación: _____ Phone: _____

Proveedor de referencia: _____ Teléfono: _____

Proveedor de Atención Primaria: _____ Teléfono: _____

Nombre de la farmacia: _____ Ciudad: _____ Phone: _____

Visita relacionada con: Composición de trabajo: ☐ Sí ☐ No O Accidente automovilístico: ☐ Sí ☐ No

PAIN SPECIALISTS OF SOUTHERN OREGON

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo_____, por la presente autorizar
Nombre del paciente

Especialistas en Dolor del Sur de Oregón para publicar información sobre mi:

☐ Información médica

☐ Información de facturación

Información de citas ☐

☐ Otros: _____

*Requerido por los especialistas en dolor del sur de Oregón:

*Proveedor de referencia: _____
Nombre

*Proveedor de atención primaria: _____
Nombre

Si así lo solicita:

_____
Nombre Relación Número de teléfono

_____
Nombre Relación Número de teléfono

_____
Nombre Relación Número de teléfono

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

_____
Firma representativa Relación Fecha

PAIN SPECIALISTS OF SOUTHERN OREGON

ATENCIÓN AVANZADA

¿Tiene un representante de atención médica en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones médicas?

☐ Sí

☐ No

Nombre del designado: _____ Número de teléfono: _____

¿Tienes un testamento vital?

☐ Sí

☐ No

¿Qué declaración refleja mejor sus deseos sobre las recomendaciones de atención avanzada?

☐ No intubar: No deseo tener un tubo de respiración, incluso si es necesario para salvar mi vida.

☐ No resucitar: Si mi corazón se detuviera, no deseo tener compresiones torácicas o un desfibrilador externo automático para reiniciar mi corazón, incluso si es necesario para salvarme la vida.

☐ reanimación cardiopulmonar completa: Quiero que se hagan esfuerzos completos de reanimación cardiopulmonar.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

_____

Firma representativa Relación Fecha

PAIN SPECIALISTS
OF SOUTHERN OREGON

Etiqueta del paciente

NUEVO INTERROGADOR DE PACIENTES

Apellido _____ Nombre _____ Nombre medio _____ Hombre/Mujer _____ Edad _____

Médico De Referencia: _____

POR FAVOR, GIRE UNA Y COMPLETAN OTRO LADO

Médico de familia: _____

Cuándo comenzó tu dolor? _____
Hubo un evento de incitación? _____
El dolor es el mismo/mejor/peor? _____

Rodea la lombriz d s beowl que descn .be vour dolor:

Arde	Persistente	Agudo	Constante
Eléctrico	Palpitante	Punzante	Ocasional
Picazón	Insensibilizado	Disparos	Frecuente
Adormecer	Calambres	Picadura	Raro

Circule el número que describe su dolor en reposo:
0 1 2 3 4 s 6 7 8 9 10
Sin dolor — El peor dolor imaginable

Circule el número que describe su dolor con movimiento: 0 1 2 3 4 s 6 7 8 9 10
Sin dolor — El peor dolor imaginable

En los últimos 7 días, cómo calificaría su dolor en promedio?
0 1 2 3 4 s 6 7 8 9 10
Sin dolor — El peor dolor imaginable

lo que haría su tratamiento aquí vale la pena?:
_____
_____

Qué mejora tu dolor? (es decir, sentado, acostado abajo, calor, frío, de pie, etc._ _____
_____

Qué empeora tu dolor? (es decir, movimiento, caminando, inclinándose, el clima, etc.) _____
_____

Circule las actividades que se ven afectadas BV V nuestro ain:

Slee p	Ocio	Tareas de la casa
Trabajo/escuela	Socializar	Acto de sexual ty

Otros:_____

Sombree las ubicaciones y ou tienen p Ain:

Su dolor irradia de un lugar a otro? (Y/N)

Algún entumecimiento? (Y/N) Si es así, dónde?_____
Debilidad? (Y/N) Si es así, dónde?_____ incontinencia vesical? (Y/N)
incontinencia intestinal? (Y/N) Dolor nocturno? (Y/N)
Fiebre y/o escalofríos? (Y/N)
Pérdida de peso inexplicable? (Y/N)
Tu dolor afecta tu estado de ánimo? (Y/N)
Su dolor perturba su sueño? (Y/N)

Estás en anticoagulantes? (Y/N) En caso afirmativo, cuál ?
_____

Cuándo fue su resonancia magnética más reciente de la zona que tener dolor? _____

Medicamentos circulares y ou han utilizado para p Ain:

Tlenol	!burofen	Naroxen	Celecoxib
Tramadol	Codeína	Dilaudid	Fentanyl
Hydrocodone	Metadona	Morphine	Oxycodone
Buprenorphine	Nortriptyline	Lyrica	Gabapentin
Amitriptyline	Desipramine	Topamax	Baclofen
Duloxetina	Venlafaxina	Flexeril	Tizanidina

Otros: ----------

Circle previous treatments you have had for pain:

Acupuncture	Biofeedback	Chiropractor
Epidural	Facet block	Nerve block
Other injection	Physical therapy	Psychotherapy
TENS	Surgery	Trigger points

Circle the number that describes your **function**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bedbound Full physical activity

Are you able to maintain your house (chores)?

Yes No

Are you able to go shopping for yourself?

Yes No

Are you able to prepare your own meals?

Yes No

Do you have:

High blood pressure	Yes	No
Diabetes (high blood sugar)	Yes	No
Obstructive Sleep Apnea (OSA)	Yes	No
Cancer	Yes	No

Type: _____

Other Medical Conditions (please list)

_____

_____

Have you had:

Neck Spine surgery	Yes	No
Low Back Spine surgery	Yes	No
Other:	Yes	No

_____

Social History

Do you use tobacco products? (Y/N) _____

If former smoker, quit date? _____

Do you drink alcohol? (Y/N) _____

Do you use illegal drugs? (Y/N) _____

Are you married/single/divorced/widowed? (circle)

What is your occupation? _____

Do you have disability or a pending legal case? (Y/N)

Highest grade level completed? _____

Family History

Circle any of the following that run in your family:

Similar pain	Arthritis	Cancer
Depression	Stroke	Heart disease
Diabetes	Bleeding disorder	Substance abuse

Patient Signature: _____

Date: _____ **Time:** _____

Review of Systems

Circle all present (or recent) signs or symptoms

Constitutional

Change in Appetite	Chills	Sweating
Fever	Fatigue	Weight Change

HEENT

Facial Swelling	Neck pain	Neck stiffness
Ear discharge	Hearing loss	Ear Pain
Congestion	Sinus Pressure	Sore Throat

Eyes

Eye Pain	Eye Redness	Photophobia
Visual disturbance		

Respiratory

Apnea	Chest tightness	Cough
Shortness of breath	Wheezing	

Cardiovascular

Chest pain	Pacemaker	Palpitations
Anticoagulation	Hypertension	Cardiac Stent

Gastrointestinal

Abdominal Pain	Diarrhea	Nausea/vomiting
Ulcers	Constipation	Rectal Pain

Endocrine

Heat intolerance	Cold Intolerance	Increased urination
High glucose	Thyroid disease	

GU

Difficulty urinating	Hesitancy	Flank pain
Frequency	Urgency	Incontinence

Musculoskeletal

Arthralgia	Back Pain	Gait Disturbance
Joint Swelling	Myalgia	Fibromyalgia

Skin

Color Changes	Rash	Pallor
Wounds	Pain to light touch	Swelling

Allergy/Immune

Tape allergies	Food allergies	Immunocompromised

Neuro

Headache	Lightheadedness	Numbness
Seizures	Dizziness	Weakness
Tremors	Speech Changes	Confusion

Hematologic

Blood thinners	HIV	Bleeding disorder

Psychiatric

Agitation	Suicidal thoughts	Confusion
Dec. Concentration	Sleep disturbance	Hallucinations
Substance abuse	Nervous	Depression

Specific question/concern: _____

_____

_____

Provider Notes:

PAIN SPECIALISTS OF SOUTHERN OREGON

Alergias:

Medicación	Reacción

Medicamentos:

Nombre	Miligramo	Cantidad por día

PAIN SPECIALISTS
OF SOUTHERN OREGON

SIN POLÍTICA DE ESPECTÁCULOS/CITAS PERDIDAS

Los especialistas en dolor del sur de Oregón entienden que a veces necesita cancelar o reprogramar su cita y que hay obligaciones familiares o emergencias. Si no puede mantener su cita , llámenos lo antes posible (con al menos un aviso de 24-48 horas). Puede cancelar citas llamando al siguiente número: 541-779-5228

Para garantizar que cada paciente reciba la cantidad adecuada de tiempo asignado para su visita y proporcionar la atención de la más alta calidad, es muy importante que cada paciente programado asista a su visita a tiempo. Como cortesía de , se le realiza una llamada de recordatorio de cita o se intenta uno (1-2) días hábiles antes de su cita programada. Sin embargo, es responsabilidad del paciente llegar para su cita en tiempo.

POR FAVOR REVISE LA SIGUIENTE POLÍTICA:

1. Por favor, cancele su cita con al menos un aviso de 24-48 horas: Hay una lista de espera para ver nuestros proveedores de y siempre que sea posible, nos gusta llenar espacios cancelados para acortar el período de espera para nuestros pacientes.
2. Si se da una cancelación de menos de 24-48 horas, esto se documentará como una cita de "No-Show".
3. Si no se presenta a la oficina para su cita, esto se documentará como una cita de "No-Show".
4. Si tiene una cita de "No-Show/Missed", puede recibir una tarifa sin show de $25.00.
5. Se puede considerar el despido de la práctica.

He leído y entiendo a pain specialists of Southern Oregon "No Show/Missed Appointment Policy" y entiendo mi responsabilidad de planificar las citas en consecuencia y notificar a nuestra clínica apropiadamente si tengo dificultades para mantener mis citas programadas.

_____ _____ _____ nombre del paciente

Fecha de nacimiento Fecha

_____ firma del paciente o padre/tutor si es menor de edad

_____ relación con el paciente

_____ firma del pentagrama

_____ _

Gracias por su comprensión y cooperación mientras nos esforzamos por satisfacer mejor las necesidades de nuestros pacientes

PAIN SPECIALISTS OF SOUTHERN OREGON

POLÍTICA FINANCIERA

Tenga la seguridad de que todos en esta práctica brindan atención médica en la más alta calidad posible a todos nuestros pacientes, en un ambiente de cuidado, confianza y respeto mutuo.

Su comprensión completa de sus responsabilidades financieras es esencial; la siguiente es nuestra política financiera de que todos los pacientes están obligados a leer y firmar antes de ver a un proveedor de atención médica. Por favor, háganos saber si necesita alguna aclaración sobre nuestras políticas de pago.

Por favor, presente a la oficina una forma de pago para cumplir con sus obligaciones financieras con su proveedor de seguros y con su proveedor de atención médica . Aceptamos efectivo, tarjeta de débito, cheque, MasterCard, Visa, Discover y American Express.

Usted es responsable de todos los copagos, coseguros, deducibles y servicios no cubiertos. Estamos obligados a recoger su copago en el momento del servicio por su compañía de seguros. Por favor entienda que no podemos renunciar a deducibles, coseguros o copagos que requiere su seguro. La parte del pago del paciente vence en el momento del servicio a menos que se hayan hecho arreglos previos con la oficina de negocios.

Aceptamos la asignación con la mayoría de las principales compañías de seguros y los planes de proveedores participantes. Sin embargo, tenga en cuenta:

1. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. Nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros.
2. Todos los cargos son su responsabilidad si su compañía de seguros paga o no (en la medida en que el seguro obligación contractual).
3. Los cheques devueltos estarán sujetos a cualquier cargo bancario cobrado a nuestra oficina, además de una tarifa de servicio, y se facturarán para ti.
4. Los saldos no pagados están sujetos al proceso de cobro.

Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su saldo. Los saldos no pagados dentro de los 90 días serán entregados a una agencia de cobros externos, a menos que se hayan hecho arreglos de pago previos con nuestra oficina de negocios. pacientes entregados a una agencia de recolección también dejarán de ser pacientes de especialistas en dolor del sur de Oregón.

Debido a las dificultades impuestas a la práctica y otros pacientes, las citas programadas que se pierdan, se cancelen y /o reprogramadas con menos de 24 horas de anticipación darán lugar a una tarifa y también pueden resultar en el alta de la práctica. La tasa por citas perdidas se determina en función del nivel de dificultad que impuso a la práctica. Esta tarifa no será cubierta por su seguro y debe ser pagada antes de que usted vea al proveedor de atención médica.

Las recetas proporcionadas fuera de una visita a la oficina debido a citas perdidas, canceladas y/o reprogramadas están sujetas a una tarifa y se requerirá el pago en el momento en que se proporcione la receta.

He leído y entiendo a los especialistas en dolor de la "Política Financiera" del sur de Oregón como se describió anteriormente.

Firma del paciente/Firma autorizada Fecha

Nombre impreso del paciente / Nombre impreso del firmante autorizado Relación con el paciente si no es paciente

Autorización para liberar y asignar beneficios de seguro: Autorizo la divulgación de cualquier información requerida para actuar sobre cualquier reclamación de seguro y permitir la fotocopia u otra reproducción facsímil de esta autorización para ser utilizada en lugar de la asignación original. Por la presente asigno a pain specialists del sur de Oregón los beneficios médicos y/o quirúrgicos que tengo derecho de mi compañía de seguros y/o Medicare. Esta autorización está en vigor para todas las reclamaciones futuras hasta que elijo revocarla por escrito.

Firma del paciente/Firma autorizada Relación con el paciente si no es paciente Fecha