



18102 Irvine Blvd Suite 208  
Tustin CA 92780  
Phone 714 371-9000 Fax 714 730-2720

10610 Lower Azusa Road  
El Monte, CA 91731  
Phone 626 279-1855 Fax 626 279-9455

[www.americanpain.us](http://www.americanpain.us)

**MIGUEL A. DOMINGUEZ, MD, FIPP**  
**Miguel Dominguez, M.D. FIPP**  
**Medical Director, American Pain Institute, Inc**  
**Fellow Interventional Pain Practice**  
**Diplomate of American Board of Anesthesiology**  
**Diplomate of American Board of Pain Medicine**  
**Subspecialty Certification in Pain Medicine ABA**  
**Certification in Controlled Substances ASIPP**

Estimada: \_\_\_\_\_

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

**Nuestro cargo por servicio incluye lo siguiente:**

1. Entrevistandome con usted, proviendo una evaluacion inicial asi como desarrollando un tratamiento.
2. Discutiendo su cuidado y proviendo una experiencia positiva.
3. Revisando su expediente y sus records medicos.
4. Evaluacion de prueba de laboratorio y revisando resultados de su examen fisico, si tiene uno.
5. Comunicandome con el equipo que esta trabajando con su tratamiento.
6. Cualquier entrevista o discusion con familiares.
7. Tiempo utilizado con su aseguranza para ayudarlo a obtener reembolso.
8. Escribiendo notas en su expediente.
9. Escribiendo ordenes y revisando sus medicamentos.
10. Cambio de medicamentos apropiadamente.
11. Llamadas el staff y de otros envueltos con su cuidado y tratamiento – con su permiso.
12. Cualquier carta que necesite ser mandada para su compania de seguro.
13. Plan de seguimiento y plan de baja.
14. Disponibilidad correspondiente con su cuidado y consulta con nuestro staff.

**Como puede ver, entrevistandome con usted is solo una pequeña parte de lo que es necesario para la coordinacion de su cuidado y tratamiento. Porque el manejo del dolor puede ser acompañado por problemas secundarios como la perdida de una funcion, ansiedad y depression y es necesario y requerido por el estado y reglas federales acerca de preguntas psicologicas.**

Estamos felices de estar disponibles para usted y sus familiares (con su consentimiento) and cualquiera envuelto con su cuidado y tratamiento. Existen otras cosas que estan envueltas en el tratamiento de un paciente. Hay un cargo extra por un extensivo tiempo en el telefono, revisando documentos y records o escribiendo cartas detalladas en su nombre.

Gracias por dejarnos servirle.



www.americanpain.us

18102 Irvine Blvd. Ste.208 Tustin CA 92780  
Tel : 714-371-9000 Fax : 714-730-2720

**Miguel A. Dominguez, M.D.**

**INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE**

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 APELLIDO DEL PACIENTE      PRIMER NOMBRE      SEGUNDO      TELEFONO DE LA CASA

\_\_\_\_\_  
 DIRECCION ACTUAL      CIUDAD      ESTADO      CODIGO POSTAL

\_\_\_\_\_  
 NUMERO DEL SEGURO SOCIAL      FECHA DE NACIMIENTO      EDAD      SEXO:  MASCULINO       FEMENINO  
 DIVORCIADO(A)      STATUS:  SOLTERO(A)       CASADO(A)     

\_\_\_\_\_  
 PADRE/GUARDIAN LEGAL

\_\_\_\_\_  
 OCUPACION      NUMERO LICENCIA DE MANEJO      TELEFONO DEL TRABAJO

\_\_\_\_\_  
 EMPRESA DONDE TRABAJA      DIRECCION DE LA EMPRESA

\_\_\_\_\_  
 PERSONA PARA CASOS DE EMERGENCIA      RELACION      TELEFONO

\_\_\_\_\_  
 COMPANIA DE SEGUROS      A NOMBRE DE QUIEN:  YO       ESPOSO(A)       OTRO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 REFERIDO POR

**ASIGNACION DEL SEGURO:** Yo autorizo que se facilite cualquier información médica necesaria para procesar los reclamos a mi compañía de seguros..

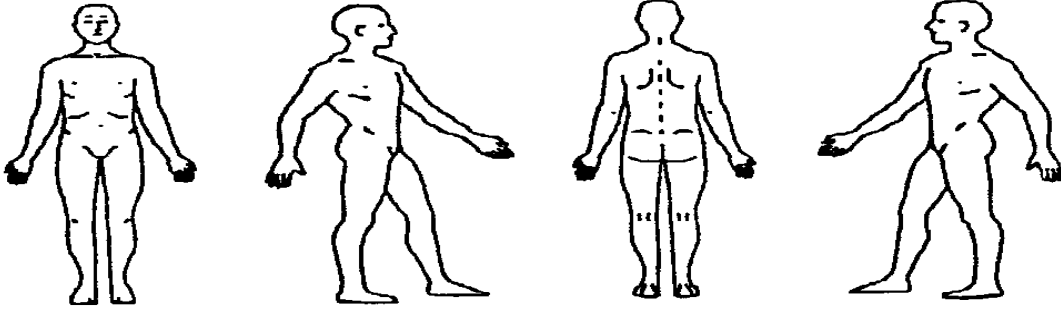
**ASIGNACION DE PAGO:** Por la presente autorizo que se pague directamente a Miguel A Dominguez, M.D, por los servicios prestados que de otra manera tendrían que ser pagados por mí. Yo entiendo que soy responsable financieramente por todos los cargos ya sea que estén cubiertos o no cubiertos por mi seguro. Además también estoy de acuerdo en que una fotocopia de esta autorización y esta asignación de pago, será considerada lo mismo que el original.

**ACUERDO DE COBRANZA:** Entiendo que si bien el Dr. Dominguez puede mandar mi factura al seguro por cortesía, yo seré responsable por el pago de la cantidad requerida apenas reciba la factura por servicios prestados de buena fe. Si esta cuenta fuera enviada a un abogado o a una agencia de cobranzas, estoy de acuerdo en pagar cualquiera y todos los gastos relacionados con la cobranza de cualquier saldo que se deba, sabiendo que estos gastos pueden ser iguales o más altos que la cantidad que se considera atrasada.

He leído, entendido y autorizo todo lo mencionado anteriormente.

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

Indique con un circulo donde esta su dolor?



1. Describa su dolor. Indicar con un círculo aquellos que aplican a usted.

ardor que quema  
piquetes  
pulsaciones

jaloneos  
presión  
tensión

entumecimiento  
extiende a \_\_\_\_\_  
otro: \_\_\_\_\_

Mi dolor es:  
constante      crónico  
intermitente      agudo  
otro: \_\_\_\_\_

2. ¿Cómo y en qué fecha comenzó su dolor?

3. ¿Qué tratamientos ha recibido en el pasado. Tubieron resultados positivos? (terapia fisica, medicina, inyecciones, etc.)

4. ¿Qué medicamentos ha tomado en el pasado y explique si tuvieron resultados positivos o no?

5. ¿Qué otras cosas deberiamos saber para ayudarle a mejor su dolor?

6. Por favor explique cuáles son sus objetivos/metas con el tratamiento propuesto:

**Restricciones de Trabajo: Marcar y llenar las que aplican a usted.** \_\_\_\_\_ No Trabajo

- \_\_\_ No puedo levantar o llevar algo más pesado que \_\_\_\_\_ lbs
- \_\_\_ No puedo realizar cualquier trabajo riguroso
- \_\_\_ Necesito tomar descansos durante el día cada cuando sea necesario
- \_\_\_ No puedo permanecer sentado(a) más tiempo que \_\_\_\_\_ minutos/horas continuamente
- \_\_\_ No puedo permanecer parado(a) más tiempo que \_\_\_\_\_ minutos/horas continuamente
- \_\_\_ No puedo escalar/subir                      \_\_\_ No acuclillarme/acurrucarme
- \_\_\_ No puedo arrodillarme                      \_\_\_ No puedo doblar el cuerpo excesivamente
- \_\_\_ No puedo agarrar cosas facilmente    \_\_\_ No puedo torcer el cuerpo excesivamente
- \_\_\_ No puedo empujar/jalar nada más pesado que \_\_\_\_\_ libras
- \_\_\_ Otra cosa: \_\_\_\_\_

## Acuerdo de Medicinas Controladas a Largo Uso para Dolor Cronico

### POR FAVOR PONGA SUS INICIALES EN CADA PARRAFO DESPUES DE LEERLO

\_\_El propósito de este Acuerdo es evitar cualquier mal entendido acerca de algunas de las medicinas que usted tomará para controlar su dolor. Esto servirá para ayudar tanto a usted como al doctor, para que cumplan con los reglamentos relacionados con los medicamentos controlados por la ley. Este acuerdo refiere a medicinas de uso a largo termino que incluye opios (narcoticos, analgesicos), tranquilizantes con benzodiazepines, y sedantes con barbiturate. Su uso es una controversia porque es incierto que provean beneficios a largo plazo. Hay tambien un riesgo de un desorden addictivo que desarrolla la persona que ha tenido una adiccion anterior. Lo extenso de este riesgo no es certero.

\_\_Debido al potencial de abuso por estas drogas, es necesaria una estricta responsabilidad cuando su uso es a largo termino. Por esta razon las siguientes polizas son para que usted las entienda, el paciente, como consideracion por, y una condicion de, la aceptacion de el medico/asistente medico para iniciar y/o continuar prescribiendo medicamentos controlados para tratar su dolor cronico.

\_\_El medico/asistente medico que le prescribe medicamento tiene permiso para discutir todos los diagnosticos, nuestros records de administracion de medicamentos controlados y detalles del tratamiento con las autoridades legales, incluyendo farmacistas u otro profesional medico que le provee cuidado medico.

\_\_Reconozco que hay muchas maneras de aliviar el dolor crónico, incluyendo: acupuntura, estimulación, terapia física, hypnosis, bloqueo de nervios, terapia de psicología y medicinas no-opioides. Estos métodos han sido utilizados sin éxito o no son aceptados por mi como única forma de tratamiento para el dolor.

\_\_Me comunicaré completamente con mi doctor para describir la intensidad y las características de mi dolor, el efecto que causa el dolor a mi vida diaria, si los medicamentos están ayudando a aliviar el dolor y efectos secundarios o cualquier medicamento nuevo o condicion medica.

\_\_También entiendo que los opioides que se mencionan arriba y que me serán recetados, me crearán dependencia, o como comunmente refiere "adiccion fisica". Pacientes puede tambien desarrollar tolerancia hacia el medicamento. Detener abruptamente el medicamento puede causar un syndrome de privación " syndrome de abstinencia". Probablemente tendré sintomas de los cuales pueden incluir: secrecion de la nariz, fatiga, diarrea, nausea, vomito, fiebre, convulsions, irritabilidad, dolor muscular, síntomas parecidos al resfrío, escalosfríos, dolores de cabeza, pérdida de apetito, depression, y el dolor puede volver. En este caso, mi doctor disminuirá la medicina durante un período de tiempo de varios días, como sea necesario, para evitar los síntomas de privación.

\_\_No compartiré, ni venderé, ni intercambiaré, ni permitiré que otros tengan acceso a estos medicamentos. No utilizaré ninguna sustancia ilegal, inuncluyendo alcohol, marijuana, cocaína, etc. Debido a los efectos secundarios más comunes de las medicinas opios, tales como mareo o sueño no maneje ni utilice maquinaria pesada hasta que usted sepa cuál es su reacción a la medicina. El tomar esta medicina sola o junto con otras medicinas puede disminuir su capacidad para manejar o utilizar maquinaria. Es expectante que los pacientes tomen el mas posible alto cuidado con sus medicamentos y prescripciones. Estas drogas pueden ser peligrosas y letales para una persona que no tolera sus efectos, especialment los niños; debera mantenerlos fuera de su alcance. Estoy de acuerdo en dejar que me tomen análisis de sangre u orina si es requerido por el doctor para constatar si estoy cumpliendo con el programa de medicinas para controlar el dolor. Presencia de sustancias no autorizadas pueden resultar en referirlo a un programa de dependencia de drogas y puede que el medico lo de de baja de su oficina.

\_\_Debere entender que cualquier tratamiento medico is inicialmente una prueba. Continuando con prescripciones es una evidencia de beneficio.

**\_\_Estoy de acuerdo en tomar mi medicina según la dosis recetada e indicada por mi medico. No cumplir con esto y hacer uso impropio del medicamento no sera reemplazado y puede resultar en my baja de la oficina.**

\_\_Cooperare con los analisis de orina para prueba o si es requerido por el Dr. Dominguez o el Asistente medico.

\_\_Traeré toda la medicina que no utilice cada vez que visite la oficina del doctor. Proveere una lista de todos los medicamentos que estoy tomando.

**\_\_Con exepciones escritas, estoy de acuerdo en solo obtener medicinas controladas por el medico o asistente medico listados al final y utilizar una farmacia. Si a cualquier tiempo necesito cambiar mi farmacia, notificare a la oficina y re-firmare my acuerdo de medicamentos. Muchas Fuentes pueden causar una peligrosa interaccion entre las drogas o una pobre coordinacion del tratamiento. No tempranos rellenos solo que sea justificable.**

\_\_Estoy de acuerdo en solo usar esta farmacia:

Por la aprobacion del doctor: Estoy de acuerdo en solo usar \_\_\_\_\_ Farmacia,  
Localizada en \_\_\_\_\_, numero de telefono \_\_\_\_\_.

\_\_Entiendo que si no cumpla con las polizas escritas de este acuerdo puede resultar en que el doctor para my terapia con medicamentos controlados prescritos por esta oficina.

**\_\_Entiendo que si quiebro este acuerdo, my doctor dejará de recetarme estos medicamentos controlados para el control de mi dolor.**

\_\_Entiendo que el Centro para el Dolor no puede hacer nada de lo siguiente:

\*Rellenar mi receta de triplicado por teléfono, en las noches, durante los fines de semana y en los días feriados.

\*Rellenar mi receta de triplicado antes de mi cita. Tempranos rellenos generalmente no son dados.

\*Rellenar mi receta de triplicado si mi medicina se pierde, es robada, es mojada, es destruida, olvidada en otro lugar, etc. si su medicamento ha sido robado y usted completo un reporte de policia para su defensa, una exepcion puede hacerse.

Prescripciones pueden hacerse por el medico con anterioridad si el paciente estara fuera de la ciudad cuando su medicamento se le termine. Estas prescripciones continuaran con instrucciones al farmcista de que no se puede surtir hasta la fecha apropiada.

**Mujeres:** Si yo quedara embarazada, entiendo que mi bebé también pudiera volverse adicto a la medicina. Defectos de nacimiento pueden ocurrir si la madre esta en tratamiento o no y existe la posibilidad de que el embarazo resulte en algun defecto(s) de nacimiento mientras este tomando estos medicamentos.

**Hombres:** En particular con el uso cronico de opios existe la asociacion con niveles bajos de testosterona. Esto puede afectar su estado de animo, su sexualidad and su sexual/fisico desempeno. Entiendo que mis niveles de testosterona pueden ser monitoriados.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL MEDICAMENTO**

Este es un consentimiento acerca de la utilizacion de medicamentos controlados y de medicamentos descritos anteriormente que pueden usarse para manejar su problema de dolor.

\_\_He leído este documento enteramente y lo he entendido. Estoy de acuerdo en seguir estos requisitos que me han sido ampliamente explicados. Todas mis preguntas y preocupaciones relacionadas con el tratamiento han sido contestadas adecuadamente. Una copia de este d

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Firma del doctor o Representatante Autorizado \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_