



(702) 747-4799 (702) 747-4667

Oficina Del Norte | 3970 W. Ann Road., Suite 100, North Las Vegas, 89031
Oficina Central | 5550 W. Flamingo, Suite A-2, Las Vegas, NV 89103
Oficina del Sur | 8475 S. Eastern Ave. Suite 203, Henderson, NV 89123

CUESTIONARIO INICIAL DE LAS LESIONES PERSONALES

¡Bienvenido a DiMuro Pain Management! Esta práctica fue creada por el Dr. John DiMuro poco después de completar su servicio de gobierno como Director Médico del Estado de Nevada bajo el gobernador Brian Sandoval. Nos complace que haya elegido nuestra práctica para el tratamiento de sus quejas de dolor. Nuestra oficina está totalmente equipada para diagnosticar y tratar cualquier tipo de queja de dolor. Sin embargo, para brindar la mejor atención general, necesitamos cierta información sobre usted.

Mientras todos odiamos completar el papeleo, **es extremadamente importante que nuestra oficina obtenga esta información.** Como muchos pacientes que sufren una lesión han contratado representación legal, la información que proporciona aquí es parte del registro médico legal y servirá como el documento de registro de nuestra práctica con respecto a su lesión y su historial médico completo. Mientras completando este formulario inicial puede llevar mucho tiempo, comprenda que muchas de las recomendaciones hechas por nuestros proveedores de DPM, incluidos los medicamentos recetados, los estudios de imágenes y la terapia de inyección, se verán afectados no solo por los detalles de su lesión, sino también por su historial médico también. Por ejemplo, si usted tiene cáncer, alergias a medicamentos, tiene metal en su cuerpo o incluso usar anticoagulantes, las opciones de tratamiento pueden variar ya que esta información afectará directamente su atención médica.

Si la información solicitada en este simple cuestionario parece redundante, comprenda que cada especialista médico puede necesitar obtener información diferente a la de otros especialistas. **El tratamiento del dolor es una subespecialidad médica muy singular** eso requiere información adicional que, si no se proporciona en este documento, tendrá que ser obtenida en algún momento durante su visita de hoy. Es probable que piense por qué tengo que responder las mismas preguntas de nuevo ya que "ya completé esto para otro médico." Tenga en cuenta que los consultorios médicos no hacen que sea un proceso simple compartir sus registros médicos y confiamos en la información que proporciona en este documento como base para nuestra toma de decisiones médicas.

Gracias por tomarse el tiempo para completar este paquete informativo. Le damos la bienvenida a nuestra práctica y esperamos trabajar con usted durante su recuperación.

Personal de DPM

File #:

Rev.



DIMURO PAIN MANAGEMENT

(702) 747-4799 (702) 747-4667

Oficina Del Norte | 3970 W. Ann Road., Suite 100, North Las Vegas, 89031
Oficina Central | 5550 W. Flamingo, Suite A-2, Las Vegas, NV 89103
Oficina del Sur | 8475 S. Eastern Ave. Suite 203, Henderson, NV 89123

CUESTIONARIO INICIAL DE LAS LESIONES PERSONALES

Fecha de Cita

Form with fields: Número de Teléfono, Día, Mes, Año

Form with field: Email

Preferencia de Idioma:

Form with checkboxes: Inglés, Español, Otra, Por favor Indicar

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Form with field: Primer Nombre Legal

Form with field: Apellido Legal

Form with field: Dirección

Fecha de Nacimiento

Usted es

Form with fields: Día, Mes, Año, Diestro, Zurdo, Ambidextro

Sexo

Altura

Peso

Form with fields: Masculino, Femenina, Pies, Pulgadas, Libras

DETALLES DE LESIONES

Form with question 1: ¿Su lesión se debe a un accidente de vehículo motor? Sí No

Form with question 2: Si su lesión se debe a algo que no es un accidente de vehículo, pase al número 14

Form with question 3: ¿Estaba trabajando en el momento del accidente? Sí No

Form with question 3: En caso afirmativo, ¿Cuál es el nombre de la compañía para la que trabajaba en el momento del accidente?

Form with question 4: ¿Cuál es la fecha exacta incluyendo el año del accidente? Día, Mes, Año

Form with question 5: ¿A qué hora del día ocurrió el accidente? Hora, Minuto, De la mañana, De la tarde

Form with question 6: ¿Cuántos vehiculos fueron involucrados en el accidente?

Form with field: File #:

Rev.



DIMURO PAIN MANAGEMENT

(702) 747-4799 (702) 747-4667

Oficina Del Norte | 3970 W. Ann Road., Suite 100, North Las Vegas, 89031
Oficina Central | 5550 W. Flamingo, Suite A-2, Las Vegas, NV 89103
Oficina del Sur | 8475 S. Eastern Ave. Suite 203, Henderson, NV 89123

CUESTIONARIO INICIAL DE LAS LESIONES PERSONALES

7 ¿En qué marca y modelo de vehículo motorizado estaba usted?
8 ¿Cuál era tu posición en el auto?
9 ¿Tenía el cinturón puesto?
10 ¿Había otras personas con usted en el vehículo en el momento del accidente?
11 ¿Qué marca y modelo de vehículos estuvieron involucrados en el accidente?
12 ¿Su vehículo impactó al otro vehículo?
13 ¿Qué parte de su vehículo fue impactada?
14 Describa cómo ocurrió el accidente/lesión.
15 ¿Anticipó el accidente usted?
16 ¿Llegó la policía a la escena del accidente/lesión?
17 ¿Llegó una ambulancia al lugar del accidente/lesión?

File #:

Rev.



DIMURO PAIN MANAGEMENT

(702) 747-4799 (702) 747-4667

Oficina Del Norte | 3970 W. Ann Road., Suite 100, North Las Vegas, 89031
Oficina Central | 5550 W. Flamingo, Suite A-2, Las Vegas, NV 89103
Oficina del Sur | 8475 S. Eastern Ave. Suite 203, Henderson, NV 89123

CUESTIONARIO INICIAL DE LAS LESIONES PERSONALES

18 ¿Cómo dejó exactamente la escena del accidente/lesión? ¿Condujó el automóvil del accidente?
¿Alguien le recogió y te llevó? ¿Fue transportado en ambulancia desde la escena?
Otra (Por favor explique):

19 ¿Adónde fue inmediatamente después del accidente? Seleccione uno: ¿Fue a la casa?
¿A la casa de familiares? ¿A la clínica de urgencia? ¿Al hospital? Otra (Por favor explique):

ATENCIÓN MÉDICA DESDE LA LESIÓN

20 ¿Cuál es la fecha exacta en la que solicitó atención médica por primera vez por las lesiones sufridas en el accidente?
Día Mes Año

21 ¿Qué tipo de proveedor médico lo evaluó? Sala de Emergencias del Hospital Doctor de dolor
Doctor primario Chiropractico Fisioterapeuta Clínica de atención urgente
Otra (Por favor explique):

22 ¿Le han realizado algún estudio de imagen? Sí No ¿Le han hecho radiografías? Sí No
¿Ha tenido una MRI? Sí No ¿Sabe el nombre de la instalación? Sí No
En caso afirmativo, identifique dónde se los realizó y el nombre del proveedor.
Una Oficina de Doctor El Hospital Centro de Imágenes Independiente Otra (Por favor explique):

File #:

Rev.



DIMURO PAIN MANAGEMENT

(702) 747-4799 (702) 747-4667

Oficina Del Norte 3970 W. Ann Road., Suite 100, North Las Vegas, 89031
Oficina Central 5550 W. Flamingo, Suite A-2, Las Vegas, NV 89103
Oficina del Sur 8475 S. Eastern Ave. Suite 203, Henderson, NV 89123

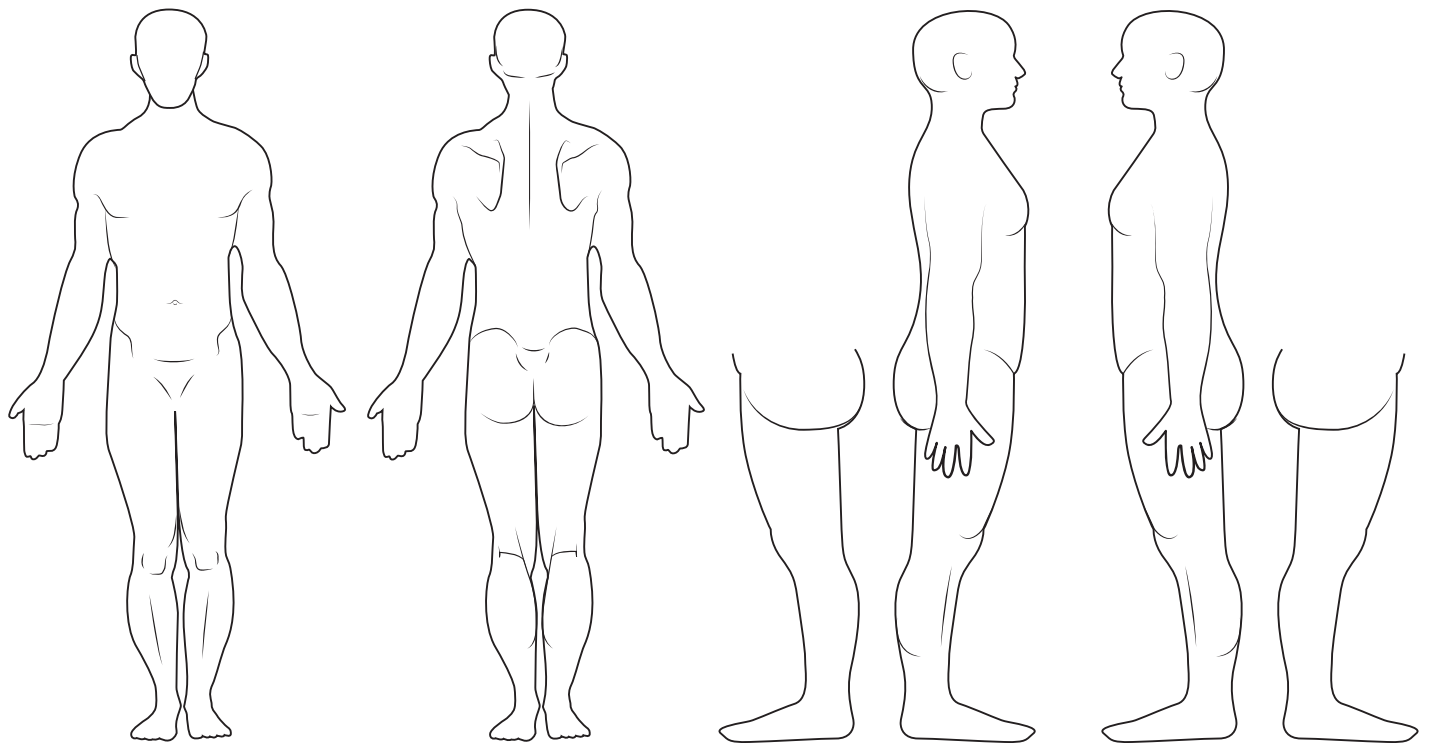
CUESTIONARIO INICIAL DE LAS LESIONES PERSONALES

23 Si se sabe, ¿qué partes del cuerpo se tomaron imágenes? Cuello Espalda Hombro Pierna
¿Otro? Explique:

QUEJAS MÉDICAS DESDE LA LESIÓN

24 ¿Donde esta su Dolor? ¿Se Viaja su Dolor? El Dolor es Peor Con: El Dolor se Mejora con: ¿Que Clase de Dolor Tiene?
Grid with checkboxes for symptoms like Sentarse, Doblarse, Manejarse, etc.

25 Desde la lesión, marque dónde esta experimentando dolor actualmente.



Anterior

Posterior

Lateral Derecho

Lateral Izquierdo

Rev.

File #:



DIMURO PAIN MANAGEMENT

(702) 747-4799 (702) 747-4667

Oficina Del Norte | 3970 W. Ann Road., Suite 100, North Las Vegas, 89031
Oficina Central | 5550 W. Flamingo, Suite A-2, Las Vegas, NV 89103
Oficina del Sur | 8475 S. Eastern Ave. Suite 203, Henderson, NV 89123

CUESTIONARIO INICIAL DE LAS LESIONES PERSONALES

26 ¿Siente dolor en reposo, como acostado en la cama o cuando se relaja?
27 ¿Puede recordar si alguna vez buscó tratamiento para el dolor en esas partes del cuerpo antes de esta lesión?
28 ¿Recuerda haberse realizado alguna vez estudios de imagen como Rayos-X o resonancia magnética de estas partes del cuerpo antes de esta lesión?
29 Por favor indique los años y la ciudad/estado en los que alguna vez tuvo un accidente de automovil o una lesión traumática en los últimos 20 años:
30 Por favor escriba todos los proveedores médicos que ha visto por sus lesiones relacionadas con el accidente.
31 ¿Ha recibido alguna inyección de "cortisona" desde el accidente?
32 ¿Ha tenido algún tipo de cirugía desde el accidente?

File #:

Rev.



DIMURO PAIN MANAGEMENT

(702) 747-4799 (702) 747-4667

Oficina Del Norte | 3970 W. Ann Road., Suite 100, North Las Vegas, 89031
Oficina Central | 5550 W. Flamingo, Suite A-2, Las Vegas, NV 89103
Oficina del Sur | 8475 S. Eastern Ave. Suite 203, Henderson, NV 89123

HISTORIA MÉDICA

HISTORIA MÉDICA PASADA

33 ¿Tiene algún problema médico? Por favor, marque todo lo que corresponda en la sección abajo

No tengo ningún problema médico conocido o por lo demás estoy sano

Cardiovascular (Corazón):

- Fibrilación auricular/arritmia
Insuficiencia cardíaca congestiva
Arteriopatía coronaria
Trombosis venosa profunda (DVT/coágulo sanguíneo)
Infarto de miocardio, Cuando?
Hipertensión (presión arterial alta)

Endocrino / Metabólico:

- Diabetes: Tipo I / Tipo II
Neuropatía Diabética
Colesterol Alto
Hipertiroidismo (tiroidea alta)
Hipotiroidismo (tiroides baja)
Obesidad

Musculoesquelético:

- Artritis/Osteoartritis
Fibromialgia
Gota
Distrofia Muscular
Osteoporosis
Artritis Reumatoide

Gastrointestinal:

- Úlcera Gástrica
ERGE/Acidez Estomacal/Reflejo Acido
Inflammatory Bowel Disease

Infecioso/Integumento/Inmunidad:

- Herpes Simple (VHS 1/2)
Herpes Zoster (Culebrilla)
Hepatitis A / B / C
VIH/SIDA
Inmunidad Deteriorada

Ojos:

- Glaucoma

Riñones/urinario:

- Enfermedad Renal Crónica
Cálculos Renales

Respiratoria:

- Asma
EPOC/Bronquitis Crónica
Hipertensión Pulmonar
Apnea del Sueño

Neurologico:

- Migraña
Esclerosis Múltiple
Neuropatía Periférica
Enfermedad de Parkinson
Convulsión: última Convulsión

Accidente cerebrovascular/AIT, Cuando

Psiquiátrica:

- Trastorno de Ansiedad
Trastorno Bipolar
Trastorno Depresivo Mayor
Trastorno Obsesivo Compulsivo
Esquizofrenia

Hematológica:

- Anemia
Desorden Sangrante
Trastorno de la Coagulación Sanguínea
Cancer: Tipo & Tratamiento

Otra:

Blank line for other conditions

Blank line for other conditions

Blank line for other conditions

Blank line for other conditions

Blank line for other conditions

Blank line for other conditions

Blank line for other conditions

Blank line for other conditions

Blank line for other conditions


Blank line for other conditions

Blank line for other conditions

File #:

Rev.



(702) 747-4799  (702) 747-4667

Oficina Del Norte | 3970 W. Ann Road., Suite 100, North Las Vegas, 89031
 Oficina Central | 5550 W. Flamingo, Suite A-2, Las Vegas, NV 89103
 Oficina del Sur | 8475 S. Eastern Ave. Suite 203, Henderson, NV 89123

CUESTIONARIO INICIAL DE LAS LESIONES PERSONALES

ALERGIAS			
34	¿Tiene alguna alergia a algún medicamento	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, describa cuales medicamento(s) por favor: _____			
MEDICAMENTOS			
35	¿Está tomando algún anticoagulante (como ibuprofeno, Coumadin, Plavix, naproxeno o aspirina)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No estoy seguro
36	¿Está usted tomando actualmente algún medicamento recetado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, indique como se llaman los medicamentos. Si no está seguro del nombre del medicamento, escriba el motivo por el cual toma el medicamento y el nombre del médico que lo receta.			
Medicamento	Prescrito por		
Medicamento	Prescrito por		
Medicamento	Prescrito por		
Medicamento	Prescrito por		
Medicamento	Prescrito por		
Medicamento	Prescrito por		
Medicamento	Prescrito por		
¿Necesita espacio adicional? Por favor marque aquí y se le proporcionará una segunda hoja. <input type="checkbox"/>			
37	¿Estás o podrías estar embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha del último período menstrual	Día	Mes	Año

File #:

Rev.



DIMURO PAIN MANAGEMENT

(702) 747-4799 (702) 747-4667

Oficina Del Norte | 3970 W. Ann Road., Suite 100, North Las Vegas, 89031
Oficina Central | 5550 W. Flamingo, Suite A-2, Las Vegas, NV 89103
Oficina del Sur | 8475 S. Eastern Ave. Suite 203, Henderson, NV 89123

CUESTIONARIO INICIAL DE LAS LESIONES PERSONALES

HISTORIA QUIRURGICA
38 ¿Alguna vez ha tenido una cirugía? ¿Tienes algún metal en tu cuerpo?
Entendemos que enumerar cada cirugía y el año en que se realizó puede llevar mucho tiempo, pero es información muy importante que debemos tener en el registro médico, así que haga todo lo posible para completar esta sección con precisión.
Cirugía Año
Cirugía Año
Cirugía Año
Cirugía Año
Cirugía Año
Cirugía Año
HISTORIA SOCIAL
(Se necesita para un perfil completo en su registro médico)
39 ¿En qué ciudad, estado y país nació?
Esta es una pregunta de detección: el propósito es ayudar a descartar enfermedades que ocurren de manera endémica en ciertas regiones del mundo.
Ciudad Estado País
40 ¿En qué ciudad, estado y país reside actualmente?
Desde cuando?
Ciudad Estado País
41 ¿Cuál es su nivel más alto de educación completado?
Escuela Primaria Escuela Secundaria Universidad Diploma de Graduación
42 ¿Fuma/vapea o usa productos que contienen tabaco?
43 ¿Consumes alcohol?
44 ¿Ha recibido tratamiento por algún tipo de abuso de sustancias?

File #:

Rev.



DIMURO PAIN MANAGEMENT

(702) 747-4799 (702) 747-4667

Oficina Del Norte | 3970 W. Ann Road., Suite 100, North Las Vegas, 89031
Oficina Central | 5550 W. Flamingo, Suite A-2, Las Vegas, NV 89103
Oficina del Sur | 8475 S. Eastern Ave. Suite 203, Henderson, NV 89123

CUESTIONARIO INICIAL DE LAS LESIONES PERSONALES

HISTORIA DE EMPLEO

45 ¿Está empleado actualmente? Sí No ¿Aproximadamente cuántas horas por semana trabaja legalmente?
46 ¿Como se llama su profesión?
47 ¿Cuál es el nombre de la compania para la que trabaja?
48 ¿Cuántos años lleva trabajando en esta compania?
49 ¿Ha cambiado su capacidad para desempeñar sus responsabilidades laborales desde el accidente? Sí No
En caso afirmativo, explique brevemente aquí:

HERRAMIENTA DE RIESGO DE OPIOIDES

50 ¿Es usted hombre o mujer? Hombre Mujer
Marque todas las cajas que apliquen:
Historia Familiar de Abuso de Sustancias: Alcohol, Drogas Ilicitas, Medicamentos Recetados
Historia Personal de Abuso de Sustancias: Alcohol, Drogas Ilicitas, Medicamentos Recetados
Tiene entre 16 y 45 años
Historia de Abuso Sexual en Preadolescencia
Enfermedad Psicológica: TDA, TOC, Bipolar, Esquizofrenia, Depresión



DIMURO PAIN MANAGEMENT

(702) 747-4799 (702) 747-4667

Oficina Del Norte | 3970 W. Ann Road., Suite 100, North Las Vegas, 89031
Oficina Central | 5550 W. Flamingo, Suite A-2, Las Vegas, NV 89103
Oficina del Sur | 8475 S. Eastern Ave. Suite 203, Henderson, NV 89123

Request for Medical Records

Pedido de Informacion Medica

Form with fields: Nombre Completo Legal, Fecha del Nacimiento del Paciente (Day, Month, Year), Fecha de Cita (Day, Month, Year), Número de Seguro Social, Fecha de la Lesión/Fecha(s) de Servicio (Day, Month, Year)

I hereby authorize and request you to release to DiMuro Pain Management any and all medical records including but not limited to medical examination, treatment and services rendered, radiographic reports and/or films pertaining to the above-listed date of injury and/or date(s) of service.

Yo autorizo y doy consentimiento que provea ud. a Dimuro Pain Management todos los expedientes medicos que tenga incluyendo, pero no limitado a la examinacio, el tratamiento y los servicios que se me han preveido, reportes radiologicos y/o radiografias que pertenezcan a la fecha lastimadura o de servicios notada arriba.

Signature of patient or legal guardian
Firma del paciente o persona responsable

Printed name of patient or legal guardian
Nombre del paciente o persona responsable

File #:

Rev.



DIMURO PAIN MANAGEMENT

(702) 747-4799 (702) 747-4667

Oficina Del Norte | 3970 W. Ann Road., Suite 100, North Las Vegas, 89031
Oficina Central | 5550 W. Flamingo, Suite A-2, Las Vegas, NV 89103
Oficina del Sur | 8475 S. Eastern Ave. Suite 203, Henderson, NV 89123

DiMuro Professional Services, LLC

DiMuro Facilities Services, LLC

Autorización para la Divulgación de Registros Confidenciales e Información Médica/de Salud Protegida: Cumple con HIPAA

Nombre Completo Legal

Fecha de Nacimiento del Paciente Fecha de Cita
Día Mes Año Día Mes Año

Número de Teléfono del Paciente

Nombre del Abogado/Nombre del Firme Legal

Yo, (Paciente), por la presente otorgo permiso y autorización a DiMuro Professional Services, LLC (DCM Professional) y DiMuro Facilities Services, LLC (DPM Facilities) para divulgar a (Asignatario), como Asignatario de DPM Professional y de DPM Facilities, de acuerdo con el Acuerdo de Gravamen Médico/Asignación de Beneficios, y para que el Asignatario reciba, revise, inspeccione y/o copie cualquier y todos los documentos en posesión o bajo el control de DPM Professional y DPM Facilities (por favor, inicie):

- 1. Todos los informes médicos, gráficos, notas, cartas, historiales, hallazgos físicos, diagnósticos, pronósticos, radiografías, películas de resonancia magnética (MRI), tomografías computarizadas (CT), registros de radiología u otros registros de imágenes, registros de farmacia, recetas, estados de cuenta detallados, facturación y cualquier otro expediente médico, que puede incluir registros relacionados con la atención de salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA, y tratamiento del abuso de alcohol o drogas;
2. X-rays, MRI films, CT-Scans, Radiology or other imaging records, only; or,
3. Only the following items (please specify):

Con la excepción de la siguiente información:

- Registros de salud mental
Enfermedades transmisibles (incluyendo VIH y SIDA)
Tratamiento de abuso de alcohol/drogas
Otros (por favor, especifique los elementos a excluir):

Yo entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a nueva divulgación por la persona, grupo de personas y/o instalación que la reciba, y dejaría de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad:

Yo puedo revocar esta Autorización notificando a la oficina mencionada por escrito para revocarla. Sin embargo, entiendo que cualquier acción ya tomada en confianza en esta Autorización no puede revertirse, y mi revocación no afectará esas acciones. Esta Autorización caduca en tres (3) años, o al resolverse el asunto que subyace a esta autorización, lo que ocurra más tarde. Se debe tratar una fotocopia de esto como un original.

Firma del Paciente/Cliente o Demandante o Tutor en caso de ser menor:

Fecha: Número de Seguro Social:

Si la firma es realizada por alguien que no sea el paciente, seleccione la autoridad y proporcione documentación:

Padre/Madre del menor Poder Notarial Otro, (explique):

File #:

Rev.



DIMURO PAIN MANAGEMENT

(702) 747-4799 (702) 747-4667

Oficina Del Norte | 3970 W. Ann Road., Suite 100, North Las Vegas, 89031
Oficina Central | 5550 W. Flamingo, Suite A-2, Las Vegas, NV 89103
Oficina del Sur | 8475 S. Eastern Ave. Suite 203, Henderson, NV 89123

FORMA DE ACUERDO DE OPIOIDES

Form fields for 'Nombre Completo Legal' and 'Número de Registro Médico'

ACUERDO PARA RECETAS DE SUSTANCIAS CONTROLADAS A LARGO PLAZO

El uso de _____ (Nombres de medicamento(s)) puede causar adicción y es solo una parte del tratamiento para: _____ (Nombre de la condición, por ejemplo, dolor, inflamación, etc.).

Los objetivos de este medicamento son:

- Mejorar mi capacidad para trabajar y funcionar en casa.
- Ayudar a mi _____ (nombre de la condición, por ejemplo, dolor, inflamación, etc.) tanto como sea posible sin causar efectos secundarios peligrosos.

Me han informado que:

- 1. Si consumo alcohol, marihuana o uso drogas ilegales, es posible que no pueda pensar con claridad y podría sentir somnolencia, aumentando el riesgo de lesiones personales.
2. Puedo volverme adicto/a a este medicamento.
3. Si yo o alguien en mi familia tiene antecedentes de problemas con drogas o alcohol, hay un mayor riesgo de adicción.
4. Si necesito dejar de tomar este medicamento, debo hacerlo lentamente o podría enfermarme gravemente.

Estoy de acuerdo con lo siguiente (por favor, inicie):

- _____ Soy responsable de mis medicamentos. No compartiré, venderé ni cambiaré mis medicamentos. No tomaré los medicamentos de otras personas.
_____ No aumentaré mi medicación sin hablar primero con mi médico o enfermero/a.
_____ No se va a reemplacer mi medicamento si se pierde, se roba o se agota antes de lo recetado.
_____ Asistiré a todas las citas programadas por mi médico (por ejemplo, atención primaria, terapia física, salud mental, tratamiento de abuso de sustancias, manejo del dolor).
_____ Traeré los frascos de pastillas con las pastillas restantes de este medicamento a cada visita clínica.
_____ Acepto proporcionar una muestra de sangre o de orina, si se me solicita, para realizar pruebas de uso de drogas.
_____ Entiendo que cualquier medicamento necesario para mi tratamiento será administrado a lo largo de mi tratamiento con la práctica. DPM no tiene actualmente contratos con ningún plan de atención médica y no acepta pagos en efectivo.

Recargas

Las recargas se realizarán solo durante el horario regular de la oficina, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. No se realizarán recargas en horario nocturno, días festivos ni fines de semana. Debo llamar con al menos tres (3) días hábiles de antelación (de lunes a viernes) para solicitar una recarga de mi medicamento. No se harán excepciones. Debo llevar un registro de mis medicamentos. No se realizarán recargas anticipadas o de emergencia.

File #:



DIMURO PAIN MANAGEMENT

(702) 747-4799 (702) 747-4667

Oficina Del Norte | 3970 W. Ann Road., Suite 100, North Las Vegas, 89031
Oficina Central | 5550 W. Flamingo, Suite A-2, Las Vegas, NV 89103
Oficina del Sur | 8475 S. Eastern Ave. Suite 203, Henderson, NV 89123

Farmacia

Solo utilizaré una farmacia para obtener mis medicamentos. Mi médico puede hablar con el farmacéutico sobre mis medicamentos.

Form fields for 'El Nombre de mi Farmacia es:' and 'Ubicacion de mi Farmacia:'

Recetas de Otros Doctores

Si veo a otro médico que me receta un medicamento controlado (por ejemplo, un médico de la sala de emergencias u otro hospital, etc.), debo traer este medicamento a DPM en el envase original, incluso si no quedan pastillas.

Privacidad

Mientras tomo este medicamento, mi médico puede necesitar ponerse en contacto con otros médicos o familiares para obtener información sobre mi atención y/o el uso de este medicamento. Se me pedirá que firme un formulario de autorización en ese momento.

Terminación del Acuerdo

Si infrinjo alguna de las reglas, o si mi médico decide que este medicamento me está perjudicando más que ayudándome, este medicamento puede ser suspendido por mi médico de manera segura. He hablado sobre este acuerdo con mi médico y entiendo las reglas establecidas en este acuerdo.

Responsabilidades del Proveedor

Como su médico, estoy de acuerdo en realizar controles regulares para evaluar el funcionamiento del medicamento. Me comprometo a brindarle atención según sea necesario, incluso si no implica obtener medicamentos controlados de mi parte.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre Completo Impreso del Paciente

Firma del Médico

Dr. John DiMuro

File #:

Rev.



DIMURO PAIN MANAGEMENT

(702) 747-4799 (702) 747-4667

Oficina Del Norte | 3970 W. Ann Road., Suite 100, North Las Vegas, 89031
Oficina Central | 5550 W. Flamingo, Suite A-2, Las Vegas, NV 89103
Oficina del Sur | 8475 S. Eastern Ave. Suite 203, Henderson, NV 89123

DiMuro Professional Services, LLC

DiMuro Facilities Services, LLC

Autorización para la Divulgación de Registros Confidenciales e Información de Salud Protegida/Información Médica - Cumple con la HIPAA

Nombre Completo Legal

Fecha de Nacimiento del Paciente Fecha de Cita
Día Mes Año Día Mes Año

Número de Teléfono del Paciente

Nombre del Abogado/Nombre de la Firma

Yo, _____ ("Paciente"), por la presente otorgo permiso y autorización a DiMuro Professional Services, LLC ("DPM Professional") y DiMuro Facilities Services, LLC ("DPM Facilities") para divulgar a Medical Services Management LLC ("MSM"), y para que MSM reciba, revise, inspeccione y/o copie, cualquier y todos los siguientes documentos en posesión o bajo el control de DPM Professional y DPM Facilities: (Por favor, inicie)

- 1. Todos los informes médicos, gráficos, notas, cartas, historial, hallazgos físicos, diagnósticos, pronósticos, radiografías, películas de resonancia magnética (MRI), tomografías computarizadas (CT), registros de radiología u otros registros de imágenes, registros de farmacia, recetas, estados de cuenta detallados, facturación y cualquier otro expediente médico, que pueda incluir registros relacionados con la atención de salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA, y tratamiento del abuso de alcohol o drogas.
2. Radiografías, películas de resonancia magnética (MRI), tomografías computarizadas (CT), registros de radiología u otros registros de imágenes, solamente: o,
3. Solamente los siguientes elementos (por favor, especifique):

Con la excepción de la siguiente información:

- Registros de salud mental
Enfermedades transmisibles (incluido el VIH y el SIDA)
Tratamiento de abuso de alcohol/drogas
Otro (por favor, especifique los elementos a excluir):

Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a nueva divulgación por la persona, grupo de personas y/o instalación que la reciba, y dejaría de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Puedo revocar esta Autorización notificando a la oficina mencionada por escrito para revocarla. Sin embargo, entiendo que cualquier acción ya tomada en confianza en esta Autorización no puede revertirse, y mi revocación no afectará esas acciones. Esta Autorización caduca en tres (3) años, o al resolverse el asunto que subyace a esta autorización, lo que ocurra más tarde. Se debe tratar una fotocopia de esto como un original.

Firma del Paciente/Cliente o Demandante o Tutor en Caso de ser Menor

Date Número de Seguro Social
Día Mes Año

Si la firma es realizada por alguien que no sea el Paciente, seleccione la autoridad y proporcione documentación:
Padre/Madre del menor Poder Notarial Otro

File #:

Rev.



(702) 747-4799 (702) 747-4667

Oficina Del Norte | 3970 W. Ann Road., Suite 100, North Las Vegas, 89031
Oficina Central | 5550 W. Flamingo, Suite A-2, Las Vegas, NV 89103
Oficina del Sur | 8475 S. Eastern Ave. Suite 203, Henderson, NV 89123

DiMuro Professional Services, LLC
DiMuro Facilities Services, LLC

Acuerdo de Gravamen Médico/Asignación de Beneficios

Form with fields: Nombre Completo Legal, Mejor número de teléfono para comunicarse con el paciente o representante del paciente, Fecha de Nacimiento del Paciente (Día, Mes, Año), Fecha de Cita (Día, Mes, Año), Nombre del Abogado/Nombre de la Firma, Número de Teléfono del Abogado, Número de Fax del Abogado.

Yo, el Paciente referenciado anteriormente ("Paciente" o "Yo") de DiMuro Professional Services, LLC ("DPM Professional") y DiMuro Facilities Services, LLC ("DPM Facilities"), por la presente autorizo y le ordeno a usted, mi abogado ("Abogado") o compañía de seguros, que pague directamente a DPM Professional y/o DiMuro DPM Facilities (referidos en conjunto como "DPM") las sumas que puedan deberse por bienes y servicios médicos prestados por DPM, relacionados de alguna manera con el accidente o incidente mencionado anteriormente (el "Accidente") y debido a cualquier factura o factura por bienes y/o servicios médicos prestados. Además, autorizo y le ordeno retener dichas sumas de cualquier acuerdo, juicio o veredicto que pueda ser necesario para proteger adecuadamente y compensar completamente a DPM. Por la presente, otorgo un Gravamen Médico sobre mi reclamación y/o demanda relacionada con el Accidente a DPM contra cualquier y todos los ingresos de mi acuerdo, juicio o veredicto que le puedan ser pagados a usted, mi Abogado, o a mí, o por su compañía de seguros, como resultado de las lesiones por las cuales he sido tratado y/o lesiones relacionadas con ello. Por la presente, le indico a mi Abogado o compañía de seguros que realice el pago a DPM de acuerdo con las leyes vigentes de Nevada y las reglas de ética, y a más tardar que a cualquier otro individuo y/o entidad con interés en ello.

Entiendo que soy directa y plenamente responsable ante DPM por todas las facturas e facturas médicas presentadas por DPM por bienes y servicios prestados a mí, independientemente de cualquier cantidad recuperada en mi reclamo/demanda, si la hay. Comprendo y acepto que este Acuerdo de Gravamen Médico ("Acuerdo") se realiza únicamente para la protección adicional de DPM y en consideración a que DPM espera el pago. Además, entiendo y acepto que el pago completo a DPM no depende de ningún acuerdo, juicio o veredicto relacionado con mi reclamo y/o demanda por el cual eventualmente pueda recuperar el pago de tales facturas e facturas médicas. También le indico a la aseguradora correspondiente que ponga a disposición un cheque separado pagadero a DPM en caso de que DPM haga tal solicitud.

Como seguridad adicional por las obligaciones del Paciente de pagar por servicios médicos y costos, y como garantía para el cumplimiento por parte del Paciente de cualquier otra obligación con respecto a DPM, ya sea que exista actualmente o surja en el futuro, incluyendo cualquier prórroga, renovación u otras modificaciones de los deberes del Paciente con respecto al tratamiento médico, el Paciente concede por la presente a DPM un interés de seguridad sobre la siguiente propiedad:

- 1. Esa cierta reclamación por daños y perjuicios y/o demanda que surgió a raíz del Accidente.
2. Todos los ingresos que surjan o estén relacionados con la mencionada reclamación por daños y perjuicios descrita anteriormente.
3. Créditos por pagos relacionados con la mencionada reclamación por daños y perjuicios descrita anteriormente. Estos incluyen todas las obligaciones contractuales que existen actualmente o que surjan en el futuro y que obliguen a cualquier persona o entidad a pagar dinero al Paciente y/o a su abogado como resultado del Accidente.

I further authorize DPM or its assignee to file a UCC 1 financing statement in order to perfect its security interest in this collateral, though it is not required to do so.

El Paciente y el Abogado reconocen y aceptan que DPM se reserva el derecho de vender y ceder sus derechos bajo este Acuerdo, así como las facturas, facturaciones y cuentas por cobrar subyacentes, a cualquier tasa o por cualquier contraprestación que DPM considere apropiada y a cualquier cesionario de terceros elegido por DPM ("Cesionario"). El

File #:

Rev.



DIMURO PAIN MANAGEMENT

(702) 747-4799 (702) 747-4667

Oficina Del Norte | 3970 W. Ann Road., Suite 100, North Las Vegas, 89031
Oficina Central | 5550 W. Flamingo, Suite A-2, Las Vegas, NV 89103
Oficina del Sur | 8475 S. Eastern Ave. Suite 203, Henderson, NV 89123

Paciente y el Abogado seguirán estando vinculados por este Acuerdo con el Cesionario como si el Cesionario fuera la parte original en este Acuerdo. Además, el Paciente acepta seguir siendo responsable ante el Cesionario por el monto total facturado/facturado por cualquier tratamiento médico, bienes, servicios y/o procedimientos prestados al Paciente.

El Paciente autoriza a DPM a divulgar cualquier y todos los registros médicos y de facturación del Paciente a la Cesionario, así como a la empresa de gestión de DPM, Medical Services Management LLC ("MSM"), según sea necesario para hacer cumplir el pago de cualquier factura, facturación o cuenta por cobrar relacionada con los bienes y servicios prestados por DPM al Paciente.

El Paciente autoriza a su Abogado, incluido cualquier abogado que contrate en el futuro con respecto al Accidente, a divulgar cualquier información relacionada con el estado de la reclamación por lesiones personales del Paciente y/o la demanda a DPM, MSM o la Cesionario. El Paciente también indica al Abogado que haga todo lo necesario para garantizar el cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

El Paciente comprende que si no presenta información del seguro médico en el momento del servicio y no solicita utilizar ese seguro médico en ese momento, el Paciente no podrá afirmar más tarde que el seguro médico debería haber cubierto el servicio prestado, ni buscará un descuento de DPM o su Cesionario para pagar una cantidad que presuntamente un pagador de seguros habría pagado si la información del seguro médico se hubiera proporcionado inicialmente.

Acepto notificar de inmediato a DPM cualquier cambio o adición de abogado(s) utilizado(s) por mí en relación con este Accidente, e instruyo a mi abogado actual a hacer lo mismo y a entregar una copia de este Acuerdo de inmediato a cualquier abogado(s) sustituido(s) o añadido(s). Comprendo y acepto que si no mantengo actualizada a DPM sobre el nombre y la información de contacto del abogado de mi reclamación/demanda relacionada con el Accidente, o si no persigo mi reclamación/demanda relacionada con el Accidente sin un abogado por cualquier motivo, o si abandono mi reclamación/demanda relacionada con el Accidente, DPM o la Cesionario se reservan el derecho de considerar todas las facturas/cuentas pendientes y vencibles de inmediato y en su totalidad por Mi parte.

Reconozco que se me ha dado la oportunidad de consultar con un abogado de mi elección antes de firmar este Acuerdo. Acepto quedar obligado por este Acuerdo al firmar a continuación. Se me ha informado que si mi Abogado no desea cooperar en la protección de los intereses de DPM según lo descrito aquí, DPM no esperará el pago y puede declarar que el saldo total es inmediatamente vencible y pagadero en su totalidad por Mi parte. Al firmar a continuación, el Paciente promete cumplir con los términos de este Acuerdo y reconoce que los derechos de DPM en virtud del mismo pueden ser cedidos a un Cesionario de terceros, según se describe anteriormente. En caso de dicha cesión, el Paciente y el Abogado seguirán estando obligados por este Acuerdo como si el Cesionario fuera la parte original en este Acuerdo. En caso de que se litigue este Acuerdo, las leyes del Estado de Nevada serán las controladoras y la parte que prevalezca tendrá derecho a los honorarios y costos de abogados.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre Impresa del Paciente

El abogado abajo firmante, siendo el abogado del Paciente mencionado anteriormente, por la presente acuerda observar todos los términos descritos anteriormente, sin modificaciones, y acepta retener tales sumas de cualquier acuerdo, juicio o veredicto, según sea necesario para proteger adecuadamente y compensar completamente a DPM o la Cesionario. La recepción de este aviso, independientemente de la afirmación escrita del mismo, me generará la obligación de proteger los intereses de DPM o la Cesionario, de acuerdo con la legislación relevante de Nevada. El abogado también acuerda que en caso de que se litigue este Acuerdo, las leyes del Estado de Nevada serán las controladoras y la parte que prevalezca tendrá derecho a los honorarios y costos de abogados.

Firma del Abogado

Fecha

Nombre del Abogado Impresa

Favor de fechar, firmar y devolver una copia a DPM. Guarde una copia para sus registros.

File #:

Rev.



DIMURO PAIN MANAGEMENT

(702) 747-4799 (702) 747-4667

Oficina Del Norte | 3970 W. Ann Road., Suite 100, North Las Vegas, 89031
Oficina Central | 5550 W. Flamingo, Suite A-2, Las Vegas, NV 89103
Oficina del Sur | 8475 S. Eastern Ave. Suite 203, Henderson, NV 89123

Forma de Autorización del Paciente/Contacto de Emergencia

Autorización para la Divulgación de Información a Familiares

- Muchos de nuestros pacientes permiten que familiares, como su cónyuge, pareja, padres o hijos, llamen y soliciten los resultados de pruebas, procedimientos e información financiera. Según los requisitos de H.I.P.A.A., no se nos permite proporcionar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que su información médica, cualquier resultado de pruebas o diagnósticos y/o información financiera se divulgue a algún miembro de la familia, debe firmar esta forma.
Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, excepto en los casos en que ya hayamos realizado divulgaciones según su consentimiento previo.

Yo autorizo a DiMuro Pain Management (DPM) a divulgar mis registros y cualquier información solicitada a las siguientes personas:

Table with 3 rows for listing family members. Columns: Number, Name, Relationship to Patient.

Autorización con Respecto a los Mensajes

(Por favor, marque todas las opciones que correspondan)

- Authorizing DPM to leave detailed messages on home or cell phone regarding appointments, medical treatment, or financial information.
Authorizing DPM to leave messages with anyone who answers the phone.
Messages can only be left with _____

Contacto de Emergencia

Emergency contact form with two rows. Fields include Name, Phone Number, Relationship, Address, City, State, and Zip Code.

Firma del Paciente



Fecha

Nombre del Paciente Impresa

File #: _____



DIMURO PAIN MANAGEMENT

 (702) 747-4799  (702) 747-4667

Oficina Del Norte	3970 W. Ann Road., Suite 100, North Las Vegas, 89031
Oficina Central	5550 W. Flamingo, Suite A-2, Las Vegas, NV 89103
Oficina del Sur	8475 S. Eastern Ave. Suite 203, Henderson, NV 89123

Página Dejada en Blanco Intencionadamente - Solo para Uso del Personal de Clínica