



15901 Hawthorne Blvd Suite 240
Lawndale, CA 90260
14350 Whittier Blvd Suite 310
Whittier, CA, 90603

Phone: (424) 360-0066
Fax: (424) 360-0077
www.biohealthpain.com
DOI / INS: _____

Información de Paciente

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____
Apellido Primer Nombre
Fecha de Nacimiento: _____ Método de contacto preferido: ☐ TELÉFONO ☐ CORREO ELECTRÓNICO ☐ TEXTO
Dirección: _____ Ciudad, Estado _____ Código Postal _____
Teléfono de Celular: _____ Correo Electronico: _____
Nombre de Pharmacia: _____ Dirección de Pharmacia: _____
Empleador Actual: _____ Ocupación: _____
Dirección de Empleador: _____
Lenguaje Primario: _____ Sexo : M _____ F _____
Etnicidad: Hispano/Latino / Asiático / Afroamericano / Caucásico / Otro _____
Raza: Blanco / Negro / Hispano / Asiático / Otro _____

Información de Seguro

Fecha de Incidente/Accidente: _____ Abogado: _____
Seguro Primario: _____
Relación de Subscritor al Paciente: PACIENTE ESPOSO(A) PARIENTE OTRO
Nombre de Esposo(a): _____
Apellido Primer Nombre 2do Nombre
Empleador de Esposo(a): _____ Teléfono _____
Seguro Secundario: _____
Seguro Tercero, si aplica: _____

Asignación legal de beneficios y designación de un representante autorizado .Al considerar la cantidad de gastos médicos en los que se incurrirá, yo, el abajo firmante, tengo seguro y / o atención médica para empleados. Acuerdo del paciente y Autorización para la divulgación de documentos médicos y del plan de salud para el procesamiento y reembolso de reclamos según lo exigen las leyes federales y estatales cobertura de beneficios con los subtítulos anteriores, y por la presente ceder y transmitir directamente a los proveedores de atención médica mencionados anteriormente, como mi Representante Autorizado designado, todos los beneficios médicos y / o reembolso del seguro, si lo hubiera, que de otra manera me sería pagado por los servicios prestados por dicho (s) proveedor (es), independientemente del estado de participación en la red de atención administrada de dicho proveedor. Entiendo y acepto que soy legalmente responsable de todos y cada uno de los cargos totales reales expresamente autorizados por mí, independientemente de cualquier seguro o pago de beneficios aplicable. Por la presente autorizo al (a los) proveedor (es) mencionado (s) a divulgar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos conforme a HIPAA. Por la presente autorizo a cualquier administrador del plan o fiduciario, asegurador y mi abogado a entregar a dicho proveedor uno o todos los documentos del plan, póliza de seguro y / o información de liquidación a solicitud escrita de dicho proveedor para reclamar dichos beneficios médicos , reembolso o cualquier recurso aplicable. Autorizo el uso de esta firma en todos mis reclamos de seguro y / o beneficios de salud para empleados. Por la presente, transmito al (a los) proveedor (es) mencionado (s), en la medida en que lo permitan las leyes, incluyendo, entre otros, ERISA §502 (a) (1) (B) y §502 (a) (3), bajo cualquier plan (s) de salud, pólizas de seguro o políticas públicas de empleados aplicables, cualquier reclamación de beneficios, responsabilidad civil o reclamación derresponsabilidad civil, elija en Acción, alivio equitativo apropiado, remedio de recargo u otro derecho que pueda tener para tales planes de salud grupales, emisores de seguros de salud o aseguradores de daños, con respecto a cualquiera y todos los gastos médicos incurridos legalmente como resultado de los servicios médicos que recibí de el (los) proveedor (es) mencionado (s), y hasta el máximo permitido por las leyes para (1) obtener información sobre la reclamación en la misma medida que el cedente; (2) presentar pruebas; (3) hacer declaraciones sobre hechos o leyes; (4) realizar cualquier solicitud, dar o recibir un aviso sobre los procedimientos de apelación; y (5) cualquier acción administrativa y judicial de tal (s) proveedor (es) para presentar dicha reclamación, elegida en acción o derecho contra cualquier parte responsable o plan (es) de salud de grupo de empleados, incluyendo, si es necesario, presentar una demanda por dicho proveedor (s) en contra de cualquier parte responsable o plan de salud grupal de empleados en mi nombre con posición derivada pero a cargo de dicho proveedor (es). A menos que se revoque, esta asignación es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales de acuerdo con PPACA, ERISA, Medicare y las leyes federales o estatales aplicables. Una fotocopia de esta tarea debe considerarse tan válida como la original. He leído y entiendo completamente este acuerdo.reclamar o aplicar tales beneficios médicos, liquidación, reembolso de seguro y cualquier remedio aplicable, incluidos, entre otros.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Información de Referido

(Por Favor díganos como fue referido a nuestra oficina)

- ☐ Medico quien lo refirió _____
- ☐ Otro _____ (Ajustador de Compensación, Trabajadora De Caso, Internet, Amistad, etc.)

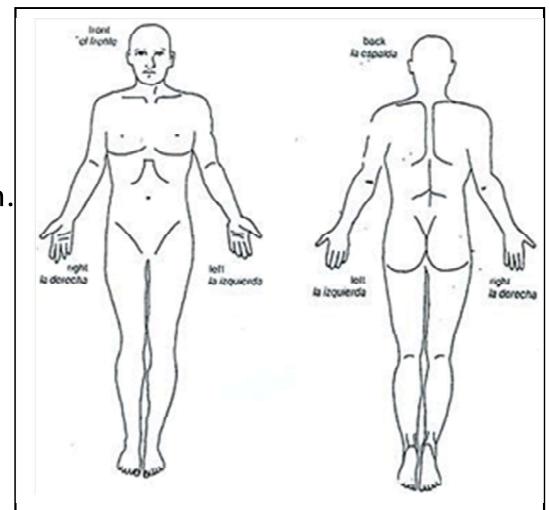
Razon por su Visita: _____

En el diagrama que sigue, favor indique las áreas de su dolor

Escala de Dolor: ¿De 0 - 10 cuál es su nivel de dolor hoy?
(SIN DOLOR) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (EL PEOR DOLOR)

¿Que tratamientos ha tenido para el dolor? Marque todos lo que aplican.

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Terapia Física | ☐ Buenos Resultados | ☐ Mal Resultados |
| ☐ Acupuntura | ☐ Buenos Resultados | ☐ Mal Resultados |
| ☐ Quiropráctico | ☐ Buenos Resultados | ☐ Mal Resultados |
| ☐ Inyecciones | ☐ Buenos Resultados | ☐ Mal Resultados |
| ☐ Epidurales | ☐ Buenos Resultados | ☐ Mal Resultados |
| ☐ Bloqueos de Nervios | ☐ Buenos Resultados | ☐ Mal Resultados |



Bajo cada categoría, por favor marque todos los síntomas que aplican

- | Cardiovascular | Gastrointestinal | Neurológico | Músculo esquelético | Psiquiátrico |
|--|--|--|--|---|
| ☐ Hipertensión (Alta) | ☐ Diarrea Crónica | ☐ Migrañas | ☐ Artritis | ☐ Depresión |
| ☐ Hipotensión (Baja) | ☐ Constipación | ☐ Dolor de Cabeza | ☐ Osteoartritis | ☐ Ansiedad |
| ☐ Anemia | ☐ Crónica | ☐ Entumido | ☐ Reumatoide | ☐ Bipolar |
| ☐ Enfermedad Cardiovascular | ☐ Incontinencia | ☐ Hormigueo | ☐ Dolor De Espalda Baja | ☐ Sueño Perturbado |
| ☐ Derrame Cerebral | ☐ Ulcera | ☐ Síndrome de piernas inquietas | ☐ Bastón | ☐ Preocupacion |
| ☐ Inflamación de pies | ☐ Hepatitis | ☐ Mareos | ☐ Andador | ☐ Atento de Suicidio |
| ☐ Dolor de Pecho | ☐ Enfermedad del Hígado | ☐ Otro: _____ | ☐ Silla de Ruedas | ☐ Schizofrenia |
| ☐ Falta de Respiración | ☐ Diabetes | | ☐ Prótesis | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Fiebre Reumática | ☐ Gout | | ☐ Tipo: _____ | |
| | ☐ Otro: _____ | | ☐ Otro: _____ | |
| Genitourinaria: | | Respiratorio: | | |
| ☐ Incontinente Urinario | | ☐ Tos Crónica | | |
| ☐ Enfermedad del Rinon | | ☐ Asthma | | |



15901 Hawthorne Blvd Suite 240
Lawndale, CA 90260
14350 Whittier Blvd Suite 310
Whittier CA, 90603

Phone: (424) 360-0066
Fax: (424) 360-0077
www.biohealthpain.com

Historial del Paciente: (Marque todos los que aplican)

Tabaco: _____ No fuma _____ Fuma _____ # de paquetes por día
Alcohol: _____ No bebe _____ Bebe _____ # de bebidas por _____ día _____ semana
Historia Social: _____ Casado(a) _____ Soltero(a) _____ Divorciado(a)

____ Ciego _____ Lentes _____ Lentes de _____ Dificultad de oír _____ Sordo _____ VIH
Contactos
____ Aparato de Oír _____ Cáncer _____ Enfermedad de _____ Enfermedad de la _____ Defectos de
Tiroides Vesícula Nacimientos

Alergias: _____

Medicamentos que esta tomando: **Incluya todos medicamentos con y sin recetas.**

Medicamentos de Dolor, Relajantes de Músculo, Medicamentos de dormir, Anti-ansiedad, y Antidepresantes.

Medicamento: _____ Dosis _____ Frecuencia (use el lado contrario si necesario)

SIRUGIAS

(Liste Por Favor Todas)

Condiciones Medicas

HISTORIA FAMILIAR

Relación _____

Salud Actual e Historia de Problemas

Madre _____

Padre _____

Hermanos(a) _____

PRUEBAS DIAGNOSTICAS E IMAGINES

MRI: _____

Rayos X: _____

Tomografía computarizada: _____

¿TIENES METAL EN TU CUERPO? ☐ SI ☐ NO

¿NECESITA UNA MRI ABIERTA? ☐ SI ☐ NO

Certifico que he leído y entiendo la información anterior. Que yo sepa, las preguntas anteriores han sido respondidas con precisión.
Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Critico: _____ Fecha: _____



Consentimiento para el Tratamiento con Sustancias Controladas

El propósito de este acuerdo es proteger su acceso a sustancias controladas y proteger nuestra capacidad de recetárselas.

El uso a largo plazo de medicamentos opioides para el dolor, tranquilizantes de benzodiazepina y sedantes barbitúricos es controvertido debido al riesgo de desarrollar un trastorno de adicción e incertidumbre con respecto al grado en que proporcionan un beneficio a largo plazo.

Estos medicamentos son controlados por el Estado de California y la Agencia de Control de Drogas porque estos medicamentos tienen potencial para el abuso o la desviación. Por lo tanto, se requiere una estricta rendición de cuentas. Por esta razón, las siguientes políticas son aceptadas por usted, el paciente, como condición para la prescripción inicial y / o continua de sustancias controladas para tratar su dolor crónico.

1. Las sustancias controladas deben provenir del médico que firma a continuación o, durante su ausencia, del médico que lo cubra.
2. Solo se aplican excepciones cuando otro proveedor que conoce todos los medicamentos prescribe una sustancia controlada de manera rutinaria.
3. Todas las sustancias controladas deben obtenerse en la misma farmacia, a pesar de los problemas relacionados con la farmacia que usted le comunique al consultorio.
4. Informará a nuestro consultorio sobre cualquier medicamento o condición médica nueva, y sobre cualquier efecto adverso que experimente con cualquiera de los medicamentos que toma, o si cambia de farmacia.
5. El médico que receta tiene permiso para discutir los detalles del tratamiento con los farmacéuticos dispensadores u otros profesionales que le brindan atención médica, para mantener la responsabilidad.
6. Se pueden solicitar exámenes de toxicología de orina, suero o saliva sin previo aviso y se requiere su cooperación.
7. No puede usar ninguna sustancia ilícita mientras toma sustancias controladas, incluyendo, pero no limitado a cocaína, heroína, metanfetamina, éxtasis, etc.
8. No puede compartir, vender o permitir que otros tengan acceso a estos medicamentos.
9. Tomará estos medicamentos según lo prescrito o notificará al médico.
10. Los envases originales del medicamento se llevarán a cada visita para la cual se solicita una renovación del medicamento con el medicamento correspondiente restante adentro.
11. Mantendrá un registro del uso de su medicamento y lo traerá a cada visita para la cual se solicita una renovación del medicamento. Se le proporcionará un ejemplo. Mantenga un original en blanco y haga copias para su uso.
12. Si su medicamento ha sido dañado, extraviado o robado, debe completar un informe policial sobre el robo y proporcionar una copia a este consultorio.
13. Las renovaciones dependen de mantener las citas programadas con no menos de 3 días de anticipación al final de su ciclo de medicación actual. Las solicitudes de citas urgentes para este propósito no serán aceptadas y es su responsabilidad planificar en consecuencia. Las llamadas telefónicas para obtener recetas después de horas o los fines de semana no cumplen con este requisito.
14. Generalmente no se darán renovaciones anticipadas. No se le pueden acabar sus medicamentos antes de una cita para la renovación del medicamento.
15. Se entiende que cualquier tratamiento médico es inicialmente una prueba y que la prescripción continua depende de la evidencia de beneficio y seguridad.
16. Los riesgos y beneficios potenciales de estas terapias se explican en otra parte (y usted reconoce que ha recibido dicha explicación).
17. Usted acepta no operar maquinaria pesada mientras esté bajo la influencia de estos medicamentos.
18. Si las autoridades legales tienen preguntas sobre su tratamiento, se renuncia a toda confidencialidad y estas autoridades pueden tener acceso completo a nuestros registros de administración de sustancias controladas.
19. Usted comprende que el incumplimiento de estas políticas puede resultar en la cesación de la terapia con la prescripción de sustancias controladas por parte de este médico o la derivación para una evaluación especializada adicional.
20. Usted afirma que tiene pleno derecho y poder para firmar y estar sujeto a este acuerdo, y que ha leído, comprende y acepta todos sus términos.
21. La violación de cualquier componente de este contrato puede ser recibida con una advertencia y la repetición de la revisión de este acuerdo. No se darán más advertencias.

La violación final de este acuerdo indica que no se ha demostrado el manejo ambulatorio seguro con estos medicamentos y, por lo tanto, resulta en la terminación inmediata de la prescripción de sustancias controladas. Se proporcionará una derivación a un programa de desintoxicación en ese momento.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____ Firma del Médico: _____

ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO-PACIENTE

Artículo 1: Acuerdo de Arbitraje: Se entiende que cualquier disputa en cuanto a mala práctica médica, es decir, si los servicios médicos prestados bajo este contrato fueron innecesarios o no autorizados o fueron prestados de manera incorrecta, negligente o incompetente, se determinará mediante el sometimiento a arbitraje según lo dispuesto por la ley de California, y no mediante una demanda o recurso al proceso judicial, excepto en la medida en que la ley de California disponga la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a sus derechos constitucionales a que dicha disputa se decida en un tribunal de justicia ante un jurado, y en su lugar aceptan el uso del arbitraje.

Artículo 2: Todas las Reclamaciones Deben Ser Arbitradas: Es la intención de las partes que este acuerdo vincule a todas las partes cuyas reclamaciones puedan surgir de o relacionarse con el tratamiento o servicio proporcionado por el médico, incluyendo cualquier cónyuge o herederos del paciente y cualquier hijo, ya sea nacido o no nacido, en el momento de la ocurrencia que da lugar a cualquier reclamación. En el caso de cualquier madre embarazada, el término "paciente" aquí significará tanto la madre como el hijo o hijos esperados de la madre. Todas las reclamaciones por daños monetarios que excedan el límite de jurisdicción del tribunal de reclamos menores contra el médico, y los socios, asociados, asociación, corporación o sociedad del médico, y los empleados, agentes y patrimonios de cualquiera de ellos, deben ser arbitradas incluyendo, sin limitación, reclamaciones por pérdida de consorcio, muerte por negligencia, angustia emocional o daños punitivos. La presentación de cualquier acción en cualquier tribunal por el médico para cobrar cualquier honorario del paciente no eximirá el derecho de exigir el arbitraje de cualquier reclamación por mala práctica. Sin embargo, después de la presentación de cualquier reclamación contra el médico, cualquier disputa de honorarios, ya sea o no objeto de cualquier acción judicial existente, también se resolverá mediante arbitraje.

Artículo 3: Procedimientos y Ley Aplicable: Una demanda de arbitraje debe comunicarse por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un árbitro (árbitro de la parte) dentro de los treinta días y un tercer árbitro (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes dentro de los treinta días de una demanda de un árbitro neutral por cualquiera de las partes. Cada parte del arbitraje pagará la parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos del arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir los honorarios de los abogados o los honorarios de los testigos, u otros gastos incurridos por una parte para el propio beneficio de dicha parte. Las partes acuerdan que los árbitros tienen la inmunidad de un funcionario judicial de responsabilidad civil cuando actúan en calidad de árbitro bajo este contrato. Esta inmunidad complementará, no reemplazará, cualquier otra ley estatutaria o común aplicable. Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de arbitrar por separado los problemas de responsabilidad y daños mediante una solicitud por escrito al árbitro neutral. Las partes consienten la intervención y la acumulación en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otro modo sería una parte adicional adecuada en una acción judicial, y tras dicha intervención y acumulación, cualquier acción judicial existente contra dicha persona o entidad se suspenderá en espera del arbitraje. Las partes acuerdan que las disposiciones de la ley de California aplicables a los proveedores de atención médica se aplicarán a las disputas dentro de este acuerdo de arbitraje, incluyendo, pero no limitado a, las Secciones 340.5 y 667.7 del Código de Procedimiento Civil y las Secciones 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Cualquier parte puede presentar ante los árbitros una moción de juicio sumario o adjudicación sumaria de acuerdo con el Código de Procedimiento Civil. El descubrimiento se llevará a cabo de conformidad con la sección 1283.05 del Código de Procedimiento Civil; sin embargo, se pueden tomar declaraciones sin la aprobación previa del árbitro neutral.

Artículo 4: Disposiciones Generales: Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas se arbitrarán en un solo procedimiento. Se renunciará a una reclamación y quedará excluida para siempre si (1) en la fecha en que se reciba la notificación de la misma, la reclamación, si se presenta en una acción civil, estaría excluida por el estatuto de limitaciones aplicable de California, o (2) el reclamante no presenta la reclamación de arbitraje de acuerdo con los procedimientos prescritos en este documento con diligencia razonable. Con respecto a cualquier asunto no previsto expresamente en este documento, los árbitros se regirán por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil de California relacionadas con el arbitraje.

Artículo 5: Revocación: Este acuerdo puede ser revocado mediante notificación por escrito entregada al médico dentro de los 30 días de la firma. Es la intención de este acuerdo aplicarse a todos los servicios médicos prestados en cualquier momento para cualquier condición.

Artículo 6: Efecto Retroactivo: Si el paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha en que se firma (Incluyendo, entre otros, tratamiento) de emergencia. El paciente debe iniciar con sus iniciales a continuación: Vigente a partir de la fecha de los primeros servicios médicos.

Iniciales del representante del paciente

Si alguna disposición de este acuerdo de arbitraje se considera inválida o inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y no se verán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición.

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este acuerdo de arbitraje. Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

Aviso: al firmar este contrato, usted acepta que cualquier cuestión de mala praxis médica se resuelva mediante arbitraje neutral y renuncia a su derecho a un juicio por jurado o tribunal. Consulte el artículo 1 de este contrato.

By: _____
Firma del Médico o Representante Autorizado:

Por: _____
Firma Del Paciente o Paciente Representante Autorizado: Fecha:

Biohealth Pain Management

Imprimir el Nombre del Paciente:

Fecha:



AUTORIZACIÓN HIPAA PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida y cuándo necesitamos su autorización por escrito para hacerlo. Este formulario se utiliza cuando se requiere dicha autorización y cumple con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) Normas de Privacidad.

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

MI AUTORIZACIÓN

Autorizo a BioHealth Pain Management, sus agentes y empleados a usar o divulgar la siguiente información de salud.

- ☐ Toda mi información de salud Options:
- ☐ Mi información de salud para la siguiente condición:
- ☐ No autorizo la divulgación de mi información de salud

La parte mencionada anteriormente puede divulgar esta información de salud al(los) siguiente(s) destinatario(s), por favor incluya familiares y amigos:

Nombre:	Relacio:

MIS DERECHOS

- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto donde usos o divulgaciones ya se hayan realizado basándose en mi permiso original. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviarlo a la parte divulgadora apropiada.
- Entiendo que es posible que la información utilizada o divulgada con mi permiso pueda ser re-divulgada por el destinatario y ya no esté protegida por las Normas de Privacidad de HIPAA.
- Entiendo que el tratamiento por cualquier parte no puede condicionarse a mi firma de esta autorización (a menos que el tratamiento se busque solo para crear información de salud para un tercero o para participar en un estudio de investigación) y que puedo tener el derecho a negarme a firmar esta autorización.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Si el paciente es menor o no puede firmar, por favor complete lo siguiente:

Paciente is menor de _____ años de edad.

Firma de la Representante Autorizada: _____ Fecha: _____

Imprimir de la Representante Autorizada: _____ Fecha: _____

Autoridad del representante para firmar en nombre del paciente:

Madre/Padre ☐

Tutor Legal ☐

Sala del Tribunal ☐



AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR LOS REGISTROS A BIOHEALTH BIOHEALTH PAIN MANAGEMENT

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Yo, por la presente autorizo a _____

Teléfono: _____ Fax: _____
o a su agente(s) a divulgar mi información de salud como se describe en esta autorización a:

Rostam Khoshsar, MD – Biohealth Pain Management
15901 Hawthorne Blvd. Suite 240
Lawndale, CA 90260
Teléfono 424-360-0066
Fax 424-360-0077

La información de salud se divulga para el siguiente propósito:
(marque la casilla correspondiente):

☐ Continuación de la Atención

☐ Cambio de Seguro o Médico

- Entiendo que la información de salud autorizada para ser divulgada bajo esta Autorización puede incluir información sobre el abuso de drogas o alcohol o enfermedades psiquiátricas, y los registros de pruebas, diagnóstico o tratamiento para el VIH, enfermedades relacionadas con el VIH e información relacionada con enfermedades transmisibles.
- Entiendo que BPM no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a si firmo o no esta autorización. Entiendo que el Destinatario puede volver a divulgar los registros y que los registros ya no pueden estar protegidos por las regulaciones federales de privacidad.
- También doy mi consentimiento para la prescripción electrónica (e-prescripciones) que incluye la creación de la receta, la recepción de la decisión automatizada (incluida la información sobre medicamentos y alergias, el historial de medicamentos y la elegibilidad), el envío electrónico de la receta a la farmacia y la recepción de las solicitudes de renovación de medicamentos de la farmacia.

He leído esta Autorización y reconozco que estoy familiarizado y comprendo completamente sus términos y condiciones.

Firma del Paciente o Representante Autorizado:

Fecha:

Nombre Impreso del Representante Autorizado

Teléfono:

Relacion: