



# **GOLDEN STATE ORTHOPEDICS & SPINE**

## **PAQUETE PARA NUEVO PACIENTE**

En Golden State Orthopedics & Spine (GSOS), nuestra misión es ofrecer una práctica integral en la que brindamos atención ortopédica de calidad de manera profesional. Nos esforzamos por tratar a todos nuestros pacientes como lo haríamos con nuestros familiares, con respeto, empatía y preocupación por su bienestar.

Entendemos que hoy vivimos en un mundo acelerado, y el respeto a tu tiempo es de gran importancia para nosotros. Mientras nos preparamos para su próxima visita, le rogamos que prepare los siguientes elementos y tráigalos completos al momento de su visita:

- Formularios de paciente completos (Historial médico, Formulario de medicamento, Reconocimiento de privacidad Prácticas y Poliza Financiera). Tener estos formularios completos le ayudará a acelerar su proceso de registro y proporcione al personal médico la información que necesitará para su visita.
- Identificación con fotografía (licencia de conducir, pasaporte, etc.) Es de gran importancia que protejamos nuestra información médica y privacidad de los pacientes.
- Tarjeta(s) de seguro vigentes. Llevar estas tarjetas a su visita nos ayudará a recibir toda la información precisa del seguro para fines de facturación. Si no tienes seguro y estás pagando de bolsillo, revise nuestra Poliza de pago por cuenta propia en nuestro sitio web.
- Su copago o coseguro según lo indique su póliza de seguro. Si no está seguro de su copago o coseguro, llame a su compañía de seguros antes de venir.
- Resultados recientes del estudio EMG o de conducción nerviosa (si corresponde).
- CD de sus imágenes recientes de GSOS (CT, MRI y rayos X), si se realizaron en un centro que no sea de John Muir. Esto es extremadamente importante traerlo a su visita. Su proveedor se esfuerza por brindarle atención de alta calidad y para ello, estas imágenes son imprescindibles.

Gracias por elegir Golden State Orthopedics & Spine para sus necesidades médicas. Esperamos conocerlo y brindarle una excelente atención. Si tiene alguna pregunta sobre su próxima visita, comuníquese con nosotros llamando al centro de contacto para pacientes más cercano.



# GOLDEN STATE ORTHOPEDICS & SPINE

## HISTORIA DE SALUD

### COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA QUE SU PROVEEDOR LA REVISE.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Mano dominante:  Derecha  Izquierda

Proveedor remitente: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE (marque todo lo que corresponda)

- |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reflujo ácido         | <input type="checkbox"/> Depresión               | <input type="checkbox"/> Hepatitis                     | <input type="checkbox"/> Osteoporosis              | <input type="checkbox"/> Anemia                       |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH              | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta         | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño           | <input type="checkbox"/> Agrandamiento de la próstata |
| <input type="checkbox"/> Artritis              | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas         | <input type="checkbox"/> Latidos cardíacos irregulares | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática       | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca          |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> TVP (coágulo de sangre) | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal              | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> Otro: _____                  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                | <input type="checkbox"/> Fibromialgia            | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar           | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco           | _____   |
| Tipo y año: _____                              | <input type="checkbox"/> Gota                    | <input type="checkbox"/> EPOC                          | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | _____   |
| _____  | <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular   | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo          | <input type="checkbox"/> Asma                      | _____   |

### CIRUGÍAS ANTERIORES Y FECHA(S):

NINGUNA

1.	2.
3.	4.
5.	6.

¿ESTÁN RELACIONADAS LAS LESIONES EN EL TRABAJO?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿ha presentado un reclamo de compensación laboral? \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES (Marque si sus familiares directos (mamá, papá, hermanos) tienen alguna de estas condiciones):

- |                                      |                                   |                                   |  |  |  |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Sangrado | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca   | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal  | <input type="checkbox"/> Convulsiones              |
| <input type="checkbox"/> Artritis    | <input type="checkbox"/> Cáncer   | <input type="checkbox"/> Gota     | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |

¿HACES EJERCICIO REGULARMENTE?  Sí  No Describe: \_\_\_\_\_

CONSUMO DE TABACO:  Sí  No Describe: \_\_\_\_\_

CONSUMO DE ALCOHOL:  Sí  No En caso afirmativo:  Diario  Semanal  Ocasionalmente  Socialmente

USO RECREATIVO/DROGAS:  Sí  No Tipo/Cantidad/Frecuencia: \_\_\_\_\_



# GOLDEN STATE ORTHOPEDICS & SPINE

## HISTORIAL DE SALUD, CONTINUACIÓN

- ALERGIAS: (En caso afirmativo, indique)  Sí  No
- Alergia/Sensibilidad al látex  Sí  No
- Alergia al metal  Sí  No
- Alergia a los mariscos  Sí  No

MEDICAMENTOS/ALIMENTOS	REACCIÓN ALÉRGICA

### REVISIÓN DE SÍNTOMAS (Solo condiciones recientes o actuales)

**Constitucional**

- NINGUNO
- Escalofríos
- Fiebre
- Fatiga
- Sudores nocturnos
- Malestar
- Debilidad
- Aumento de peso
- Pérdida de peso

**Cardiovascular**

- NINGUNO
- Dolor en el pecho
- Soplo cardíaco
- Latidos cardíacos irregulares
- Palpitaciones del corazón
- Hinchazón de la pierna
- Desmayos

**Tegumentario**

- NINGUNO
- Picazón en la piel
- Sarpullido
- Infecciones de la piel
- Lesiones cutáneas
- Alergia de contacto

**Metabólico/Endocrino**

- NINGUNO
- Pérdida del cabello
- Intolerancia al calor
- Intolerancia al frío

**Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz y Garganta**

- NINGUNO
- Vértigo
- Vista borrosa/doble
- Pérdida de vista
- Dificultad para tragar
- Drenaje del oído
- Dolor facial
- Dolor de cabeza
- Pérdida de audición
- Congestión nasal
- Zumbidos en los oídos

**Gastrointestinal**

- NINGUNO
- Dolor abdominal
- Estreñimiento
- Estreñimiento frecuente
- Acidez de estómago
- Ictericia
- Pérdida de apetito
- Náuseas
- Vómitos

**Neurológico**

- NINGUNO
- Dificultad para caminar
- Mareos
- Mala coordinación
- Pérdida de memoria
- Debilidad muscular
- Temblores
- Hormigueo

**Psiquiátrico**

- NINGUNO
- Ansiedad
- Depresión
- Insomnio

**Reproductiva**

- NINGUNO
- Embarazada

**Respiratorio**

- NINGUNO
- Tos
- Disnea (dificultad para respirar)

**Genitourinario**

- NINGUNO
- Disuria (dolor al orinar)
- Micción frecuente

**Inmunológico**

- NINGUNO
- Asma
- Dermatitis de contacto

**Hematológico**

- NINGUNO
- Sangrado
- Moretones



# GOLDEN STATE ORTHOPEDICS & SPINE

## HISTORIAL DE SALUD, CONTINUACIÓN

### Respiratorio, cont

Infecciones recientes

### Genitourinario, cont

Hematuria (sangre en la orina)

### Inmunológico, cont

Alergias ambientales

Dermatitis de contacto

Alergias ambientales

NOMBRE DE FARMACIA PREFERIDA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE FARMACIA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO DE FARMACIA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

¿QUÉ PARTES DEL CUERPO ESTÁN IMPLICADAS?

EN UNA ESCALA DEL 1 AL 10 (10 ES EL PEOR), ¿CUÁN INTENSO ES SU DOLOR?

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

¿CÓMO DESCRIBIRÍAS TU DOLOR?

Agudo  Sordo  Punzante  Palpitante  Doloroso  Ardor  Constante  Intermitente

Me despierta del sueño  Otro (describa): \_\_\_\_\_

TIENE:

Hinchazón  Entumecimiento  Hormigueo  Debilidad  Moretones

Otro: \_\_\_\_\_

¿HAS TENIDO ALGUNA TERAPIA FÍSICA PARA ESTA CONDICIÓN?  Sí  No

Ubicación: \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿LE HA TENIDO UNA MRI, CT O RAYOS X PARA ESTA CONDICIÓN?  Sí  No

¿Que estudio?  MRI  CT  Rayos X

Ubicación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ubicación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





# GOLDEN STATE ORTHOPEDICS & SPINE

## ACUSE DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Numero de registro médico: \_\_\_\_\_

### RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de GSOS. Entiendo que GSOS tiene derecho a cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con GSOS en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Firma del Paciente/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

### Autorización de Divulgación de Información Médica Protegida (PHI)

Las personas que participan en su atención (cónyuge, hijos, amigos, etc.) pueden preguntar sobre su tratamiento, citas, resultados de laboratorio, recetas, facturación, registros médicos, radiografías, etc. Anote las personas con quienes podemos compartir su PHI:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**\*\* Tenga en cuenta que GSOS solo divulgará su PHI a las personas mencionadas anteriormente. \*\***

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco al firmar este documento que doy autorización a Golden State Orthopedics & Spine para divulgar o discutir la PHI, ya sea por escrito o verbalmente, a la(s) persona(s) especificada(s) anteriormente. Esta autorización es válida indefinidamente a partir de la fecha de la firma a continuación, a menos que yo la revoque por escrito a la dirección que figura a continuación. Se colocará una copia de esto en mis registros de Golden State Orthopedics & Spine.

Firma del Paciente/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# **GOLDEN STATE ORTHOPEDICS & SPINE**

## **AVISO DE PRIVACIDAD**

*EL SIGUIENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDES OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVIS LA INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE.*

Su información médica confidencial puede ser divulgada a otros profesionales de la salud o otros médicos tratantes con el fin de brindarle atención médica de calidad.

Su información médica confidencial puede ser divulgada a su compañía de seguros y/o tratar al proveedor con el fin de que la práctica reciba el pago por brindarle los servicios necesarios de atención médica. Si paga de su bolsillo y en su totalidad por un artículo o servicio de atención médica, entonces tiene derecho a restringir ciertas divulgaciones de su información médica protegida a su salud seguro. Pregúntanos cómo hacer esto.

Su información confidencial de atención médica puede divulgarse al público o a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en el caso de una investigación en la que usted sea víctima de abuso, de un delito o de violencia doméstica. Su información médica confidencial puede ser divulgada a otros proveedores de atención médica en el caso de que necesite atención de emergencia.

Su información confidencial de atención médica puede divulgarse a una organización de salud pública o a una autoridad federal organización en caso de una enfermedad transmisible o para informar sobre un dispositivo defectuoso evento a un producto biológico (alimento o medicamento).

Su información confidencial de atención médica puede divulgarse a ciertas partes solo después de recibir autorización escrita de su parte. Puede revocar su permiso para divulgar información confidencial sobre atención médica información en cualquier momento.

Es posible que Golden State Orthopedics & Spine se comuniquen con usted para recordarle cualquier cita opciones de tratamiento de atención médica u otros servicios de salud que puedan ser de su interés. Si no está en casa, podemos dejar información de la cita en su contestador automático o en un mensaje dejado con la persona que contesta el teléfono.

Podemos usar y divulgar información de salud protegida limitada sobre usted al hacer que inicie sesión cuando llegue a nuestra oficina. También podemos decir su nombre cuando estemos listos para verlo.

Tiene derecho a restringir el uso de su información médica confidencial. Sin embargo, Golden State Orthopedics & Spine puede optar por rechazar su restricción si entra en conflicto con proporcionarle con atención sanitaria de calidad o en caso de una situación de emergencia.

Tiene derecho a recibir comunicación confidencial sobre su estado de salud, como cambiar su dirección postal o número de teléfono.

Tiene derecho a revisar cualquiera o todas las partes de su información de atención médica previa solicitud por escrito dentro de los plazos establecidos por la ley de California.

Usted tiene derecho a recibir una copia electrónica o en papel de su expediente médico previa presentación por escrito. solicitud dentro de los plazos establecidos por la ley de California. Es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo.

Tiene derecho a solicitar que se realicen cambios en su información de atención médica. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

Tiene derecho a saber si ciertas partes han accedido a su información médica confidencial y con qué propósito.

Usted tiene derecho a poseer una copia de este Aviso de Privacidad previa solicitud. Esta copia puede estar en la forma de transmisión electrónica o en papel.

Su información médica confidencial no podrá divulgarse para ningún otro propósito que no sea el que se identifica en este aviso. Si sospechamos que su información médica confidencial ha sido divulgada sin autorización, usted tiene derecho a recibir una notificación de incumplimiento. Nosotros enviaremos un aviso por escrito con instrucciones sobre cómo protegerse de posibles daños resultantes de el incumplimiento, si se ha producido.



# **GOLDEN STATE ORTHOPEDICS & SPINE**

## **AVISO DE PRIVACIDAD, CONTINUACIÓN**

Golden State Orthopedics & Spine está obligado por ley a proteger la privacidad de sus pacientes. Él mantendrá confidencial toda la información de atención médica del paciente y proporcionará a los pacientes, cuando solicitud, con una lista de deberes o prácticas que protegen la información confidencial de atención médica.

Golden State Orthopedics & Spine cumplirá con los términos de este aviso. La práctica se reserva el derecho a realizar cambios en este aviso y continuar manteniendo la confidencialidad de toda la atención médica información. Cualquier cambio a este aviso se publicará en nuestra práctica y en nuestro sitio web ([www. goldenstateortho.com](http://www.goldenstateortho.com)) dentro de los 30 días posteriores a la realización de cualquier cambio.

Tiene derecho a presentar una queja ante Golden State Orthopedics & Spine si cree que su se han violado los derechos a la privacidad. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, envíe un correo electrónico tu queja al centro:

ATENCIÓN: Oficial de Privacidad  
Golden State Orthopedics & Spine  
2625 Shadelands Drive  
Walnut Creek, California 94598

Todas las quejas serán investigadas. No se planteará ningún problema personal por presentar una queja ante Golden State Orthopedics & Spine. Además, tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Puede visitar su sitio web en [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov) para presentar una queja o llamar Llame a la Oficina Regional de Derechos Civiles del HHS al (415) 437-8310 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Para mayor información sobre este Aviso de Privacidad, por favor comuníquese con:

ATENCIÓN: Oficial de Privacidad  
Golden State Orthopedics & Spine  
2625 Shadelands Drive  
Walnut Creek, California 94598



# GOLDEN STATE ORTHOPEDICS & SPINE

## POLIZA FINANCIERA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Numero de registro médico: \_\_\_\_\_

### POLIZA FINANCIERA

Gracias por elegir Golden State Orthopedics & Spine. Estamos comprometidos a brindar atención ortopédica excepcional y Servicio al Cliente. La siguiente es nuestra poliza financiera actual.

#### Poliza de copago y coseguro

**Nuestro contrato con su plan de salud nos exige cobrar copagos en el momento del servicio.** Copagos son requeridos cada vez que usted es atendido por el médico, enfermera especialista, asistente médico, fisioterapeuta o terapeuta ocupacional. Su copago está establecido por su plan de salud y se explica en su manual de beneficios. Si tiene preguntas o inquietudes sobre sus requisitos de copago, Comuníquese directamente con su compañía de seguros.

**Si un copago no es aplicable para visitas al consultorio, podemos cobrar coseguro cantidades al momento del servicio.** La cantidad es calculada en base al porcentaje que deberá según su póliza de seguro médico. Recaudamos \$10 por cada 10% de coseguro para visitas de oficina. Por ejemplo, si tiene un coseguro del 20%, Cobraremos \$20 al momento del servicio. Dado que se trata de una estimación, es posible que deba más una vez su compañía de seguros procesa su reclamo. Pólizas de facturación y reembolso de seguros.

#### Pólizas de facturación y reembolso de seguros

**Le facturaremos a su seguro como cortesía.** Cada mes recibirá un estado de cuenta nuestro describiendo su saldo actual y cualquier cargos incurridos durante el mes del estado de cuenta. Puede enviar esta factura usted mismo, junto con los formularios correspondientes, a su compañía de seguros. O, Como la mayoría de nuestros pacientes prefieren, facturaremos por usted a su(s) compañía(s) de seguro primaria y secundaria. Para que podamos facturar tu seguro aseguradora, debe firmar la declaración de "Autorización y Asignación de Seguro" al final del formulario de Información del Paciente. Le facturaremos a su compañía de seguros un máximo de tres (3) veces, entonces la responsabilidad de manejar los problemas con el reembolso del seguro recae en usted. **Por favor tenga en cuenta que, en última instancia, usted es responsable del pago de todos los cargos incurridos durante su tratamiento con Golden State Orthopedics & Spine.**

Cuando reciba nuestro estado de cuenta mensual, se espera el pago dentro de **quince (15) días**. Los saldos de cuentas se consideran delincuentes después de **sesenta (60 días)**. Después de un período de **sesenta (60) días**, su cuenta se transferirá a nuestra agencia de cobranza externa, Joben Enterprises, a menos que exista otra alternativa. Los arreglos de pago se hacen por escrito con un representante del departamento de contabilidad.

Si Golden State Orthopedics & Spine o sus médicos no tienen contrato con su compañía de seguros, se le considera un "Auto pago" paciente y el pago vence en su totalidad al momento del servicio. Auto pago Los pacientes recibirán un 40% de descuento en nuestro programa de tarifas estándar.



# GOLDEN STATE ORTHOPEDICS & SPINE

## POLIZA FINANCIERA, CONTINUACIÓN

**Honorarios de trámite y costos de cobranza:** si es necesaria alguna acción legal para hacer cumplir o interpretar los términos de estas pólizas de facturación, la parte prevaleciente tendrá derecho a los honorarios, costos y desembolsos necesarios de los abogados, además de cualquier otra compensación a la que esa parte pueda estar obligada. Usted acepta, mediante su firma a continuación, pagar todos los costos de cobro, incluidos los honorarios de los abogados por todos los pagos delincuentes.

**Suspensión de la atención (excepto atención de emergencia):** si no se recibe ningún pago después de noventa (90) días, **es posible que nos veamos obligados a suspender todos excepto atención de emergencia hasta que se reciba el pago.** Analice todos los problemas de facturación con nuestro departamento de contabilidad directamente al (925) 362-2186.

### Tarifas Administrativas

Debido al gran volumen de solicitudes que recibimos, cobramos honorarios administrativos por la copia total o parcial de un expediente médico, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, cumplimentación de formularios de discapacidad y otras solicitudes administrativas similares. El programa de tarifas actual (que está sujeto a cambios) es:

Formularios de discapacidad: \$25.00/\$10.00 (formulario de extensión EDD)

Registros médicos: \$20.00

Imágenes de diagnóstico: \$15.00 (rayos X)/\$15.00 (MRI o tomografía computarizada)

Cargo por cheque devuelto: \$25.00

No presentarse/Cargo por cancelación: \$75.00 (las citas no se cancelan dentro de las 48 horas posteriores al horario programado)

Mi firma a continuación indica que he leído, comprendido y aceptado la Poliza Financiera de Golden State Orthopedics & Spine.

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente/tutor en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_



# GOLDEN STATE ORTHOPEDICS & SPINE

## EDUCACIÓN DEL PACIENTE: MEDICAMENTOS OPIOIDES PARA EL DOLOR

### INTRODUCCIÓN

Este documento contiene información importante sobre los medicamentos que su cirujano puede recetarle para controlar su dolor. Proporcionamos esta información para garantizar que tenga claro el alivio del dolor y función que sus médicos desean lograr con su plan de tratamiento.

Los opioides no funcionan para todos y tienen riesgos graves y posibles efectos secundarios. Los opioides pueden proporcionar alivio del dolor, pero es poco probable que lo eliminen por completo. Su cirujano y usted determinan si el beneficio de los analgésicos supera el riesgo y el posible daño.

Nuestros cirujanos ortopédicos, de medicina física y rehabilitación no brindan a largo plazo.

Control de dolor de enfermedades crónicas. Su prescripción para el dolor es para postoperatorio o postraumático a corto plazo control de dolor. Los pacientes que necesiten control del dolor crónico a largo plazo serán remitidos a un plazo para control de dolor Especialista de dolor.

Es muy importante que lea atentamente esta información y comprenda el material. Si lo haces no entiende o tiene preguntas, asegúrese de consultar con su cirujano o farmacéutico antes de tomar la droga.

### ALTERNATIVAS PARA AYUDAR A REDUCIR EL DOLOR

Los opioides son parte de un plan para el dolor que puede ayudar a controlar el dolor. Estas opciones pueden funcionar en su lugar de o junto con su opioide para controlar su dolor y mejorar su función.

Terapia de calor y frío	Terapia física
Extensión	Terapia ocupacional
Ejercicio	Terapia de salud mental
Pérdida de peso	Medicamentos para el dolor no opioides
Masaje	Inyecciones
Acupuntura	Atención especializada en dolor
Estimulación nerviosa	Actividades espirituales o sociales
Terapia de relajación	

### EFFECTOS SECUNDARIOS

Además de los graves riesgos de adicción, abuso y sobredosis, el uso de opioides recetados, los analgésicos pueden tener varios efectos secundarios, incluso cuando se toman según las indicaciones:

- Tolerancia: lo que significa que es posible que necesite tomar más medicamento para obtener el mismo alivio del dolor.
- Dependencia física: lo que significa que tiene síntomas de abstinencia cuando se toma el medicamento interrumpido
- Mayor sensibilidad al dolor.
- Constipación
- Náuseas, vómitos y boca seca
- Somnolencia y mareos
- Confusión
- Depresión
- Bajos niveles de testosterona que pueden resultar en menor deseo sexual, energía y fuerza.
- Picazón y sudoración



# GOLDEN STATE ORTHOPEDICS & SPINE

## EDUCACIÓN DEL PACIENTE: MEDICAMENTOS OPIOIDES PARA EL DOLOR, CONTINUACIÓN

### SUS RESPONSABILIDADES AL TOMAR OPIOIDES

- Tome su receta según las indicaciones.
  - o No tome la receta de otras personas ni permita que otros usen la suya. Esto es peligroso, ilegal y puede dar lugar a cargos penales.
  - o No demore la toma según las indicaciones ni tome más de lo recetado. No se realizarán recargas anticipadas permitido.
- Tenga cuidado al conducir o utilizar maquinaria.
  - o Es posible que se sienta somnoliento o confundido después de tomar medicamentos opioides.
- No beber alcohol ni consumir "drogas ilegales".
  - o El alcohol o las drogas ilícitas combinados con sus medicamentos pueden causar daños graves o muerte.
- Mantenga su medicamento en un lugar seguro y fuera del alcance de los niños, visitantes y otras personas miembros de la familia y mascotas.
  - o No reemplazaremos medicamentos perdidos o robados.
  - o Es ilegal vender o darle su medicamento opioide a otra persona.
  - o Guarde siempre su receta en el envase original etiquetado.
- Informe a todos sus médicos tratantes que le recetaron un opioide.
  - o No obtenga opioides de más de un médico a la vez.
  - o Asegúrese de habernos informado sobre todos los demás medicamentos o drogas (legales o ilegales) que estás tomando.
- Las recetas de opioides no se pueden ordenar electrónicamente ni llamar a una farmacia o Debe recoger una receta impresa en nuestra oficina. Se requerirá una identificación.
  - o Se desaconseja y limita que otras personas recojan su receta; póngase en contacto con nuestra oficina para determinar si está permitido para una circunstancia especial.
  - o Cualquier relleno requiere que usted programe una cita para evaluar el control del dolor.
  - o Los opioides no se reabastecerán fuera del horario de atención, los fines de semana ni los días festivos. Planifique con anticipación las recargas.
- Disponer de la forma adecuada los medicamentos no utilizados. No deseche sus medicamentos en el sanitario.
  - o Consulte con su farmacia si participan en un programa de eliminación de medicamentos.
  - o Si su farmacia no participa en un programa de eliminación médica, puede eliminar sus medicamentos en los siguientes sitios en East Bay. Antes de hacerlo, primero selle líquidos embotellados en una bolsa de plástico y no incluya jeringas ni agujas con los medicamentos.

Antioch, instalación de recolección de HHW de Delta (este del condado) 2550 Pittsburg-Antioch Highway	Departamento de Policía de Moraga 329 Rheem Boulevard
Departamento de policía de Brentwood 9100 Brentwood Blvd	Departamento de Policía de Orinda, Ayuntamiento 22 Orinda Way
Departamento de Policía de Clayton, Ayuntamiento 6000 Heritage Trail	Departamento de policía de Pleasant Hill 330 Civic Drive
Residuos domésticos peligrosos del condado de Alameda (Oakland) (Solo residentes del condado de Alameda) 2100 E. 7th Street at 23rd Avenue	Desechos domésticos peligrosos del condado de Richmond Contra Costa (HHW) Recuperación de recursos del condado oeste 101 Pittsburg Avenue



# GOLDEN STATE ORTHOPEDICS & SPINE

EDUCACIÓN DEL PACIENTE: MEDICAMENTOS OPIOIDES PARA EL DOLOR, CONTINUACIÓN

Departamento de policía de Danville 510 La Gonda Way	Departamento de Policía de San Ramón 2401 Crow Canyon Road
Edificio de Operaciones de Campo del Sheriff de Martinez Contra Costa 1980 Muir Road	Departamento de Policía de Walnut Creek, Ayuntamiento 1666 North Main Street
Centro médico regional del condado de Martínez 2500 Alhambra Avenue	Comisaría de Alameda* 1555 Oak Street
Departamento de Policía de Martínez, Ayuntamiento 525 Henrietta Street	Centro para personas mayores de Albany 846 Masonic Avenue
Estación de transferencia de Berkeley 1201 2nd Street	UC Berkeley Tang Center Pharmacy* 2222 Bancroft Way
Farmacia unida* (Berkeley) 2929 Telegraph Avenue	Centro para personas mayores de Emeryville 4321 Salem Street
Departamento de policía de Concordia 1350 Galindo Street	Elihu Harris State Building Lobby (Oakland) 1515 Clay Street
Departamento de Bomberos de Oakland 1401 98th Avenue at International Blvd, o 1445 14th Street at Mandela Parkway	Centros para personas mayores de Oakland Centro - 200 Grand Avenue Este - 9255 Edes Avenue Norte - 5714 Martin Luther King Jr Way Oeste - 1724 Adeline Street
Servicios de policía de Dublín 100 Civic Plaza	Farmacia CVS (Dublín) 7201 Regional Street
Walgreen Co. (Los Gatos) 423 N Santa Cruz Ave	Longs Drug Stores California (Los Gatos) 750 Blossom Hill Rd
Farmacia del Bienestar (Los Gatos) 14777 Los Gatos Blvd Ste 101	Farmacia Sorci Healthcare (Los Gatos) 15714 Los Gatos Blvd Ste A

\* (acepta sustancias controladas)

o Cualquiera en Contra Costa puede encontrar un quiosco de entrega cercano para deshacerse de forma segura de los artículos no deseados medicamentos recetados o sin receta visitando [med-project.org](http://med-project.org). Un servicio de devolución de correo está disponible para personas que tienen discapacidades que afectan su movilidad. Estos servicios son parte del programa de Contra Costa. Ordenanza sobre eliminación segura de medicamentos, que exige que las empresas que fabrican medicamentos vendidos en que el condado siga el plan MED-Project para recolectar de manera segura medicamentos no deseados o no utilizados.

Entiendo que un proveedor de Golden State Orthopedics & Spine puede recetarme un medicamento controlado medicación de sustancias. Este acuerdo es una plataforma de comunicación que nos permite trabajar juntos de buena fe y para que usted comprenda la importancia de este medicamento para permitirle usted para funcionar mejor. Esperamos ser socios en la creación del mejor plan de tratamiento para su dolor. Si no está de acuerdo con los siguientes puntos, resultará en la interrupción de la sustancia controlada.



# **GOLDEN STATE ORTHOPEDICS & SPINE**

## **CONTRATO DE MEDICAMENTOS CON SUSTANCIAS CONTROLADAS**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de registro médico #: \_\_\_\_\_

### **CONTRATO DE MEDICAMENTOS CON SUSTANCIAS CONTROLADAS**

Entiendo que un proveedor de Golden State Orthopedics & Spine puede recetarme un medicamento con sustancias controladas. Este acuerdo es una plataforma de comunicación que nos permite trabajar juntos de buena fe y para que usted comprenda la importancia de este medicamento para permitirle funcionar mejor. Esperamos ser socios en la creación del mejor tratamiento planifique su manejo del dolor. Si no está de acuerdo con los siguientes puntos, se suspenderá el tratamiento de sustancias controladas.

1. Tomaré mi medicamento exactamente como me lo recetaron y no cambiaré la dosis ni la frecuencia del medicamento, sin la aprobación de mi médico.
2. Mantendré las citas programadas regularmente con mi médico. Cualquier relleno de un medicamento de sustancia controlada requieren que programe una cita para evaluar el control del dolor. Llame al 925.939.8585 para programar una cita mucho antes de necesitar un relleno. Su médico o el médico de guardia del grupo no rellenara cualquier medicamento para el dolor fuera del horario laboral o durante el fin de semana. Esto no se considera una emergencia y no será tratado como tal.
3. El medicamento de sustancia controlada recetado se administra para controlar el dolor y permitirle funcionar mejor. Si hay algún cambio en su nivel de actividad o condición física, el tratamiento puede cambiarse o ser interrumpido.
4. Estaré listo para reducir o suspender el medicamento de sustancias controladas a medida que mi condición mejore. Si su condición no mejora, su médico puede recomendarle tratamientos ortopédicos conservadores o invasivos o procedimientos adicionales. Si su nivel de dolor no le permite reducir gradualmente y suspender la sustancia controlada, lo referirán a un especialista en el manejo del dolor.
5. Acepto actuar responsablemente, incluyendo proteger y limitar el acceso a estos medicamentos, y desecharlos adecuadamente cualquier medicamento no utilizado.
6. No aceptaré ni buscaré analgésicos con sustancias controladas de ningún otro médico o proveedor de atención médica, incluida una sala de emergencias, mientras un médico de GSOS esté recetando analgésicos. Es esencial que solo un médico controle y evalúe sus analgésicos.
7. Si tiene otra afección que requiere la prescripción de un medicamento de sustancia controlada (narcóticos, tranquilizantes, barbitúricos o estimulantes), se le pedirá que coordine todos los medicamentos con el médico que lo receta.



# **GOLDEN STATE ORTHOPEDICS & SPINE**

## **CONTRATO DE MEDICAMENTOS CON SUSTANCIAS CONTROLADAS, cont.**

8. Es importante utilizar una farmacia para todas las recetas a fin de brindar consistencia.

Por favor indique su farmacia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

9. Entiendo que las recetas perdidas, robadas o extraviadas no serán reemplazadas. Este medicamento se receta para usted y sólo para sus necesidades de control del dolor. Permitir que otros usen sus analgésicos es ilegal y peligroso; Este comportamiento no será tolerado por su médico ni por nuestra oficina.
10. Acepto que no usaré ninguna otra droga ilegal y/o recreativa mientras recibo atención y analgésicos de esta oficina. El uso de drogas ilegales y/o recreativas, especialmente mientras se toman analgésicos, es extremadamente peligroso y potencialmente letal.
11. Entiendo que GSOS puede utilizar una plataforma de un programa de terceros para verificar el historial de sus medicamentos.

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_