



Bienvenido a Rogue Valley Dolor, Medicina Física y Regenerativa. Estamos encantados de tenerlo como nuevo miembro de nuestra familia de atención médica. Nuestro dedicado equipo de profesionales de la salud está comprometido a brindarle una atención médica excepcional y garantizar su bienestar. Como práctica centrada en el paciente, priorizamos su comodidad, salud y satisfacción. Gracias por confiarnos su viaje de atención médica. Esperamos poder servirle y construir una asociación duradera centrada en su salud y funcionamiento óptimos.

EQUIPO

Por favor complete los formularios adjuntos. Llévelos a su cita programada junto con cualquier registro médico, imágenes en discos, CD, USB e informes de imágenes pertinentes a su condición. Llegue al menos 30 minutos antes de su visita inicial para tener la oportunidad de recopilar y organizar sus registros. No dude en llamar a nuestra oficina con cualquier pregunta.

FINANCIERO POLÍTICA

Nosotros participar con mayoría importante seguro compañías. copagos y/o coaseguro los pagos son debido a el tiempo de servicio. Para comodidad de nuestros pacientes, aceptamos efectivo, cheques y/o VISA/MasterCard/Discover y American Express.

Donde estamos ubicados

Rogue Valley Pain, Physical & Regenerative Medicine
Rogue Valley Dolor, medicina física y regenerativa
845 Alder Creek Drive, Medford, Oregón, 97504

Teléfono (541) 200-0929

Fax (541) 207-0111



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

_____ Fecha de nacimiento: _____ Apellido
Primero MI

social Sec#: _____ - _____ Controladores Licencia#: _____ Matrimonial Estado: _____

Idioma: Inglés: _____ Otro: _____ Raza : _____ Grupo Étnico: _____

Dirección Física: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Celúla Teléfono: _____

De acuerdo a Dejar a Detallado ¿Mensaje? si _____ o No _____ está bien
a enviar a Texto ¿Mensaje? si _____ o No _____

Dirección de correo electrónico: _____

Empleador: _____ Empleador Teléfono: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Proveedor de referencia: _____ Teléfono: _____

Proveedor de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Nombre de la farmacia: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

Visita Relacionado a: Sí No o Motor Vehículo si no
Compensación de trabajo : Accidente:



LIBERAR DE INFORMACIÓN

YO, _____, por la presente autorizar
Paciente Nombre

Rogue Valley Dolor, medicina física y regenerativa a liberar información acerca de mi:

- Médico Información
- Facturación Información
- Cita Información
- Otro: _____

Referente Proveedor: _____
Nombre

Primario Cuidado _____

Proveedor: Si lo solicita: _____
Nombre

Nombre Relación Teléfono Número

Nombre Relación Teléfono Número

Nombre Relación Teléfono Número

Paciente Firma: _____ Fecha: _____

Representante Firma Relación Fecha



DOLOR CUESTIONARIO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Día de
la cita: _____

1. Indicar el área de dolor que Tú haría más como a DIRECCIÓN hoy (p.ej "cuello", o "bajo atrás")

2. Cual lado hace este ante todo ¿afectar? (círculo uno)

izquierda derecha ambos lados igualmente izquierda más que derecho
derecho más que izquierda

3. ¿Este dolor se irradia a alguna parte? (circule uno) No

Sí En caso

afirmativo, ¿hacia dónde se irradia?

4. Cómo largo tiene este dolor estado ¿presente? _____

5. allá cualquier conocido evento eso causó esto ¿dolor? (círculo uno) No Sí

Si tú contestada "Sí", por favor describir aquí: _____

6. Hacer tú lastimar a todos el ¿tiempo? (círculo uno) No Sí

7. Es allá cualquier uno tiempo de día que Tú confiablemente duele más que ¿otros? (círculo) no - si

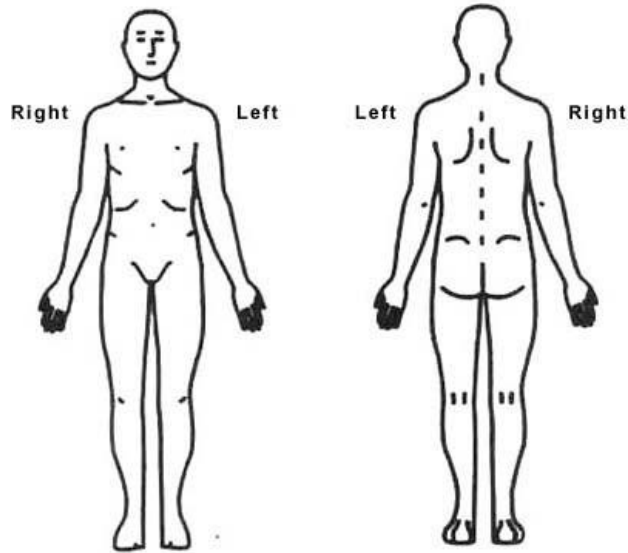
Si respondió "sí", indique cuándo: _____

8. Su dolor ocurre: Peor después de la actividad Peor al final
del día Peor durante las estaciones frías Peor durante el día
 Peor durante la noche Peor en el mañana

9. Describir su dolor: Dolor ardor como calambres aburrido hormigueo
 afilado
 disparar apuñalamiento otro

CUESTIONARIO DE DOLOR

10. En el diagrama abajo, sombra en el doloroso área que Tú indicado en el pagina anterior



11. ASOCIADO SÍNTOMAS (seleccionar todo eso aplicar)

ENTUMECIMIENTO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Izquierda entumecimiento del hombro | <input type="checkbox"/> Bien entumecimiento del hombro |
| <input type="checkbox"/> Izquierda entumecimiento de la parte superior del brazo | <input type="checkbox"/> Bien entumecimiento de la parte superior del brazo |
| <input type="checkbox"/> Izquierda entumecimiento del antebrazo | <input type="checkbox"/> Bien entumecimiento del antebrazo |
| <input type="checkbox"/> Izquierda mano entumecimiento | <input type="checkbox"/> Bien mano entumecimiento |
| <input type="checkbox"/> Izquierda entumecimiento de los dedos | <input type="checkbox"/> Bien entumecimiento de los dedos |
| <input type="checkbox"/> Izquierda entumecimiento del muslo | <input type="checkbox"/> Bien entumecimiento del muslo |
| <input type="checkbox"/> Izquierda más bajo pierna (debajo de la rodilla) entumecimiento | <input type="checkbox"/> Bien más bajo pierna (debajo de la rodilla) entumecimiento |
| <input type="checkbox"/> Izquierda entumecimiento del pie | <input type="checkbox"/> Bien entumecimiento del pie |

DEBILIDAD

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Izquierda debilidad del brazo | <input type="checkbox"/> Bien debilidad del brazo |
| <input type="checkbox"/> Izquierda pierna debilidad | <input type="checkbox"/> Bien pierna debilidad |

OTRO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> incontinencia vesical | <input type="checkbox"/> incontinencia intestinal |
| <input type="checkbox"/> Dificultades de equilibrio | <input type="checkbox"/> entumecimiento de la ingle |

12. Qué actividades hacer su dolor ¿peor? (es decir prolongado sesión, mintiendo abajo, doblando, levantar, torcer, caminar, etc.):

13. Qué marcas su sensación de dolor ¿mejor? (es decir descansar, cambiando posiciones, ejercicio, dolor medicamento, calor, hielo, sentarse, acostarse):

DOLOR CUESTIONARIO

14. Qué terapias tener tú usado a tratar estos síntomas?

TRATOS	NO ALIVIO	MODERADO ALIVIO	EXCELENTE RELIEVE
Actividad modificación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acupuntura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigorizante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
quiropática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hielo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Físico terapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando hizo tú última asistencia PT para este ¿problema?	Meses):	Año:	Número de sesiones?

MEDICAMENTOS **Consultar marca todo medicamentos eso aplicar abajo**

opioides		AINE/Tylenol		Músculo Relajantes
<input type="checkbox"/> Tramadol	<input type="checkbox"/> Metadona	<input type="checkbox"/> Tylenol	<input type="checkbox"/> Celebrex	<input type="checkbox"/> Soma
<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Morfina	<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Ibuprofeno	<input type="checkbox"/> Flexeril
<input type="checkbox"/> Nucynta	<input type="checkbox"/> buprenorfina	<input type="checkbox"/> naproxeno	<input type="checkbox"/> relafen	<input type="checkbox"/> baclofeno
<input type="checkbox"/> dilaudido	<input type="checkbox"/> hidrocodona	<input type="checkbox"/> Voltarén Gel	<input type="checkbox"/> Daypro	<input type="checkbox"/> Zanaflex
<input type="checkbox"/> oxicodona	<input type="checkbox"/> oximorfona	<input type="checkbox"/> Indocina	<input type="checkbox"/> Feldene	<input type="checkbox"/> Robaxina
				<input type="checkbox"/> esquelaxina
				<input type="checkbox"/> Valium
antidepresivos		Otro		
<input type="checkbox"/> Elavil (amitriptilina)	<input type="checkbox"/> Paxil	<input type="checkbox"/> Neurontina (gabapentina)	<input type="checkbox"/> Lyrica (pregabalina)	
<input type="checkbox"/> Pamelor (nortriptilina)	<input type="checkbox"/> Prozac	<input type="checkbox"/> Tegretol	<input type="checkbox"/> Topamax	
<input type="checkbox"/> platillo (duloxetina)	<input type="checkbox"/> Savella	<input type="checkbox"/> imitrex	<input type="checkbox"/> mexilitina	
<input type="checkbox"/> Effexor (venlafaxina)	<input type="checkbox"/> Zoloft	<input type="checkbox"/> Xanax	<input type="checkbox"/> Klonopin	
		<input type="checkbox"/> Ativán		

15. Qué procedimiento(s) tener tú tenía a tratar el ¿dolor?

- Sin procedimiento
- Articulación/Bursa inyección
- epidural esteroide inyección
- Articulación facetaria inyección
- Medio rama bloquear ensayo
- Ablación por radiofrecuencia
- sacroilíaca articulación inyecciones
- Espinal estimulador de cordón
- Desencadenar inyecciones puntuales
- Periférico inyección nerviosa
- Descompresión cirugía (laminectomía o discectomía)
- Espinal fusión cirugía
- Otro (Por favor escribir en aquí): _____



PAIN QUESTIONNAIRE

medicamentos (Por favor lista todo actual medicamentos o controlar el aplicable caja abajo)

- I traer a Copiar de mi medicamento lista (Por favor proporcionar el lista para el frente escritorio recepcionista)
- Soy no tomando actualmente cualquier medicamento

Medicamento Nombre	Dosis	# de dosis de veces tomado por día

alergias (por favor lista todo conocido alergias o marque aplicable caja abajo):

- I trajo a Copiar de mi alergia lista (por favor proporcionar el lista para el frente escritorio recepcionista)
- I tener No conocido droga alergias

<u>Medicamento</u>	<u>Por favor describir alérgico reacción, gravedad & síntomas</u>



PAIN QUESTIONNAIRE

Past Medical History

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Emphysema |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> GI ulcer |
| <input type="checkbox"/> Anxiety | <input type="checkbox"/> Heart attack |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Atrial fibrillation | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS |
| <input type="checkbox"/> Bipolar disorder | <input type="checkbox"/> Hypertension |
| <input type="checkbox"/> Bleeding disorder | <input type="checkbox"/> Kidney disease |
| <input type="checkbox"/> BPH | <input type="checkbox"/> Liver disease |
| <input type="checkbox"/> Breast cancer | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Cancer _____ |
| <input type="checkbox"/> CHF | <input type="checkbox"/> Prostate cancer |
| <input type="checkbox"/> Clotting disorder | <input type="checkbox"/> Seizures |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Shingles |
| <input type="checkbox"/> Coronary artery disease | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Thyroid disease |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Other:
_____ |

Family History

Please mark if a Blood Family Member has ever had any of these conditions. If so, please indicate their relationship to you.

<u>Disease</u>	<u>Relationship</u>
<input type="checkbox"/> Cancer	_____
<input type="checkbox"/> Heart disease	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____
<input type="checkbox"/> Hypertension	_____
<input type="checkbox"/> Stroke/TIA	_____
<input type="checkbox"/> Alcohol abuse	_____
<input type="checkbox"/> Drug abuse	_____
<input type="checkbox"/> Depression	_____
<input type="checkbox"/> Seizures	_____
<input type="checkbox"/> Depression	_____
<input type="checkbox"/> Osteoarthritis	_____
<input type="checkbox"/> Scoliosis	_____

Social Historia

Marital estado

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soltero | <input type="checkbox"/> Casado |
| <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Viudo/Viuda |

consumo de alcohol

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Bebidas por día: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ocasional | |

Droga usar

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Historia de abuso de drogas _____ |
| <input type="checkbox"/> Abuso actual de drogas _____ |

Tabaco usar

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca fumador |
| <input type="checkbox"/> Anterior fumador; Abandonar__ |
| <input type="checkbox"/> Actual fumador; cigarrillos por día _____ |

CUESTIONARIO DE DOLOR
Revisar de síntomas

Constitucional	Sí	Respiratorio	Sí	musculoesquelético	Sí
Actividad cambiar		Pecho opresión		Articulación dolor	
Apetito cambiar		asfixia		Atrás dolor	
Escalofríos		Tos		Paso problema	
Anormal transpiración		Falta de aliento		hinchazón de las articulaciones	
		estridor		dolor muscular	
HENT		sibilancias		Cuello dolor	
Congestión				Cuello rigidez	
Dental problema		Cardio			
babeando		Pecho dolor		Piel	
secreción del oído		hinchazón de piernas		cambio de color	
dolor de oído		Palpitación		Palidez	
Facial hinchazón				Erupción	
Audiencia pérdida		soldado americano		Herida	
Boca llagas		Abdominal distensión			
hemorragias nasales		Abdominal dolor		inmuno	
posnasal goteo		Anal sangrado		Ambiental alergias	
Líquido nariz		Sangre en taburete		Alimento alergias	
Seno dolor		Constipación		inmunocomprometidos	
Seno presión		Diarrea			
estornudos		Náuseas		Neurológico	
Doloroso garganta		dolor rectal		Mareo	
El sonar orejas		vómitos		Facial asimetría	
Problema tragar				dolores de cabeza	
Voz cambiar		genitourinario		mareo	
		Dificultad orinando		Entumecimiento	
Ojos		Dolor con micción		convulsiones	
Ojo descargar		Involuntario micción en noche		dificultad del habla	
Ojo picor		Flanco dolor		Síncope	
Ojo dolor		Aumentó urinario frecuencia		Temblores	
Ojo enrojecimiento		Genital doloroso		Debilidad	
Fotofobia		Sangre en orina			
Visual disturbio		pene descargar		hematológico	
		dolor de pene		Engrandecido ganglios linfáticos	
		pene hinchazón		Moretón/sangrado fácilmente	
		escrotal hinchazón			
		testicular dolor		Psiquiátrico	
		Urinario urgencia		Agitación	
		Disminuido orina producción		Comportamiento problema	
				Confusión	
				Disminuido concentración	
				Malo ánimo	
				alucinaciones	
				Hiperactivo	
				nervioso/ansioso	
				autolesión _	
				Dormir disturbio	
				Suicida ideas	



NO MOSTRAR/PERDIDO CITA POLÍTICA

Rogue Valley Pain, Physical & Regenerative Medicine entiende eso a veces tú necesidad a Cancelar o reprogramar su cita y que hay obligaciones familiares o emergencias. Si no puede asistir a su cita, llámenos lo antes posible (con al menos un aviso de 24 a 48 horas). Puede cancelar citas llamando al siguiente número: 541-200-0929

Para garantizar que a cada paciente se le dé la cantidad adecuada de tiempo asignado para su visita y para brindar atención de la más alta calidad, es muy importante que cada paciente programado asista a su visita a tiempo. Como cortesía, se realiza/intenta una llamada para recordarle una cita uno (1-2) días hábiles antes de la hora programada. cita. Sin embargo, él es el responsabilidad de el paciente a llegar para su cita a tiempo

POR FAVOR REVISAR EL SIGUIENTE POLÍTICA:

1. Por favor Cancelar su cita con en menos un 24-48 horas' aviso: Allá es a espera lista a ver nuestros proveedores y siempre que sea posible, nos gusta llenar los espacios cancelados para acortar el período de espera de nuestros pacientes.
2. Si menos que a 24-48 hora cancelación es dado este voluntad ser documentado como a "No presentarse" cita.
3. Si tú hacer no presente a el oficina para su cita, este voluntad ser documentado como a "No presentarse" cita.
4. Si tú tener a "No presentado/perdido" cita, tú puede recibir a no presentarse tarifa de \$25.00.
5. Despido de el práctica puede ser consideró.

I tener leer y entender Rogue Valley Dolor, medicina física y regenerativa "No Mostrar/Perdido Cita Política" y entender mi responsabilidad a plan equipo en consecuencia y notificar a nuestro clínica adecuadamente si Tengo dificultad para mantener mis citas programadas.

Paciente Nombre

Fecha de Fecha de nacimiento

Paciente Firma o Tutor si relación menor

a Paciente

Personal Firma Fecha

Agradecer tú para su comprensión y cooperando como nosotros esforzarse a mejor atender el necesidades de nuestro pacientes



FINANCIERO POLÍTICA

Por favor ser seguro eso todos en esto práctica proporciona médico cuidado en el más alto calidad posible a todos nuestro pacientes, en un ambiente de cuidado, confianza y respeto mutuo.

Su comprensión completa de sus responsabilidades financieras es esencial; la siguiente es nuestra política financiera que todos los pacientes están obligados a leer y firmar previo a vidente un cuidado de la salud proveedor. Por favor Haznos saber si necesitas cualquier aclaración en nuestras políticas de pago.

Por favor presente a el oficina, a forma de pago a alcanzar tus financiero obligaciones a su seguro proveedor y a su proveedor de atención médica. Aceptamos efectivo, tarjeta de débito, cheque, MasterCard, Visa, Discover y American Express.

Tú son responsable para todo copagos, coseguro, deducibles, y no cubierto servicios. Nosotros son obligado a recolectar su copago en el momento del servicio por su compañía de seguros. Por favor, comprenda que no podemos renunciar a los deducibles, coseguros o copagos que exige su seguro. La parte del pago del paciente vence en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos con la oficina comercial.

Nosotros aceptar asignación con mayoría importante seguro compañías y participativo proveedor planes Sin embargo, por favor nota:

1. Su seguro política es a contrato En medio de ti, su empleador y el seguro compañía. Nuestro relación está con usted, no con su compañía de seguros.
2. Todo cargos son su responsabilidad si su seguro compañía paga o no (a el medida de obligación contractual de seguro).
3. devuelto los cheques se ser sujeto a cualquier banco honorarios cargado a nuestro oficina, en suma a a servicio tarifa, y voluntad ser facturado a usted.
4. No pagado saldos son sujeto a una colección proceso.

Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su saldo. Los saldos no pagados dentro de los 90 días se ser transformado encima a un afuera colecciones agencia, a menos que previo pago preparativos tener estado hecho con nuestro negocio oficina. Los pacientes entregados a una agencia de cobro también dejarán de ser pacientes de Rogue Valley Pain, Physical & Regenerative Medicine.

Debido a las dificultades impuestas a la práctica y a otros pacientes, las citas programadas que se pierden, cancelan y/o reprograman con menos de 24 horas' aviso voluntad resultado en un tarifa y también puede resultar en descargar de el práctica. El tarifa por perdida equipo es determinado basado en el nivel de privación él impuesto en el práctica. Este tarifa voluntad no ser cubierto por su seguro y debe pagarse antes de ver al proveedor de atención médica.

recetas proporcionó afuera de un oficina visita pendiente a omitido, cancelado y/o reprogramado equipo son sujeto a a se requerirá la tarifa y el pago en el momento en que se proporcione la receta.

I tener leer y entender Rogue Valley Dolor, medicina física y regenerativa "Financiero Política" como descrito arriba.

Paciente Firma/Autorizado Firma Fecha

Impreso Nombre de Paciente / Impreso Nombre de Autorizado Relación del firmante al paciente si no paciente

Autorización para divulgar y asignar beneficios de seguro: autorizo la divulgación de cualquier información requerida para actuar en cualquier reclamo de seguro y permito que se utilicen fotocopias u otros facsímiles de esta autorización en lugar de la asignación original. Por la presente asigno a Rogue Valley Pain, Physical & Regenerative Medicine los beneficios médicos y/o de procedimiento a los que tengo derecho de mi seguro compañía y/o Seguro médico del estado. Este autorización es en efecto para todo futuro reclamos hasta I optar por revocarla por escrito.

Paciente Firma/Autorizado Firma

Relación al paciente si no paciente

Fecha