



PAIN CARE SPECIALISTS OF FLORIDA

Luis A. Escobar, M.D.

HOLLYWOOD
4350 Sheridan Street Suite 102
Hollywood, FL 33021
P(954)322-8586 F(954)322-8581

PEMBROKE PINES
1 SW 129th Ave, Suite 401
Pembroke Pines, FL 33027
P(954)322-8586

AVENTURA
2925 Aventura Blvd., Suite 102
Aventura, FL 33180
P(305)932-8177

Fecha de Hoy: _____

Registración de Paciente

Nombre del Paciente _____
 Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____
 Dirección: _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono de la Casa () _____
 Teléfono Celular () _____
 Teléfono Del Trabajo () _____
 Contacto de Emergencia _____
 Relación/Teléfono: _____ / () _____
 Estado Civil: S C D V Sexo: M F
 Raza: _____ Etnicidad: _____
 Idioma Principal: Inglés Español Otro _____
 Seguro Social: _____ - _____ - _____
 Referido Por: _____
 Medico De Cabecera: _____
 Teléfono: () _____
 Farmacia _____ teléfono _____
 Dirección _____
 Tipo de Accidente: Auto Trabajo Otro Fecha del accidente _____
 Ocupación de paciente: _____
 Empleador de paciente: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

954-4474790

Compañía de Seguro Primario

Nombre del Seguro: _____
 Nombre del Asegurado: _____
 Numero de ID del Miembro: _____
 Numero del Grupo: _____
 Relación con el Asegurado: _____

Compañía de Seguro Secundario

Nombre del Seguro: _____
 Nombre del Asegurado: _____
 Numero de ID del Miembro: _____
 Numero del Grupo: _____
 Relación con el Asegurado: _____

Seguro de Auto

Nombre del Seguro: _____
 Número de Póliza: _____
 Numero de reclamación: _____
 Nombre del Ajustador: _____
 Número de Teléfono: _____
 Fecha del Accidente _____

Información del Abogado

Litigación pendiente relacionado con su lesión?
 Si No
 Nombre del Abogado: _____
 Numero de Teléfono: () _____

A. AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACION Y MANEJO DE INFORMACIÓN/ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS

Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro relacionado a manejar, proveer y a utilizar cualquier información médica y/o necesaria relacionado a mi persona con propósitos de reclamación al seguro u otros pendientes incluyendo a la Administración del Seguro Social y/o sus intermediarios. Permitiendo que se provea una copia de esta autorización y/o correspondiente a usarse en lugar de la original para poder procesar pagos relacionados con servicios provistos a mi persona o al paciente del cual se asigna responsabilidad. Asigno los beneficios de reclamos hacer pagos en lo correspondiente al **DR. LUIS ESCOBAR, MD, LLC. Ortho Florida, LLC.** y/o servicios en relación provistos. Así como hago solicitud del pago de las prestaciones MEDIGAP autorizados a nombre del **DR. LUIS ESCOBAR, MD, LLC. Ortho Florida, LLC.** Para los servicios proporcionados por mi médico/proveedor. Autorizo al **DR. LUIS ESCOBAR, MD, LLC. Ortho Florida, LLC.** para la provisión de mi expediente e información médica para lo que sea necesario que concierne. Certifico que la información establecida en esta clausula corresponde con las especificaciones que demanda el titulo XVIII de la ley de Seguro Social, y que toda autorización provistas en su totalidad concedida al poseedor de mi expediente médico para el procesamiento de reclamos a Medicare, sus intermediarios y relativos, certificando que mi firma garantiza el permiso que esto de manda de por vida.

B. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGUROS/Y MANEJO DE INFORMACIÓN

Autorizo al **DR. LUIS ESCOBAR, MD, LLC. Ortho Florida, LLC.** para proveer a su empresa o sus representantes, cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o exámenes ofrecidos y/o provistos durante el período de atención médica o quirúrgica. También autorizo y solicito el pago a efectuarse directamente al anterior nombrado doctor por la cantidad correspondiente en mi reclamación relacionado con tratamientos médicos o quirúrgicos y/o servicios provistos.

C. RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que soy financieramente responsable por cargos no cubiertos por mi seguro y que la presente autorización y garantías de pagos así lo indican. Certifico que entiendo que es mi responsabilidad como asegurado pagar todos los deducibles y co-seguros, así como copagos al momento de la visita.

D. POLÍTICA DE NOMBRAMIENTO

Yo entiendo que se cobrará un cargo por citas canceladas que no se cancelen con 24 horas de anticipación. Esto incluye, cancelación de citas, reprogramación de citas, y citas perdidas. Las citas pueden ser canceladas por teléfono llamando al 954-322-8586. El cargo por cita cancelada es de \$100 por procedimientos y \$25 por visitas medicas al consultorio, esta clausula está sujeta a la aprobación y a los cambios pertinentes a discreción de **DR. LUIS ESCOBAR, P.A., Paincare Specialists of Florida.**

E. REFERENCIAS Y AUTORIZACIONES

Entiendo que es mi responsabilidad el obtener todas las autorizaciones y/o referidos necesarios para el tratamiento con el **DR. LUIS ESCOBAR, MD, LLC. Ortho Florida, LLC.** En caso de que una autorización no es obtenida al momento de la visita; la visita será reprogramada para otro día y considerada una cancelación hecha el mismo día, y tendrá un cargo a discreción de la póliza de cancelación y la aprobación del **DR. LUIS ESCOBAR, MD, LLC. Ortho Florida, LLC.**

YO, EL PACIENTE O GARANTE RESPONSABLE POR EL PAGO, CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN OFRECIDA EN ESTE FORMULARIO ES FIDEDIGNA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO Y ASUMO TOTAL RESPONSABILIDAD POR LOS GASTOS MEDICO REALIZADOS Y SERVICIOS PROVISTOS POR ESTA ENTIDAD. A FAVOR DEL PACIENTE, COMPROMETIENDOME A PAGAR TODAS LAS FACTURAS AL MOMENTO DEL SERVICIO, SALVO QUE OTRAS DISPOSICIONES SE APLIQUEN. YO AUTORIZO LA PRÁCTICA PARA PROVEER, MANEJAR Y UTILIZAR TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA QUE PERMITA PROCESAR LAS RECLAMACIONES A LOS SEGUROS CORRESPONDIENTES, CERTIFICANDO QUE AUTORIZO QUE LOS PAGOS SEAN EFECTUADOS EN SU TOTALIDAD Y DIRECTAMENTE A LA PRÁCTICA DEL **DR. LUIS ESCOBAR, MD, LLC. Ortho Florida, LLC.**

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____



PAIN CARE SPECIALISTS OF FLORIDA

Luis A. Escobar, M.D.

HOLLYWOOD
4350 Sheridan Street Suite 102
Hollywood, FL 33021
P(954)322-8586 F(954)322-858

PEMBROKE PINES
1 SW 129th Ave, Suite
401 Pembroke Pines, FL
33027 P(954)322-8586

AVENTURA
2925 Aventura Blvd., Suite
102 Aventura, FL 33180
P(305)932-8177

CUESTIONARIO SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR

Fecha: _____

Por favor lea estas páginas con cuidado y conteste todas las preguntas, lo mejor que pueda. Sus respuestas nos ayudarán a saber que tratamiento usted necesita para calmar su dolor. Gracias por su cooperación

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL
----------	--------	---------

EDAD: _____ ESTATURA: _____ PESO: _____

Medico(s) que lo han referido _____

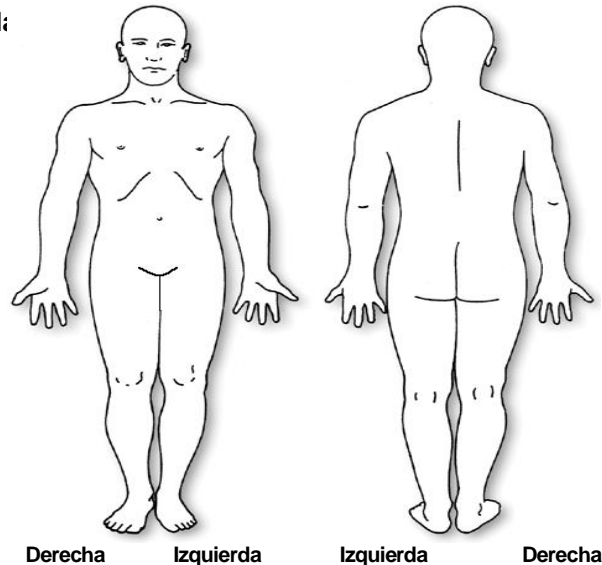
Otros médicos que haya consultado por este problema _____

Alergias o reacciones adversas a MEDICAMENTOS (pastillas o inyecciones): _____

Es su dolor el resultado de :
Una enfermedad: SI__ NO__ Un accidente: SI__ NO__

DESDE HACE CUANTO TIEMPO SIENTE USTED ESTE DOLOR? _____

Favor de marcar en el diagrama l:



Encierre con un círculo las palabras que mejor describan el dolor que siente:

PROLONGADO
QUEMANTE
CALAMBRE
ENTUMECIMIENTO
ESCOZOR
PUNZANTE

REPENTINO
HORMIGUEO
CALIENTE
FRIO
INFLAMACION
AGUDO

AMORTIGUADO
APRETADO
PESADO
INTENSO
BREVE
PASAJERO

CONSTANTE
IRRADIANTE
MOLESTO
SEVERO
INSOPORTABLE
PUNZANTE

12. Favor de indicar que pruebas diagnosticas ha tenido, la fecha aproximada y el lugar donde se realizaron las pruebas.

	Si	FECHA	LUGAR
RADIOGRAFIA	<input type="checkbox"/>	_____	_____
EMG	<input type="checkbox"/>	_____	_____
CT SCAN	<input type="checkbox"/>	_____	_____
MIELOGRAMA	<input type="checkbox"/>	_____	_____
DISCOGRAMA	<input type="checkbox"/>	_____	_____
NMR, MRI SCAN	<input type="checkbox"/>	_____	_____

13. Favor de marcar las casillas si ha recibido tratamiento son motive de los problemas siguientes. Indique las fechas y los resultados

TRATAMIENTO	SI	SE ALIVIO EL DOLOR?		FECHA
		SI	NO	
		↓	↓	
BLOQUEOS DE NERVIOS, ESTEROIDES EPIDURALES.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
UNIDAD TENS.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
FISIOTERAPIA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
TRACCION.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ACUPUNTURA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
QUIROPRACTICO.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
CLINICA DE DOLOR.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
SIQUIATRA, SICOLOGO.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
HIPNOSIS, BIORRETROALIMENTACION.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
OTRO.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

14. Favor de listar a continuación todos los medicamentos (con receta o sin ella) que esta tomando en la actualidad Mencione el nombre del doctor que se los receto.

MEDICAMENTO	RAZON PARA TOMARLO	FRECUENCIA	DOCTOR
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

15. Ha tomado o se le ha dado alguna vez

	YES	NO	CUANDO, HUBO ALGUN PROBLEMA
Anticoagulantes (para adelgazar la sangre --- Coumadín, Heparin).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cortisona o Esteroides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anestesia Local (por un doctor o dentista).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

16. Favor de listar todas las cirugías que ha tenido, la fecha aproximada y el nombre del cirujano.

CIRUGIA(s)	FECHA	CIRUJANO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

17. Favor de mencionar las enfermedades graves y las estancias en el hospital que haya tenido en el pasado.

18. Marque la casilla correspondiente a cualquier problema de salud que haya tenido antes o que tenga ahora.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> ENFISEMA |
| <input type="checkbox"/> HIPERTENSION | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA |
| <input type="checkbox"/> PADECIMIENTOS DEL CORAZON | <input type="checkbox"/> EMBOLIA |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS VASCULARES | <input type="checkbox"/> HERPES ZOSTER (CULEBRIA) |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS CON LOS RINONES | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS |
| <input type="checkbox"/> HIV/SIDA | <input type="checkbox"/> OTRO _____ |
| <input type="checkbox"/> HEPATITIS | <input type="checkbox"/> OTRO _____ |
| <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> OTRO _____ |

19- Usted fuma? No___ Si___ Cuanto y desde cuando? _____

19. COMENTARIOS ADICIONALES. Favor de escribir abajo cualquier otro comentario que pudiera ayudarnos en el tratamiento de su dolor.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

Muchas gracias por haber contestado este formulario



PAIN CARE SPECIALISTS OF FLORIDA

Luis A. Escobar, M.D.

HOLLYWOOD
4440 Sheridan Street
Hollywood, FL 33021
954-322-8586

PEMBROKE PINES
1 SW 129th Ave, Suite 401
Pembroke Pines, FL 33027
954-447-4790

AVENTURA
20295 NE 29th Place, Suite 300
Aventura, FL 33180
305-932-8177

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

We keep a record of the health care services we provide you. You may ask to see a copy that record. We will not disclose you record to others unless you direct us to do so or unless the law authorizes or compels us to do so. You may see your record or get more information about it by contacting The Office Manager.

Our Notice of Privacy Practices describes in more detail how your health information may be used and disclosed, and how you can access your information.

May we leave a message on your home recorder? YES_____ NO_____

May we leave a message with people at your house? YES_____ NO_____

May we discuss your test results with members of your family? YES_____ NO_____

Please list family members with whom we may discuss test results.

Name_____ Relationship_____

Name_____ Relationship_____

By my signature below I acknowledge acceptance of the Notice of Privacy Practices.

Patient or Legally Authorized Individual Signature

Date

Relationship to Patient

Parent

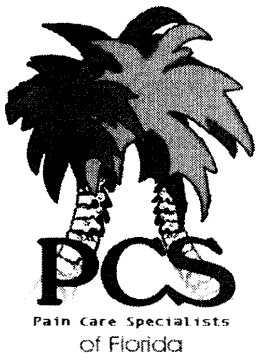
Legal Guardian

Personal Representative

Print Name if Signed on behalf of the Patient

Date

This form will be retained in your medical record.



PAIN CARE SPECIALISTS OF FLORIDA

LUIS A. ESCOBAR, M.D.

DABPM, DAAPM, ABA

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

I, _____, Date of Birth ____ / ____ / ____ ,
authorize release of my medical records to:

Name of Hospital, Physician or Facility

Street Address

HOLLYWOOD FL. 33021
City State Zip Code

(954)322-8586 (954)322-8581
Phone # Fax #

Any medical information concerning my treatment, including psychological, psychiatric, drug abuse, alcoholism, AIDS, Aids testing and care of hospitalization which may be in your care.

Date

Patient Signature



PAIN CARE SPECIALISTS OF FLORIDA

Luis A. Escobar, M.D.

HOLLYWOOD
4350 Sheridan Street,
Suite 102 Hollywood, FL 33021
P) 954-322-8586 F) 954-322-8581

PEMBROKE PINES
1 SW 129th Ave, Suite 401
Pembroke Pines, FL 33027
954-447-4790

AVENTURA
2925 Aventura Blvd., Suite 102
Aventura, FL 33180
305-932-8177

CHRONIC NARCOTIC THERAPY AGREEMENT

This agreement between the Pain Center and you the patient, _____ is intended to clarify the way chronic narcotics will be used to manage your chronic pain. Chronic narcotic therapy in patients who do not suffer from cancer is a controversial issue. The physicians at Pain Center have decided that you are an appropriate candidate for this form of therapy. As with all medications, there are risks such as allergy. Other side effects include sedation, itching, urinary hesitancy, nausea and vomiting. There are some special concerns when it comes to the use of narcotics, such as addiction, tolerance and drug dependency.

Tolerance

Over time, you will develop a certain amount of tolerance to the narcotic. The amount of tolerance is not known. Therefore, the initial dose of medication may become less effective over time. However, we may not increase your dosage in response to this. Obviously, we could not increase the dosage indefinitely. The final dosage will be decided between you and your doctor.

Physical Dependence

You will develop physical dependence on the drug. Therefore, you cannot stop this drug abruptly or you will experience symptoms such as nausea and vomiting, sweating and general malaise. If we do decide to stop the treatment, we will taper them slowly.

Addiction

There are some concerns about addiction. Most experts feel that the risk of addiction is very, very low when using these medications. If you have any questions about these various issues, i.e. tolerance, dependency or addiction, please talk with your doctor. The Pain Center will prescribe narcotics for you only if you follow the rules below:

1. Obtain narcotic prescriptions only from doctors at Pain Center except in following situations: If a new acute problem develops, such as trauma or surgery, then the doctor taking care of you for that acute problem may give you narcotics for a short time to cover your increase in pain that one can expect.
2. You need to be present for the follow-up examinations as indicated by your physicians. These are usually at monthly intervals in the beginning and which are decreased in frequency to 3 to 6 month intervals as time goes on.
3. You agree to be referred for psychological testing at our physician's request. Failure to do so will be grounds for discontinuation of therapy. Based on psychological evaluation it may be decided that you are not a candidate for continued chronic opioid/narcotic therapy.
4. You agree to submit to urine drug screening at your physician's request.
5. Renewal of medication will only be done following a scheduled visit to the Pain Center. Always have an idea of how many pills you have remaining. If you are running low on medications or anticipate an extended leave, contact the Pain Center. Frequent phone calls after hours or weekends requesting narcotics are an indication of inappropriate narcotic usage and may be grounds for discontinuation of therapy.
6. Any narcotic medication lost or misplaced WILL NOT be renewed under any circumstances.

Patient's Name (Printed)

Patient's Signature

Date