



Jose E. Sarria, MD  
 Yamilet Neninger, MD  
 13801 Bruce B. Downs Blvd. Suite 406  
 Tampa, FL 33613  
 P: 813-444-0989 F: 863-248-8279

**FORMULARIO DE ANTECEDENTES HISTÓRICOS/EVALUACIÓN DEL NUEVO PACIENTE**

ESTE FORMULARIO DEBE COMPLETARSE ANTES DE LA FECHA DE LA CITA

Información del paciente	Información sobre seguros
<p>Nombre completo: _____            Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: ____            SSN: _____</p> <p>Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino            Altura: ____ Peso: ____</p> <p>Dirección: _____            _____</p> <p>Teléfono (Inicio): (____) ____ - _____            Celda: (____) ____ - _____            Correo electrónico: _____            Licencia de paciente #: _____</p> <p>Ocupación: _____            Empleador: _____</p> <p>Médico remitente: _____            Teléfono #: (____) ____ - _____</p> <p>Médico de atención primaria: _____            Teléfono #: (____) ____ - _____</p> <p>Farmacia: _____            Teléfono #: (____) ____ - _____            Dirección: _____            _____</p> <p>Contacto de emergencia:            Nombre: _____</p> <p>Relación: _____</p> <p>Teléfono #: (____) ____ - _____</p>	<p>Seguro principal:            _____</p> <p>Política/Miembro #:            _____</p> <p>Grupo #: _____</p> <p>Asegurado: _____</p> <p>Relación con el paciente:            _____</p> <p>Fecha de nacimiento del titular de la póliza:            ___/___/___</p> <p>SSN: _____</p> <p>Seguro secundario:            _____</p> <p>Política/Miembro #:            _____</p> <p>Grupo #: _____</p> <p>¿Está esta visita relacionada con: <input type="checkbox"/> Lesión <input type="checkbox"/>            laboral Accidente de tráfico</p> <p><input type="checkbox"/> Otro accidente <input type="checkbox"/> No aplicable            Fecha del incidente: ___/___/___</p> <p>Nombre del abogado (si procede):            _____</p> <p>Teléfono: (____) _____</p>

**Antecedentes actuales de enfermedad / dolor**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Cuándo empezó tu dolor? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/DD/YY) \* sé lo más específico posible.

¿En qué circunstancias comenzó tu dolor? \_\_\_\_\_

¿Dónde se localiza tu dolor? \_\_\_\_\_

Por favor, sombrea las zonas dolorosas en el diagrama de abajo

xxxxx para el dolor más intenso  
ooooo para el dolor menos intenso  
para hormigueo/entumecimiento

**ESCALA NUMÉRICA DEL DOLOR**

Por favor, rodea el número que mejor describa la cantidad de dolor que sientes en ese momento.

**Sin dolor** 0    1    2    3    4    5    6  
              7    8    9    10

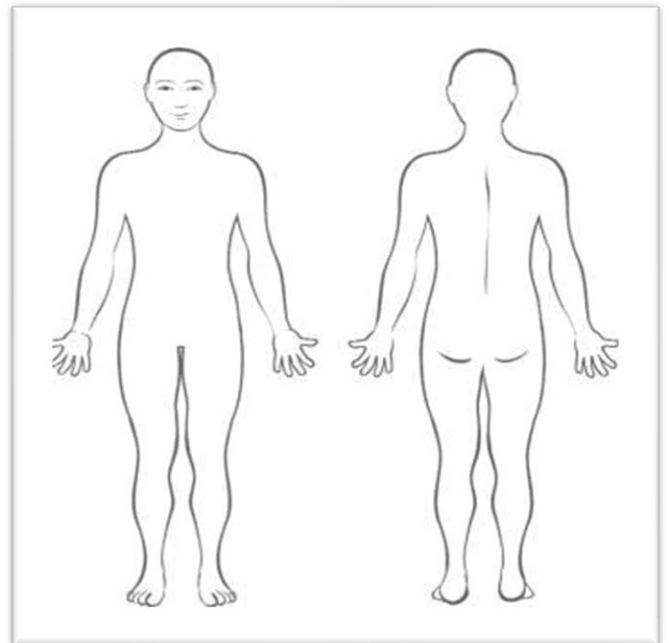
***El peor dolor imaginable***

¿Cuál es el número más alto que alcanza tu dolor? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el número más bajo al que llega tu dolor? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que mejor describe tu dolor? (Por favor, revisa todo lo que corresponde)

\_\_ Ardiente \_\_ apuñalando \_\_ dolorido \_\_ sordo \_\_ eléctrico  
\_\_ profundo \_\_ vago \_\_ agudo \_\_ constante \_\_ intermitente  
\_\_ diario



¿Tienes entumecimiento? Sí/NO                      Si es así, ¿dónde? \_\_\_\_\_

¿Tienes alguna debilidad? Sí/NO                  Si es así, ¿dónde? \_\_\_\_\_

¿Qué empeora tu dolor? (Por favor, describa) \_\_\_\_\_

¿Qué alivia tu dolor? (Por favor, describa) \_\_\_\_\_

¿Alguna vez te han tratado en otro centro o programa de manejo del dolor?    Sí \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_

Si es así, ¿dónde? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**¿Qué tratamientos te hiciste? (Por favor, indique todo lo que corresponde)**

TRATAMIENTO	FECHA DE ACTUACIÓN	CUÁNTO TIEMPO	ALIVIO (0 sin relevo-10 en mayor relieve)
Fisioterapia			
Calor			
Frío			
Unidad Tens			
Quiropráctico			
Acupuntura			
Biofeedback			
Tracción			
Ejercicio dirigido médicamente			
Masaje			
Brackets/Corsés			
Acuterapia			
Reposo absoluto			
Bloqueos/inyecciones nerviosas			
Otro			

¿Tienes problemas para dormir? Sí\_\_\_ No\_\_\_  
Si es así, ¿por favor indica por qué?

¿Tienes problemas para defecar? Sí\_\_\_ No\_\_\_

**PRUEBAS MÉDICAS**

**SELECCIONA LA PRUEBA MÉDICA QUE SE HA REALIZADO A CONTINUACIÓN PARA EVALUAR TU DOLOR**

Exámenes médicos (Por favor, indique qué parte del cuerpo)	Fecha de realización y ubicación. (Fecha aproximada de realización)	Resultados (si se conocen)
Radiografía:		
MRI:		
EMG-NCV		
Discograma/Gammagrafía ósea/TAC		
Otro:		



Jose E. Sarria, MD  
 Yamillet Neninger, MD  
 13801 Bruce B. Downs Blvd. Suite 406  
 Tampa, FL 33613  
 P: 813-444-0989 F: 863-248-8279

**MEDICAMENTOS**

**HAZ UNA LISTA DE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁS TOMANDO AHORA (INCLUYENDO LOS DE VENTA LIBRE, HERBALES Y VITAMINAS)**

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS (MG O # DE PASTILLAS)	¿CON QUÉ FRECUENCIA? (# VECES AL DÍA)	¿PARA QUÉ SIRVE ESTE MEDICAMENTO?	¿EMPEZÓ LA CITA?	MÉDICO PRESCRIPTOR

**POR FAVOR, ENUMERA CUALQUIER MEDICACIÓN RELACIONADA CON TU DOLOR QUE HAYAS TOMADO EN EL PASADO**

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS (MG O # DE PASTILLAS)	CUÁNDO Y CUÁNTO TIEMPO TOMASTE ESTE MEDICAMENTO	¿MOTIVO PARA DEJAR EL MEDICAMENTO?

**ENUMERA CUALQUIER ALERGIA O REACCIÓN A MEDICAMENTOS**

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	REACCIÓN

Lista otras alergias: \_\_\_\_\_

¿Tomas algún medicamento anticoagulante? Sí, \_\_\_\_ No \_\_\_\_

(Si es así, por favor indica cuáles) \_\_\_\_\_

REVISIÓN DE SISTEMAS / HISTORIAL MÉDICO

Comprueba todo lo que corresponda. Déjalo en blanco si no es aplicable.

**Constitucional:**

Escalofríos  en el embarazo  Pérdida  de peso  
Aumento  de peso Fatiga

**Fiebre General / Funcional:**

Caminar con bastón/andador  Usar férula  Silla  
de ruedas  Cama  de hospital Equipo médico

**Ojos:**

Glaucoma  Cataratas  Necesitan gafas   
Ceguera  Visión  doble Visión borrosa

**Oído, nariz, garganta:**

Sinusitis  Pérdida  de audición Zumbido en los  
oídos  Inflamación

**Cardiovascular:**

Enfermedad  cardíaca Hipertensión  arterial  
Aneurisma  Angina  Dolor  en el pecho Hinchazón  
 de pierna Palpitaciones  
 Insuficiencia cardíaca Fracción de eyección \_\_\_\_%

**Piel / Mama:**

Culebrilla  Eczema  Psoriasis  Bultos  de  
secreción  Erupciones

**endocrinas:**

Diabetes , trastorno  tiroideo, sed  excesiva ,  
hiperlipidemia , obesidad

**Respiratorio:**

EPOC  Asma  Tos  Sibilancia  Dificultad para  
respirar  Bronquitis

**Gastrointestinal:**

ERGE  Pancreatitis  Úlcera  péptica  
Enfermedad  de Crohn Sangre en heces  Acidez

**Genitourinaria:**

Infección  del tracto urinario Enfermedad  renal  
Dolor al  orinar Incontinencia

**Musculoesquelética:**

Fibromialgia  Artritis  Debilidad  Hinchazón   
Espasmos  Dolor  de cuello Dolor  de espalda  
Dolor articular o rigidez

**Neurológico:**

Ictus/AIT  Migrañas  Convulsiones  Mareos   
Pérdida de equilibrio  Cefaleas

**Psicológico:**

Trastorno  bipolar Esquizofrenia  Ansiedad   
Depresión  Insomnio  Pérdida  de memoria  
Psicosis

**Hematológica / Infección:**

TVP  Coágulos  sanguíneos Flebitis  Sangrado  
y hematomas  Anemia  Hepatitis A/B/C  VIH/SIDA  
 Tuberculosis  ETS)

**Cáncer:**

Sí  Sin sitio: \_\_\_\_\_ Fecha de  
diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_   Quimioterapia  
Radioterapia



Jose E. Sarria, MD  
 Yamilet Neninger, MD  
 13801 Bruce B. Downs Blvd. Suite 406  
 Tampa, FL 33613  
 P: 813-444-0989 F: 863-248-8279

**HISTORIAL QUIRÚRGICO**

**POR FAVOR, ENUMERA TODAS LAS CIRUGÍAS. SI NO TE HAN OPERADO NUNCA, SIMPLEMENTE ESCRIBE "N/D"**

FECHA	CIRUGÍA	DOCTOR

**ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES** (Enumera cualquier enfermedad, condición o causa de muerte conocida si corresponde).

Relación	Vivo/Fallecido (V/F)	Enfermedades / Condiciones (pasadas o presentes)
Padre	Edad V/ F: _____	
Madre	Edad V/ F: _____	
Hermanos	Edad V/ F: _____	
Niños	Edad V/ F: _____	

¿Tu familia ha experimentado condiciones similares o dolor crónico?

Sí  No Si es así, explícalo: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL:**

¿Fuma algún cigarrillo? Sí, \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ o ¿has fumado cigarrillos en el pasado? Sí, \_\_\_ No\_\_

(Si es así, indica con qué frecuencia y cuántas al día) \_\_\_\_\_

¿Bebes alcohol? Sí, \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ o ¿has bebido alcohol en el pasado? Sí, \_\_\_ No \_\_\_\_\_

(Si es así, indica con qué frecuencia y cuántas al día) \_\_\_\_\_

¿Algún uso de drogas ilegales? Sí, \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

(Si es así, marque la casilla)  Marihuana  Cocaína  Metanfetamina  Heroína  Otros \_\_\_\_\_

El nivel educativo más alto \_\_\_\_\_

¿Estás estudiando actualmente? Sí, \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Estado civil:  Casado  Soltero  Viudo  Divorciado  Separado.

Historial laboral:  Empleado  Desempleado  Jubilado  Deshabilitado.



Jose E. Sarria, MD  
Yamilet Neninger, MD  
13801 Bruce B. Downs Blvd. Suite 406  
Tampa, FL 33613  
P: 813-444-0989 F: 863-248-8279

**SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA REGISTROS MÉDICOS**

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

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo la publicación de mis historiales médicos para:

**ASPIRE PAIN RELIEF INSTITUTE**  
Attn: **Jose E. Sarria, M.D. || Yamilet Neninger, M.D.**  
13801 Bruce B. Downs Blvd, Suite 406  
Tampa, FL 33613  
**Phone: (813) 444-0989 Fax: (863) 248-8279**

Entiendo que si mis registros se envían por fax, se tomarán precauciones razonables para garantizar la confidencialidad; sin embargo, pueden ocurrir errores de transmisión ocasionalmente. Por la presente libero a **Aspire Pain Relief Institute / Jose E. Sarria, M.D. y Yamilet Neninger, M.D.** de cualquier responsabilidad derivada de tales sucesos.

**Propósito de la solicitud:**

Continuación del cuidado  Uso  personal Seguro  legal  Otros: \_\_\_\_\_

**Registros medicos que se publicarán (revisa todos los que se aplican):**

Historial  médico completo Informes  de imagen Informes  de procedimientos Lista  de medicación Notas de visita

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

Nombre impreso (paciente o aval): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Testigo / Firma del personal: \_\_\_\_\_



Jose E. Sarria, MD  
Yamilet Neninger, MD  
13801 Bruce B. Downs Blvd. Suite 406  
Tampa, FL 33613  
P: 813-444-0989 F: 863-248-8279

## CARTA DE DERECHOS DEL PACIENTE CON DOLOR

Tienes derecho a que tu dolor sea prevenido o controlado adecuadamente, a que te tomen el historial de dolor y medicación, y a desarrollar un plan de manejo del dolor con tu médico. Tienes derecho a saber qué medicamento, tratamiento o anestesia se le administrará y a comprender los riesgos, beneficios y posibles efectos secundarios de tu tratamiento. Tienes derecho a ser informado sobre tratamientos alternativos para el dolor que puedan estar disponibles y a firmar una declaración de consentimiento informado antes de que comience cualquier tratamiento. Tienes derecho a que te crean cuando dices que tienes dolor, a que te evalúen el dolor de forma individual usando la escala 0 = sin dolor, 10 = peor dolor, y a pedir cambios en tu tratamiento si el dolor persiste. Tienes derecho a recibir atención compasiva y respetuosa, a recibir medicación para el dolor de forma oportuna, a rechazar tratamiento sin prejuicio, a buscar una segunda opinión o solicitar un especialista en dolor, a recibir copias de tus historiales médicos si se solicita e a incluir a tu familia en la toma de decisiones sobre tu cuidado.

Certifico que la hoja informativa que he rellenado es correcta, incluyendo información sobre mis médicos actuales y mi historial de adicciones. Espero una atención amable y humana para mi síndrome de dolor intratable por parte de Aspire Pain Relief Institute y su equipo. Este acuerdo permanece vigente hasta que alguna de las partes se retire por escrito o hasta que yo lo incumpla. Si se incumple el contrato, dejaré de ser paciente de Aspire Pain Relief Institute y puede que me aconsejaren buscar tratamiento para la dependencia química si clínicamente lo indica. Entiendo que la desviación o el mal uso de sustancias controladas es un asunto serio de preocupación pública.

Consiento voluntariamente recibir atención en el Aspire Pain Relief Institute, incluyendo procedimientos diagnósticos y tratamientos médicos o quirúrgicos según lo recomendado por el personal médico autorizado. Entiendo que no se han hecho garantías sobre el resultado de los exámenes o tratamientos.

Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente al Aspire Pain Relief Institute. Entiendo que la verificación del seguro es una cortesía y no una garantía de pago, y que soy responsable económicamente de todos los cargos que no cubre el seguro o que mi aseguradora rechaza. Autorizo a Aspire Pain Relief Institute y a cualquier médico responsable a facilitar la información médica necesaria a mi compañía de seguros, PPO o HMO para la tramitación de reclamaciones.

Acepto pagar a Aspire Pain Relief Institute sus tarifas habituales por los servicios prestados en un plazo de sesenta (60) días. Entiendo que soy responsable del pago completo y, si la cuenta se remite a cobros, acepto pagar los honorarios del abogado y los costes de cobro. Una copia de este acuerdo se considerará tan efectiva y válida como el original.

Mi firma a continuación confirma que he leído y comprendido este acuerdo, que los procedimientos o tratamientos me han sido explicados adecuadamente por mi médico o cirujano adjunto, y que he recibido toda la información que deseo.

Estatuto de Fraude de Florida: La Sección 817.234 de los Estatutos de Florida estipula que cualquier persona que, consciente e con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

Por lo tanto, doy autorización a mis proveedores sanitarios, farmacia y a cualquier hospital involucrado en mi atención.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_  
**(o firma del poder notarial)** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

### **Acuerdo de tratamiento para el análisis de medicamentos controlados/Orina (UDS)**

Los doctores de Aspire Pain Relief Institute me están recetando un medicamento opiode, a veces llamado analgésico narcótico. Esta decisión la tomé tras hablarlo con mi médico porque puede ayudar a controlar el dolor. Soy consciente de que el uso de medicamentos opioides conlleva ciertos riesgos asociados, incluyendo, pero no limitándose a, somnolencia, estreñimiento, náuseas, picor, vómitos, mareos, reacciones alérgicas, ralentización de la frecuencia respiratoria y disminución de los reflejos o el tiempo de reacción.

Entiendo que el alivio completo del dolor no siempre se consigue con la terapia con opioides. Mi médico ha hablado conmigo sobre formas alternativas de tratamiento, y entiendo que se están recetando opioides porque los beneficios esperados superan los posibles riesgos en este momento. Mantendré informado a mi médico sobre todos los demás medicamentos y tratamientos que reciba de otros doctores.

No voy a realizar ninguna actividad que pueda ser peligrosa para mí o para otros mientras uso medicamentos opioides. Entiendo que los opioides pueden ralentizar mis reflejos y mi tiempo de reacción, incluso si no me siento afectado. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, operar maquinaria pesada, conducir un vehículo motorizado, trabajar a alturas sin protección o ser responsable de otra persona que no puede cuidarse por sí misma. Entiendo que ciertos medicamentos — Nalbuphine (Nubain), Pentazocine (Talwin), Buprenorphine (Buprenex), and Butorphanol (Stadol)— pueden revertir los efectos de mi medicación para el dolor y causar síntomas de abstinencia (como los que se parecen a una gripe grave).

Acepto no tomar estos medicamentos e informaré a cualquier otro médico de que estoy tomando un opiode y que no puedo tomar los medicamentos mencionados anteriormente. Entiendo que los medicamentos opioides pueden causar adicción, que es una enfermedad caracterizada por el consumo compulsivo de drogas a pesar de los daños. Incluso cuando se toma según lo prescrito, puedo desarrollar un anteo intenso de la medicación. Si surge la adicción, mi médico me ayudará a dejar la medicación gradualmente bajo supervisión médica o me derivará a un especialista en adicciones.

Entiendo que la dependencia física es un resultado normal y esperado del uso prolongado de opioides. Si mi consumo se reduce o se detiene de repente, o si los efectos se revierten con otro medicamento, puedo experimentar síntomas de abstinencia, incluyendo secreción nasal, bostezos, pupilas dilatadas, piel de gallina, calambres abdominales, diarrea, irritabilidad, dolores musculares y síntomas similares a la gripe. Entiendo que la abstinencia de opioides, aunque incómoda, no es una amenaza para la vida y puede tratarse de forma segura.

Entiendo que puede desarrollarse tolerancia, lo que significa que con el tiempo podría necesitar una dosis más alta para lograr el mismo nivel de alivio del dolor. Aumentar la dosis puede no ser siempre apropiado y puede provocar efectos secundarios indeseables. Si se desarrolla tolerancia o mala respuesta, mi médico puede recomendarme otro tipo de tratamiento. El uso crónico de opioides se ha asociado con niveles bajos de testosterona en hombres, lo que puede afectar al estado de ánimo, la resistencia, el deseo sexual y el rendimiento físico. Si planeo quedarme embarazada.

Informaré inmediatamente a mi especialista en obstetricia y a esta consulta. Entiendo que el uso de opioides durante el embarazo puede causar dependencia física en el recién nacido y que la dependencia en los bebés requiere atención médica. Los defectos congénitos pueden ocurrir con o sin el uso de medicación, pero soy consciente de los posibles riesgos al tomar opioides. Para garantizar la necesidad médica y la seguridad, mi médico tratante puede requerir pruebas de drogas como parte de mi plan de tratamiento. Las pruebas se realizarán antes de la prescripción inicial de una sustancia controlada y posteriormente de forma aleatoria al menos dos veces al año, o con más frecuencia si mi médico lo solicita.

Para garantizar la prescripción segura y responsable de sustancias controladas, **Aspire Pain Relief Institute** sigue estrictos protocolos de cumplimiento y supervisión conforme a las directrices federales y estatales.



Jose E. Sarria, MD  
Yamilet Neninger, MD  
13801 Bruce B. Downs Blvd. Suite 406  
Tampa, FL 33613  
P: 813-444-0989 F: 863-248-8279

**Al firmar a continuación, entiendo y estoy de acuerdo en que:**

- El Aspire Pain Relief Institute puede requerir **pruebas aleatorias de orina (UDS)** como parte de mi plan de tratamiento.
- Entiendo que **algunos seguros pueden no cubrir las pruebas UDS**. Si no está cubierta, acepto hacerme responsable del coste de las pruebas (estimado **en 60,00 dólares**).
- Puede que solicite a Aspire que presente una reclamación a mi compañía de seguros. Si la reclamación es denegada, asumiré la responsabilidad financiera del coste.
- Libero a **Aspire Pain Relief Institute, Dr. Jose E. Sarria, M.D. Y Dr. Yamilet Neninger, M.D.** y todos los laboratorios afiliados de cualquier responsabilidad asociada a la recopilación, prueba o informe de resultados.
- Nuestros proveedores no completan determinaciones de discapacidad a largo plazo, discapacidad permanente o capacidad funcional. Estos formularios deben ser rellenados por el médico que gestiona la condición subyacente o la recuperación quirúrgica, como el cirujano tratante o el médico de atención primaria.

Al firmar a continuación, acepto cumplir con este acuerdo como parte de mi atención en el Aspire Pain Relief Institute.

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

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Jose E. Sarria, MD  
Yamilet Neninger, MD  
13801 Bruce B. Downs Blvd. Suite 406  
Tampa, FL 33613  
P: 813-444-0989 F: 863-248-8279

## ACUERDO DE MEDICACIÓN CONTROLADA

Es posible que tu médico te recete medicamentos como parte de tu plan de tratamiento. Por favor, lee detenidamente las siguientes instrucciones, haz cualquier pregunta que tengas y firma este documento una vez que las comprendas y aceptes completamente. Guarda tu copia en un lugar seguro para futuras referencias.

Algunos medicamentos recetados por tu proveedor son sustancias controladas a nivel federal debido a su potencial de mal uso. Todos los pacientes que reciban dichas recetas del Aspire Pain Relief Institute deben aceptar los siguientes términos:

- Soy responsable de la seguridad de mis medicamentos recetados. Si mi medicación se pierde, o es robada, entiendo que NO SE REEMPLAZARÁ ni se renovará bajo ninguna circunstancia.
- Acepto tomar mi medicación exactamente como me recetó mi médico en Aspire Pain Relief Institute. Si tomo mi medicación con más frecuencia de la prescrita, entiendo que NO me lo renovararán antes de tiempo y podría poner en peligro mi salud. Si mi medicación no me proporciona un alivio adecuado, contactaré a Aspire Pain Relief Institute. Puede que me pidan que pida cita con mi médico o asistente médico para revisar mi régimen de medicación.
- No solicitaré ni aceptaré recetas de analgésicos ni de ninguna otra sustancia controlada a otro médico mientras esté bajo el cuidado del Aspire Pain Relief Institute. Hacerlo puede poner en peligro mi salud y conllevar la despedida de la atención del Aspire Pain Relief Institute. La única excepción es si estoy hospitalizado, y notificaré a todos los médicos tratantes mis recetas actuales del Aspire Pain Relief Institute.
- No usaré ni poseeré sustancias controladas ilegales como marihuana (salvo que se me prescriba conforme a la ley estatal), cocaína, heroína, metanfetamina ni sustancias similares mientras reciba medicamentos del Aspire Pain Relief Institute.
- Es mi responsabilidad asegurarme de no quedarme sin medicación los fines de semana o festivos, ya que una suspensión abrupta puede causar síntomas graves de abstinencia. Las recetas no se renovararán sin cita previa. Las solicitudes de renovación deben hacerse únicamente a través de mi farmacia. Permite 3 (tres) días laborables para el procesamiento de la reposición. No se aceptarán solicitudes de reposición por parte del personal de recepción ni por visitas espontáneas. El médico de guardia NO renovará medicamentos fuera de horario, los fines de semana o en festivos. Las recetas no pueden enviarse por correo.
- Debo mantener todos los medicamentos en un lugar seguro. El Aspire Pain Relief Institute no reemplazará los medicamentos perdidos. Si se roban medicamentos, un reemplazo único solo puede considerarse tras la presentación de un informe policial que documente el robo.
- No venderé, compartiré ni desviaré mis medicamentos a otros. No modificaré, copiaré ni falsificaré ninguna receta. Entiendo que estas son acciones ilegales y que el Aspire Pain Relief Institute cooperará plenamente con las fuerzas del orden para investigar y procesar este tipo de comportamiento.
- Presentaré una identificación con foto al recoger las recetas. Si otra persona recoge mi receta, debe presentar un documento de identidad válido con foto. No se liberará ninguna receta sin la identificación adecuada.
- Entiendo que la medicación para el dolor es solo una parte de mi plan de tratamiento. Acepto participar activamente en otras terapias recomendadas, como fisioterapia, terapia conductual o procedimientos intervencionistas. No seguir mi plan de tratamiento puede indicar incumplimiento y puede resultar en la alta del cuidado.
- Si incumplo alguna de las condiciones anteriores, mi tratamiento en el Aspire Pain Relief Institute —incluyendo todas las recetas— puede ser cancelado de inmediato. Esta información puede compartirse con mi médico de cabecera, mi médico remitente, el perito de compensación laboral y cualquier otro proveedor sanitario relevante.
- Acepto mantener todas las citas programadas con Aspire Pain Relief Institute. Si necesito cancelar o reprogramar, daré al menos 24 horas de antelación.

He leído y comprendo completamente el Acuerdo de Medicación Controlada. Acepto cumplir con todas las condiciones anteriores como paciente del Aspire Pain Relief Institute.

Firma del paciente (o firma del poder notarial): \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



Jose E. Sarria, MD  
Yamilet Neninger, MD  
13801 Bruce B. Downs Blvd. Suite 406  
Tampa, FL 33613  
P: 813-444-0989 F: 863-248-8279

### Aspire Pain Relief Institute

Este Acuerdo entre ("Paciente") y en Aspire Pain Relief Institute tiene como objetivo establecer un acuerdo entre Médico/Paciente sobre condiciones claras para la prescripción y uso de medicamentos analgésicos prescritos por el Médico para el Paciente. Médico y paciente coinciden en que este Acuerdo es un factor esencial para mantener la confianza y la confianza necesarias en una relación médico/paciente.

El paciente acepta y acepta las siguientes condiciones para el manejo de los analgésicos prescritos por el médico para el paciente:

Entiendo que los objetivos de este programa son una reducción en la intensidad de mi dolor y una mejora en mi calidad de vida.

Sé que todos los medicamentos pueden tener efectos secundarios. Tendré los análisis de laboratorio recomendados para mantener mi régimen lo más seguro posible y notificaré rápidamente al médico cualquier efecto secundario que pueda experimentar.

Me doy cuenta de que es mi responsabilidad protegerme a mí mismo y a los demás de cualquier daño, incluida la seguridad de mi conducción. Si hay alguna duda de que mi capacidad para realizar alguna actividad con seguridad, Estoy de acuerdo en que no intentaré realizar esa actividad hasta que consulte con el Doctor.

No voy a deshacerme de ninguno de mis medicamentos de ninguna manera hasta que consulte con el médico.

No usaré ninguna sustancia controlada ilegal, incluyendo marihuana, cocaína, heroína, etc.

No compartiré, venderé ni intercambiaré ninguno de mis medicamentos por dinero, bienes o servicios.

No voy a obtener medicación para el dolor de ningún otro doctor. Informaré a todos los doctores sobre la medicación para el dolor y la prescripción del médico. Informaré al médico de todas mis recetas actuales.

Entiendo que debo guardar mis medicamentos en un lugar seguro; y en Aspire Pain Relief Institute no me suministrarán renovaciones adicionales para ningún medicamento recetado que pueda perder. Si me roban la medicación, el médico solo rellenará la receta una vez si se presenta una copia del informe policial sobre el robo en la consulta.

Estoy de acuerdo en que usaré mi medicación a un ritmo NO superior al prescrito y que si la usaré a un ritmo más alto me hará quedarme sin medicación durante un tiempo.

Si cambio de farmacia por cualquier motivo, acepto notificar al médico en el momento en que reciba la receta/recetas.

Acepto renunciar a cualquier privilegio o derecho aplicable de privacidad o confidencialidad respecto a la prescripción de medicamentos y autorizo al médico y a mi farmacia a cooperar plenamente con cualquier agencia de aplicación de la ley municipal, estatal o federal, incluida la Junta Estatal de Farmacia, en la investigación de cualquier posible mal uso, venta u otra división de mis medicamentos para el dolor, Autorizo al médico a proporcionar una copia de este acuerdo a mi farmacia.

Estoy de acuerdo en que me someteré rápidamente a pruebas de orina, sangre y/o saliva cuando me lo soliciten. También me someteré a un recuento de pastillas cuando el médico lo solicite, en un plazo de 24 horas para determinar mi cumplimiento de mis

Acuerdo de gestión. El incumplimiento del acuerdo anterior podría ser motivo para despedir al paciente de la consulta.

Médico y Paciente coinciden en que este Acuerdo es esencial para que el Médico pueda tratar eficazmente el dolor del Paciente y que el incumplimiento de los términos de este Acuerdo puede resultar en la retirada de todos los medicamentos prescritos y la terminación de la relación Médico/Paciente

ENTIENDO Y ACEPTO EN NOMBRE DEL PACIENTE TODO LO ANTERIOR.

Firma del paciente (o firma del poder notarial): \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Jose E. Sarria, MD  
Yamilet Neningen, MD  
13801 Bruce B. Downs Blvd. Suite 406  
Tampa, FL 33613  
P: 813-444-0989 F: 863-248-8279

## **Autorizaciones y acuerdos**

### **Consentimiento para el tratamiento**

Autorizo a Aspire Pain Relief Institute y a sus proveedores a realizar evaluaciones médicas, pruebas diagnósticas y tratamientos que se consideren necesarios para mi atención. Entiendo que no se han hecho garantías sobre los resultados de ningún tratamiento. Tengo derecho a rechazar el tratamiento en cualquier momento.

### **Autorización para divulgar información médica**

Autorizo a Aspire Pain Relief Institute a facilitar u obtener información médica según sea necesario para mi tratamiento, pago o operaciones sanitarias. Esto incluye la comunicación con mi compañía de seguros, abogado o médicos que lo remiten. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito, salvo cuando la información ya haya sido publicada.

### **Acuerdo de Responsabilidad Financiera**

Reconozco que soy responsable económicamente de todos los servicios prestados por Aspire Pain Relief Institute, independientemente de la cobertura del seguro. Entiendo que todos los copagos, deducibles y servicios no cubiertos deben ser pagos en el momento de la notificación. Sé que se puede aplicar una **tasa de 100 dólares** por no presentarse sin aviso de 48 horas y una **tasa de 200 dólares** por no presentarse con 48 horas de aviso.

### **Consentimiento de IA**

Aspire Pain Relief Institute utiliza el AI Note Assist de Practice Fusion, una tecnología compatible con HIPAA que captura de forma segura el audio ambiental durante tu visita para facilitar la documentación clínica. No se almacenan grabaciones de audio, y todas las notas generadas son revisadas y editadas por tu proveedor sanitario antes de añadirlas a tu historial médico. Tu privacidad sigue protegida por la HIPAA y las leyes estatales aplicables. Puede rechazar o retirar su consentimiento en cualquier momento sin afectar su atención. Al firmar a continuación, reconoces que has leído y comprendido esta información y das tu consentimiento para el uso de la AI Note Assist de Tebra durante tu visita.

### **Acuerdo de Arbitraje (Capítulo 682 de los Estatutos de Florida, 2025)**

Estoy de acuerdo en que cualquier disputa, incluidas las relacionadas con la atención médica, honorarios o servicios, se resolverá mediante arbitraje vinculante conforme al Código de Arbitraje de Florida, Capítulo 682. Este acuerdo se aplica a toda la atención presente y futura proporcionada por Aspire Pain Relief Institute y puede ser ejecutada en un tribunal competente.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Firma (Paciente o tutor):** \_\_\_\_\_

**Testigo / Firma del personal:** \_\_\_\_\_



Jose E. Sarria, MD  
Yamilet Neningen, MD  
13801 Bruce B. Downs Blvd. Suite 406  
Tampa, FL 33613  
P: 813-444-0989 F: 863-248-8279

## **Aviso de Prácticas de Privacidad**

### **1. Nuestro deber legal**

Aspire Pain Relief Institute está obligado por ley federal y estatal a mantener la privacidad de tu Información de Salud Protegida (PHI) y a proporcionarte este Aviso explicando nuestros deberes legales y prácticas de privacidad. Seguiremos los términos de este Aviso y le notificaremos si nuestras prácticas de privacidad cambian. El Aviso actualizado estará disponible en nuestra oficina y en nuestra página web.

### **2. Cómo podemos utilizar y divulgar tu información medica**

Podemos utilizar y compartir tu PHI para tratamiento, pagos y operaciones sanitarias, así como cuando la ley lo requiera. Esto incluye compartir información con otros proveedores, aseguradoras o entidades involucradas en tu atención, facturación o aseguramiento de calidad. También podemos compartir información limitada con familiares o cuidadores con tu consentimiento.

### **3. Otros usos y divulgaciones requieren tu autorización**

No utilizaremos ni divulgaremos su PHI para fines no descritos en este Aviso a menos que dé autorización por escrito. Esto incluye, pero no se limita a, notas de psicoterapia, comunicaciones de marketing o la venta de PHI. Puede revocar la autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que ya hayamos actuado en consecuencia.

### **4. Tus derechos respecto a tu información medica**

Tienes derecho a acceder, modificar y solicitar restricciones sobre tu información médica. Puede obtener un registro de las divulgaciones, solicitar métodos de comunicación confidenciales, recibir una copia en papel o electrónica de este Aviso y ser notificado en caso de una brecha de datos.

### **5. Ley de Remediaciones del Siglo XXI — Acceso e Interoperabilidad a la Información**

Aspire Pain Relief Institute cumple con la Ley de Cures, garantizando tu derecho al acceso electrónico y al intercambio de tu información médica. No retrasaremos, bloquearemos ni restringiremos de forma irrazonable el acceso a tus datos electrónicos de salud.

### **6. Seguridad y Salvaguardas de los Datos**

Utilizamos salvaguardas administrativas, físicas y técnicas para proteger tu información, incluyendo cifrado, controles de acceso seguros y formación de empleados para garantizar la confidencialidad.

Quejas y preguntas

Si tiene preguntas o inquietudes, por favor contacte con nuestro Responsable de Privacidad:

Responsable de Privacidad  
Aspire Pain Relief Institute  
13801 Bruce B. Downs Blvd., Suite 406 Tampa, FL 33613  
Teléfono: (813) 444-0989 | Fax: (863) 248-8279  
Correo electrónico: [ma2@aspirepainrelief.com](mailto:ma2@aspirepainrelief.com)



Jose E. Sarria, MD  
Yamilet Neninger, MD  
13801 Bruce B. Downs Blvd. Suite 406  
Tampa, FL 33613  
P: 813-444-0989 F: 863-248-8279

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. – Oficina de Derechos Civiles (OCR) 200 Independence Avenue SW, Washington, DC 20201 Número gratuito: 1-877-696-6775 | [www.hhs.gov/ocr/privacy](http://www.hhs.gov/ocr/privacy)

No habrá represalias por presentar una queja.

**Cambios en este aviso**

Aspire Pain Relief Institute se reserva el derecho de modificar este Aviso en cualquier momento. Las versiones actualizadas se aplicarán a todas las PHI mantenidas por nuestra consulta y estarán disponibles en nuestra oficina y en nuestra página web.

**Recivo**

El Aspire Pain Relief Institute cumple con la **Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA)**, la **Ley de Tecnología de la Información Sanitaria para la Salud Económica y Clínica (HITECH)** y la **Ley de Curas del Siglo XXI**. Puede solicitar una copia impresa o electrónica de nuestro Aviso completo de Prácticas de Privacidad en cualquier momento.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, comprendido y acepto cada uno de los puntos mencionados anteriormente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi cuidado, obligaciones financieras, derechos de privacidad y acuerdos de medicación.

**Paciente/Aval Nombre:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del testigo del personal:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_