POLIZA DE REABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS

NCH PHYSICIAN GROUP – NEUROSURGERY

Para garantizar la seguridad de todos los pacientes, NCH Neurosurgery tiene una política integral para el reabastecimiento de medicamentos. Es muy importante planificar con anticipación.

Generalmente, toma de 1 a 3 días hábiles volver a surtir sus recetas. Debemos revisar su expediente médico, verificar las fechas de vencimiento, verificar la cantidad de medicamentos y asegurar la elegibilidad para poder reabastecer medicinas. Comuníquese con nosotros al menos 3 días antes de que se agote su medicamento para solicitar reabastecimiento. Tenga en cuenta que ninguna receta se escribe los fines de semana ni después de las 4:30 pm, durante los días de la semana.

Las solicitudes de reabastecimiento también se pueden realizar a través de su farmacia. La farmacia enviará la información que necesitamos a nuestro consultorio y, después de la confirmación, se la presenta al proveedor para su autorización final. Ciertos medicamentos requieren pruebas de laboratorio antes de que se puedan volver a llenar.

• Existen controles estrictos cuando se recetan opioides. La ley de Florida prohíbe que se prescriban opioides desde la farmacia (y/o por telefono). Los pacientes deben ser atendidos en el consultorio primero, antes de que se vuelva a emitir opioides.

• La ley requiere un límite de 3 días en las recetas de opioides para el dolor agudo. Es muy importante que los pacientes que toman opioides los tomen según lo prescrito por el proveedor.

• Las renovaciones de medicamentos solo pueden autorizarse en medicamentos recetados por el Dr. Edison Valle. El Dr. Valle no prescribe medicamentos recetados por otros proveedores.

• Las recetas no pueden enviarse por correo ni enviarse. Las recetas de sustancias controladas deben recogerse en la oficina. Todos los demás medicamentos pueden enviarse electrónicamente a su farmacia si participan en la prescripción electrónica.

• Por favor, comprenda que los analgésicos se recetan a pacientes que se someten a una cirugía o un procedimiento únicamente. Si usted no necesita cirugia, es posible que lo deriven a un médico del dolor para controlar el dolor.

• Si su dolor persiste durante más de 2 meses después de la fecha de la cirugía, programe una cita con su médico primario para que lo evalúen para una posible derivación a terapia del dolor.

Gracias por entender nuestra póliza en el uso de medicamentos.

Firma del paciente _____ Fecha _____

FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE DE SERVICIOS CEREBRALES: SECCIÓN DEL PACIENTE
□ CLÍNICO NUEVA PACIENTE □ CLÍNICO CONSULTAR - SOLICITADA POR:

HISTORIA:

¿Cuál es tu principal queja? _____
_____

En sus propias palabras, explique CUÁNDO y CÓMO comenzaron sus síntomas. _____
_____
_____
_____

¿Quién te ha remitido a nosotros? Nombre: _____
Dirección y número de teléfono: _____
¿Es este su médico de atención primaria? □ Si □ No? Si no es así, ¿quién es su médico de atención primaria?
Nombre: _____
Dirección y número de teléfono: _____
¿Qué diagnóstico le ha dado su médica? _____

Describa los síntomas por los que lo derivan.
□ Dolores de cabeza □ Visión doble □ alteración del equilibrio □ debilidad □ dolor en la cara □ gota facial □ pérdida de audición □ pérdida de visión □ zumbido en los oídos □ falta de olfato o gusto □ dificultad para tragar □ anomalía del habla □ temblores □ rigidez de cuello □ intolerancia a la luz del día □ Otro:
_____

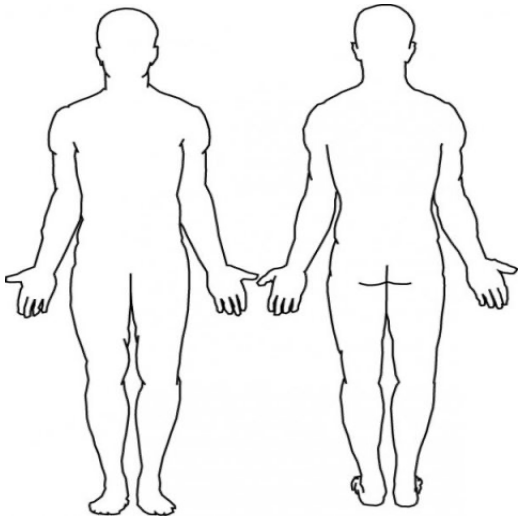
¿Cómo comenzaron sus síntomas actuales?
□ de repente □ gradualmente □ trauma: _____

DIBUJO DEL DOLOR: si tiene dolor, ¿dónde está ahora?

Marque las áreas de su cuerpo donde siente la sensación descrita a continuación usando el símbolo apropiado.

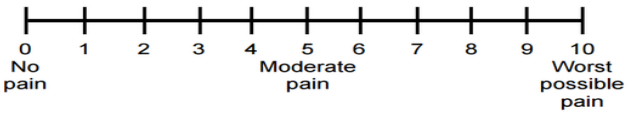
Marque las áreas de radiación. Incluya todas las áreas afectadas. Para completar la imagen, dibuja tu cara.

Adolorido	*Adormecimiento*	*Agujas y alfileres*	*Ardiente*	*Apuñalamiento*
^^^	===	ooo	XXX	///



FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE DE SERVICIOS CEREBRALES: SECCIÓN DEL PACIENTE

En una escala del 0 al 10, marque el nivel de dolor/malestar, siendo 0 ninguno y 10 insoportable (marque solo uno).



Si es dolor, ¿cómo describiría su dolor?
☐ afilado ☐ tedioso ☐ profundo ☐ superficial ☐ constante ☐ intermitente
☐ Otro: _____

¿Cuánto tiempo ha tenido sus síntomas?
☐ 1-7 días ☐ 8-14 días ☐ 15-21 días ☐ 22-28 días ☐ 1 mes ☐ 2 mes ☐ 3 mes
☐ 6 mes ☐ 9 mes ☐ más de 1 año - # años _____

¿Qué empeora sus síntomas?
☐ acostada ☐ sesión ☐ de pie ☐ para caminar ☐ flexionándose hacia adelante ☐ inclinándose hacia atrás
☐ tosiendo ☐ flexión del cuello ☐ extensión del cuello ☐ rotación del cuello ☐ nunca empeora
☐ Otro: _____

¿Qué mejora sus síntomas?
☐ acostada ☐ sesión ☐ de pie ☐ para caminar ☐ apoyado en el carrito de la compra ☐ nada
☐ manipulación (fisioterapia, quiropráctica, masajes) ☐ narcóticos ☐ antiinflamatorio / aspirina
☐ flexión del cuello ☐ extensión del cuello ☐ rotación del cuello ☐ Otro: _____
_____

¿Ha habido algún cambio en sus hábitos de evacuación intestinal y vejiga (incontinencia)?
☐ no ☐ sí – Describir: _____

¿Qué otros tratamientos ha recibido para su problema actual? Por favor explique cualquier respuesta "sí" en el espacio a continuación.
¿Tratamiento quiropráctico para esta enfermedad o lesión? ☐ sí ☐ no
¿Terapia física? ☐ sí ☐ no
¿Alguna vez ha recibido una inyección de esteroides para este problema? ☐ sí ☐ no
¿Alguna vez ha recibido radiación? ☐ sí ☐ no Hace cuanto tiempo? _____ meses/años
¿Alguna vez ha recibido un paquete de dosis de Medrol (esteroides) para este problema? ☐ sí ☐ no
¿Ha tomado medicamentos recetados para este problema? ☐ sí ☐ no
¿Ha tenido alguna cirugía por su problema actual? ☐ sí ☐ no ☐ Si es así, ¿cuántos? _____
Si tiene una derivación VP, ¿conoce el tipo de válvula y la configuración actual? _____
¿Alguna vez ha sido hospitalizado por este problema? ☐ sí ☐ no
¿Alguna vez ha tenido algún tratamiento de base endovascular / catéter para su problema actual? ☐ sí ☐ no
Si es así, cuántos? _____
¿Alguna vez ha recibido tratamiento por depresión, ansiedad o problemas de salud mental? ☐ sí ☐ no
¿Estaría dispuesta a considerar la cirugía para sus síntomas? ☐ sí ☐ no

FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE DE SERVICIOS CEREBRALES: SECCIÓN DEL PACIENTE

¿Tiene actualmente alguno de estos síntomas? Marque "Sí" o "No" para cada síntoma.

sí	no	Síntomas constitucionales
		Fiebre
		Sudores nocturnos
		Debilidad o fatiga generalizada
		Aumento de peso
		Pérdida de peso

sí	no	Cardiovascular
		Dificultad para respirar
		Dolor de pecho
		Arritmia
		Palpitaciones

sí	no	Respiratorio
		Tosiendo sangre
		Tos crónica
		Sibilancias

sí	no	Gastrointestinal
		Sangre en las heces
		Taburete negro o descolorido
		Dolor abdominal
		Dificultad para tragar
		Náuseas o vómitos
		Diarrea
		Estreñimiento
		Distensión abdominal
		Masa o bultos abdominales

Otro: _____
_____
_____
_____
_____
_____

sí	no	Genitourinario
		Ardor al orinar
		Orina oscura o descolorida
		Dificultad para iniciar o finalizar el flujo de orina
		Control deficiente de la vejiga
		Pérdida de la sensibilidad genital
		Cualquier tipo de disfunción sexual

sí	no	Piel / Senos
		Piel seca
		Sarpullido corporal o urticaria
		Descarga de los pezones
		Bulto en el pecho
		Problemas con la cicatrización de heridas
		Cambio en un topo
		Hoyuelos de la piel
		Cambio de color o temperatura de la piel

sí	no	Hematológico / linfático
		Fácilmente moretones o sangrados
		Hemorragias nasales

sí	no	Musculoesquelético
		Masas o bultos
		Hinchazón
		Incapacidad para sentir calor o frío
		Coordinacion pobre
		Pérdida de control de brazos o piernas
		Pérdida de masa muscular
		Sensaciones anormales en brazos o piernas
		Dolor de cuello
		Dolor de espalda
		Entumecimiento
		Hormigueo
		Espasmos musculares

sí	no	Neurológico
		Mala visión
		Visión borrosa
		Visión doble
		Pérdida de la audición
		Zumbido en los oídos
		Entumecimiento en la cara
		Pérdida del sentido del olfato
		Pérdida del sentido del gusto
		Cara u ojos caídos
		Ronquera
		Dificultad para hablar
		Dificultad para tragar
		Habla arrastrada
		Dolor de cabeza
		Mareo
		Convulsiones
		Marcha inestable

sí	no	Endocrino
		Poco apetito
		Intolerancia al frío
		Sed excesiva
		Pérdida de vello corporal
		Psicosocial
		Depresión
		Alucinaciones
		Ansiedad
		Cambios de humor

FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE DE SERVICIOS CEREBRALES: SECCIÓN DEL PACIENTE
¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas? Marque sí o no en todas las siguientes opciones.

HISTORIAL MÉDICO: **SÍ** **NO**

Hipertensión (presión arterial alta) _____ □ □
Dislipidemia (colesterol alto o bajo) _____ □ □
Diabetes (demasiada azúcar en sangre) _____ □ □
Tipo de diabetes: controlada / incontrolada
Enfermedad vascular periférica
(vaso sanguíneo bloqueado en las piernas)
_____ □ □
TIA / accidente cerebrovascular _____ □ □
Enfermedad del corazón _____ □ □
Síncope (desmayo)_____ □ □
Nefropatía _____ □ □
BPH (agrandamiento de la próstata)_____ □ □
Úlcera GI _____ □ □
Asma / Enfermedad pulmonar _____ □ □
Anemia _____ □ □
Lupus / Artritis reumatoide /
Espondilitis anquilosante _____ □ □
Cáncer _____ □ □
Fecha _____ Escribe _____
Otro: _____
_____
_____

HISTORIA QUIRURGICA – Enumere las cirugías anteriores.
_____
_____
_____
_____
_____
_____

HISTORIA FAMILIAR

Relación	Historial médico	Causa de la muerte (si es aplicable)
Padre		
Mamá		
Abuelo paterno		
Abuela paterna		
Abuelo materna		
Abuela materna		

HISTORIA SOCIAL

Tabaco **SÍ** **NO**
Fumando actualmente _____ □ □
Fecha de salida: _____
Paquetes por día _____ Años _____
Drogas ilícitas _____ □ □
Ocasional _____ □ □
Bebidas por semana _____
Fecha de salida _____
Ocupación _____
_____

MEDICAMENTOS
_____
_____
_____

ALERGIAS
_____
_____

HISTORIAL DE TRABAJO

¿Puede realizar su rutina diaria con estos síntomas? □ sí □ no

¿Puede trabajar con su condición? □ sí □ no

¿Alguna vez ha presentado una reclamación de compensación laboral relacionada con una lesión en el cuello o el cerebro? □ sí □ no □ N/A

¿Ha estado o estará involucrado en una demanda debido a su problema de cuello o espalda? □ sí □ no

¿Se resuelve la demanda? □ sí □ no

FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE DE SERVICIOS CEREBRALES: SECCIÓN DEL PACIENTE

Firma del paciente **Fecha / hora**

_____