



# NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103  
North Brunswick, NJ 08902  
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

**Faheem Abbasi, M.D.**  
**Board Certified**  
**Physical Medicine & Rehab**

100 Village Ct., Suite 102  
Hazlet, NJ 07730  
Tel: (732) 800-7246

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

SS #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Estudiante:  Tiempo Completo  Medio Tiempo  No Estudiante

Empleador: \_\_\_\_\_ Empleo:  Tiempo Completo  Medio Tiempo  Desempleado  Retirado

¿Como supiste de nosotros? \_\_\_\_\_

Doctor Referente: \_\_\_\_\_ Teléfono de Doctor Referente: \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono de Doctor Primario : \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN ADICIONAL

Raza:  Asian  Native Hawaiian  Otro Pacific Islander  Negro/Africano Americano  Blanco

Indio Americano/ Alaskan Native  Mas de na Raza  Negó a Informar

Etnicidad:  Hispano/Latino  No Hispano/Latino  Negó a Informar

Idioma: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE (CUENTA)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección de Empleador: \_\_\_\_\_



# NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103  
North Brunswick, NJ 08902  
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

**Faheem Abbasi, M.D.**  
**Board Certified**  
**Physical Medicine & Rehab**

100 Village Ct., Suite 102  
Hazlet, NJ 07730  
Tel: (732) 800-7246

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE SEGURO

**Tipo de Cobertura:**  **Primaria**

Compania de Seguro: \_\_\_\_\_ Nombre de Subscritor: \_\_\_\_\_

Relación del Subscritor al Paciente : \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Subscritor : \_\_\_\_\_

**Tipo de Cobertura:**  **Secundaria**

Compania de Seguro: \_\_\_\_\_ Nombre de Subscritor: \_\_\_\_\_

Relación del Subscritor al Paciente : \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Subscritor: \_\_\_\_\_

**Tipo de Cobertura:**  **Compensación Laboral**

Compania de Seguro: \_\_\_\_\_ Fecha de la Lesión: \_\_\_\_\_

ID del Reclamo#: \_\_\_\_\_ Parte del Cuerpo: \_\_\_\_\_

**Tipo de Cobertura:**  **Auto**

Compania de Seguro: \_\_\_\_\_ Fecha de la Lesión: \_\_\_\_\_

ID del Reclamo #: \_\_\_\_\_ Parte del Cuerpo: \_\_\_\_\_

### MÉTODO DE PAGO

¿Cómo pagará los servicios médicos?

Efectivo

Cheque

Tarjeta de Crédito

MC/VISA/Discover Numero: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

**NO SE PRESENTA / NO LLAMADA Se le cobrará una tarifa de \$ 25 a su cuenta.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



# NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103  
North Brunswick, NJ 08902  
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

**Faheem Abbasi, M.D.**  
**Board Certified**  
**Physical Medicine & Rehab**

100 Village Ct., Suite 102  
Hazlet, NJ 07730  
Tel: (732) 800-7246

## Afirmación del Paciente

Certifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender. También entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por el seguro. Autorizo el tratamiento del proveedor en NJPSSA

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Autorización Para la Asignación de Beneficios

Acepte esta Asignación de beneficios como una Asignación general de beneficios para los servicios prestados y presentados por, NJPSSA, en mi nombre, el abajo firmante, autorizado y solicite que

\_\_\_\_\_  
(por favor imprima su nombre de seguro aquí)

Para los servicios mencionados anteriormente, cambie el asignatario y realice el pago de los beneficios que puedan deberse a este documento.:  
NJPSSA, LLC

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular de la Póliza

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
ID #

\_\_\_\_\_  
Número de Grupo

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el Titular de la Póliza

Una copia de esta Asignación de beneficios se considerará original y vinculante.

De acuerdo con N.J.S.J 17B: 24-4, "Asignaciones", establece lo siguiente con respecto a una compañía de seguros que honra Asignación de beneficios: Cualquier asignación de este tipo, ya sea hecha antes o después de la fecha de vigencia de esta ley, deberá le da derecho al asegurador a tratar con el cesionario como propietario de todos los derechos y beneficios conferidos al asegurado bajo la política de acuerdo con los términos de la asignación.



# NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103  
North Brunswick, NJ 08902  
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

**Faheem Abbasi, M.D.**  
**Board Certified**  
**Physical Medicine & Rehab**

100 Village Ct., Suite 102  
Hazlet, NJ 07730  
Tel: (732) 800-7246

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero Telefonico: \_\_\_\_\_

Para divulgar la información médica del paciente mencionado anteriormente a:

Nombre: NJ Pain, Spine @ Sports Associates

Dirección: 2090 Route 27, Suite 103

Ciudad: North Brunswick Estado: NJ Código Postal: 08902

Esta solicitud y autorización se aplica a:

Información de atención médica relacionada con el siguiente tratamiento, condición o fechas:

\_\_\_\_\_

Toda la información de salud

Si  No Autorizo la divulgación de cualquier registro relacionado con drogas, alcohol o tratamiento de salud mental a la (s) persona (s) mencionada (s) arriba.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (IMPRESIÓN)

\_\_\_\_\_  
Firma del Guardián del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo



# NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103  
North Brunswick, NJ 08902  
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

Faheem Abbasi, M.D.  
Board Certified  
Physical Medicine & Rehab

100 Village Ct., Suite 102  
Hazlet, NJ 07730  
Tel: (732) 800-7246

## FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez te han dicho o te han dicho que tienes (marque todo lo que corresponda)

### Cardiovascular:

- Dolor en el pecho o Angina
- Enfermedad del corazón
- Ataque al corazón, arteria bloqueada
- Insuficiencia cardíaca congestive
- Presion alta
- Enfermedad vascular periférica
- Aborto anormal del corazón
- Marcapasos
- Angioplastia o catéter cardíaco
- Fiebre reumática
- Válvula cardíaca dañada

### Respiratorio:

- Asma
- Falta de respiración
- Enfisema
- Tuberculosis
- Fuma: Ahora Pasado

### Neurológico:

- Ataque de epilepsia
- Desmayos o mareos
- Carrera \_\_\_\_\_
- Dolores de cabeza / Migrañas

### Gastrointestinal:

- Úlcera, Acidez estomacal, Reflujo
- Diverticulitis o colitis
- Otro \_\_\_\_\_

### Cancer:

\_\_\_\_\_

### Metabólico:

- Diabetes \_\_\_\_\_
- Thyroid Disease
- Adrenal Gland Problem
- Steroid use \_\_\_\_\_

### Hígado / Riñón / Sangre:

- Enfermedad del riñon
- Derivación, injerto, fistula
- Diálisis
- Enfermedad del hígado
- Vesícula biliar
- Hepatitis (Tipo \_\_\_\_\_)
- Anemia
- Facilidad de moretones o sangrado

### Otro:

- Entumecimiento o dolor crónico
- Depresión o ansiedad
- Otros problemas nerviosos: \_\_\_\_\_
- Anticoagulantes (diluyente de sangre)
- Lesión al espalda / daño a los nervios
- Condición de piel
- Artritis, reumatismo
- Dentadura Postiza  Plato parcial
- Lentes  Audifonos

### ROS: Marque la casilla si tiene alguno de los siguientes

- Falta de aliento
- Hinchazón o erupción
- Dolor abdominal
- Tos, producción de esputo, sibilancias
- Dolores de cabeza ¿Qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Fiebre, pérdida de peso, sudor
- Dolor en el pecho, palpitaciones
- Cambio intestinales, náuseas
- Embarazada o posibilidad
- Debilidad o parálisis de brazos o piernas
- Mareos, cambios en la visión, aturdimiento
- Cambio en los hábitos de la vejiga (frecuencia, dolor)
- Facilidad de moretones, sangrado, anticoagulantes

### Historia Social/Familiar:

Madre: vivo / fallecido Causa \_\_\_\_\_

Padre: vivo / fallecido Causa \_\_\_\_\_

Dieta habitual: \_\_\_\_\_ Alcohol: bebidas por dia \_\_\_\_ Otro uso de drogas: \_\_\_\_\_

¿Su lesión está relacionada con un accidente? \_\_\_\_\_ en caso afirmativo, responda la pregunta 1-7; de lo contrario, pase a la pregunta número 8

1. ¿Qué tipo de vehículo estuvo involucrado en el accidente?  Camión  Caro  Motocicleta  Otro
2. ¿Eras un  Conductor  Pasajero  Peatonal
3. Si pasajero, por favor indique su ubicación en el automóvil \_\_\_\_\_
4. ¿Tu vehículo se movió cuando ocurrió el accidente?  Si  No Mph? \_\_\_\_\_
5. ¿Su vehículo chocó contra otro (s) vehículo (s)?  Si  No Donde? \_\_\_\_\_
6. ¿Otro vehículo (s) golpeó su vehículo?  Si  No Donde? \_\_\_\_\_
7. Describa el accidente Incluyendo la causas que rodean las circunstancias

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Revisado por el Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# NJ Pain, Spine & Sports Associates

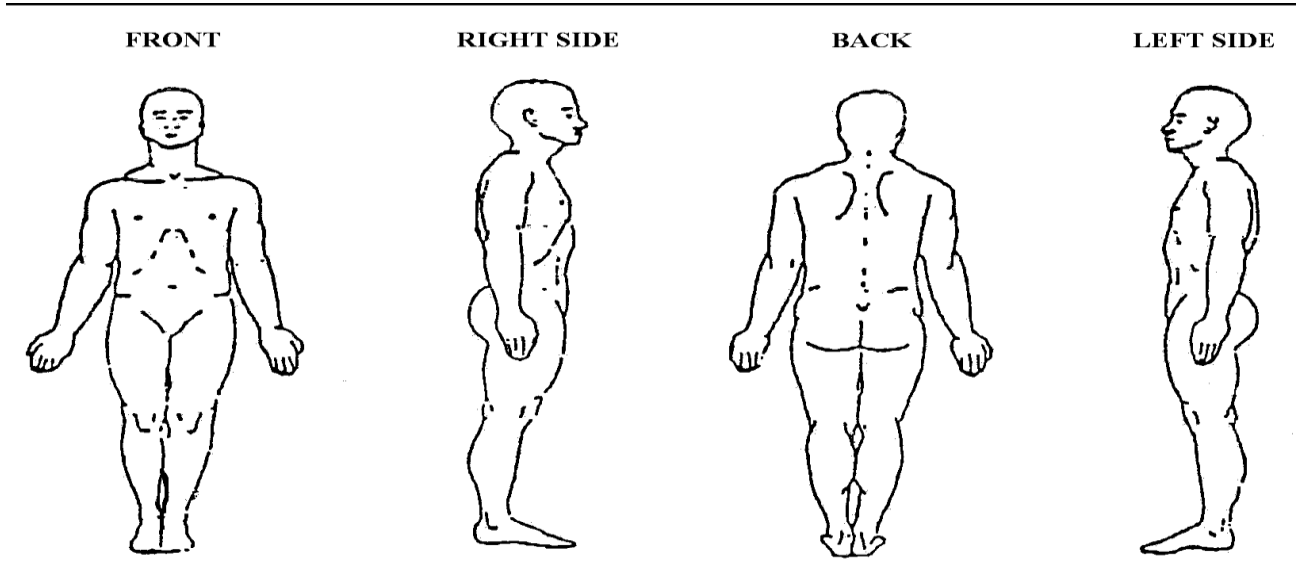
2090 Route 27, Suite 103  
North Brunswick, NJ 08902  
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

**Faheem Abbasi, M.D.**  
**Board Certified**  
**Physical Medicine & Rehab**

100 Village Ct., Suite 102  
Hazlet, NJ 07730  
Tel: (732) 800-7246

## FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA (Continuado)

8. Por favor marque las áreas en el siguiente diagrama donde está teniendo dolor:



9. ¿Dónde está localizado el dolor? \_\_\_\_\_
10. ¿Su dolor irradia a cualquier parte? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No    Donde? \_\_\_\_\_
11. ¿Cuándo empezó? \_\_\_\_\_
12. ¿Cuánto tiempo has tenido el dolor? \_\_\_\_\_
13. Comenzo: \_\_\_\_ Gradualmente \_\_\_\_ Repentinamente \_\_\_\_ No es seguro
14. ¿Con qué frecuencia ocurre el dolor?  Constante  Muchas veces al día  De vez en cuando  Menos que a diario
15. ¿Ha cambiado el dolor desde que comenzó?  Mejorando  Empeorando  No cambio
16. ¿Cómo comenzó? \_\_\_\_\_
17. ¿Qué mejora el dolor?  
 En pie  Sentado  Caminando  Acostado  Flexionándose hacia adelante  Arqueando hacia atrás  
 Tos /estornudos  Usando baño  Otro \_\_\_\_\_
18. ¿Qué empeora el dolor?  
 En pie  Sentado  Caminando  Acostado  Flexionándose hacia adelante  Arqueando hacia atrás  
 Tos/estorudos  Usando baño  Otro \_\_\_\_\_
19. Marque todos lo que describen su dolor:  
 Dolor  Ardiente  Calambres  Estremecimiento  Palpitante  Agudo  Disparo  
 Puñalada  Entumecido  Pesado  Sensible  Terrible  Fatigoso  Agotador  
 Nauseabundo  Temeroso  Castigoso  Cruel
20. ¿Cuál es su nivel actual de dolor en una escala de 0 a 10, donde 0 es sin dolor y 10 es grave? \_\_\_\_\_
21. ¿Qué exámenes has hecho?
22.  MRI  CT  Radiografía  EMG  Otro \_\_\_\_\_
23. ¿Qué tratamiento has probado para tu dolor?  
 \_\_\_\_ Ejercicio \_\_\_\_ Masaje \_\_\_\_ Quiropráctico \_\_\_\_ Acupuntura \_\_\_\_ Faja \_\_\_\_ Terapia física  
 \_\_\_\_ Paquete caliente \_\_\_\_ Paquete frío \_\_\_\_ Bloqueo de nervio \_\_\_\_ Psicólogo \_\_\_\_ Psiquiatra \_\_\_\_ Cirugía

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Revisado por el Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103  
North Brunswick, NJ 08902  
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

**Faheem Abbasi, M.D.**  
**Board Certified**  
**Physical Medicine & Rehab**

100 Village Ct., Suite 102  
Hazlet, NJ 07730  
Tel: (732) 800-7246

## FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA (Continuado)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

### Medicamentos previos probados (marque a todos los que correspondan)

#### NSAIDS

- Aspirin
- Ibuprofen
- Advil
- Motrin
- Naprosyn

#### Medicina del sueño

- Ambien
- Restoril
- Benedryl
- Halcion

#### Antidepresivos

- Elavil
- Amityptilline
- Prozac
- Effexor
- Zoloft
- Deseryl
- Paxil
- Pamelor
- Serozone
- Desipiramine
- Remeron

#### Narcóticos

- Vicodin
- Darvocet
- Tylenol 3
- Tylox
- Codeine
- Percocet
- Percodan
- MS Contin
- Cxycontin
- Demerol
- Morphine
- Methadone
- Dilaudid

#### Relajación

- Flexeril
- Valium
- Xanax
- Ativan
- Librium

#### Medicamentos para el dolor

- Neurontin
- Klonopin
- Dilantin
- Baclofen
- Ultram
- Prozacin
- Mexitil
- Prazocin

### Indique si tiene Alergias:

#### Alergias

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Reacción

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Indique todas las Cirugías anteriores:

#### Cirugías

#### Fecha

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

### Medicamentos que toma en el hogar (incluidos analgésicos)

<u>Medicina</u>	<u>Dosis</u>	<u>Con qué frecuencia</u>	<u>Ultimo dosis</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

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



# NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103  
North Brunswick, NJ 08902  
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

**Faheem Abbasi, M.D.**  
**Board Certified**  
**Physical Medicine & Rehab**

100 Village Ct., Suite 102  
Hazlet, NJ 07730  
Tel: (732) 800-7246

Revisado por el Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de la Pérdida: \_\_\_\_\_

1. Yo \_\_\_\_\_, el abajo firmante, en lo sucesivo denominado "el paciente", cede por la presente todos mis derechos e intereses a **NJ Pain, Spine & Sports Associates**, en lo sucesivo denominado "el proveedor médico" para buscar y obtener el pago en mi nombre. Esta asignación incluirá, pero no se limita a, todos los derechos disponibles para mí de conformidad con los Estatutos de Protección contra Lesiones Personales del Estado de Nueva Jersey.
2. Yo, asigno, al proveedor médico, todos mis derechos y beneficios en virtud del contrato de seguro para el pago de los servicios prestados a mí. Sin embargo, con el consentimiento de ambas partes, el mismo será revocable.
3. Yo, el paciente, entiendo y acepto que si me niego voluntariamente a cumplir con las solicitudes razonables de la compañía de seguros, se puede denegar el pago de mis cuentas médicas y seré responsable por las mismas.
4. Yo, el paciente, autorizo a mi abogado de lesiones corporales a pagarle directamente al proveedor de servicios médicos cualquier cantidad adeudada en mi cuenta, o la deduzco de cualquier acuerdo que se haya realizado en mi nombre.
5. Yo, el paciente, por la presente ordeno a mi compañía de seguros de salud y / u otra compañía de seguros que emita el pago en mi nombre directamente al proveedor de servicios médicos. El cheque debe hacerse a nombre del proveedor médico. Además, en el caso de que la compañía de seguros de salud y / u otra compañía de seguros no envíe el cheque al proveedor médico, endosaré y firmaré el cheque al proveedor médico dentro de los (5) días posteriores a la recepción del mismo.
6. Yo, el paciente, reconozco que no presentaré una demanda y / o arbitraje para el pago de las facturas médicas del proveedor anterior a menos que el proveedor médico me pida hacerlo. Entiendo que el proveedor médico mencionado anteriormente tiene un abogado y cobrará el pago en mi nombre de la compañía de seguros.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_





# NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103  
North Brunswick, NJ 08902  
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

**Faheem Abbasi, M.D.**  
**Board Certified**  
**Physical Medicine & Rehab**

100 Village Ct., Suite 102  
Hazlet, NJ 07730  
Tel: (732) 800-7246

## Acuerdo de Medicamentos Narcóticos y Formulario de Consentimiento

Usted ha aceptado recibir narcóticos para el tratamiento de su dolor del Dr. F. Abbasi ("Médico del dolor"). Es importante que comprenda los riesgos y las responsabilidades que conlleva este tratamiento. Lea e inicie cada declaración para expresar su comprensión. Si tiene alguna pregunta con respecto a esta información o nuestra política con respecto a la prescripción de narcóticos, solicite una aclaración.

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo que:

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Doy mi consentimiento voluntario para la prestación de la atención, incluidos los tratamientos, la administración de anestésicos y la realización de procedimientos diagnósticos y / o quirúrgicos. Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión de los asistentes Proveedor de Dolor y es responsabilidad del personal llevar a cabo las instrucciones del Proveedor de Dolor.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** El Proveedor puede divulgar todo o parte del registro del paciente a cualquier persona o corporación que es o puede ser responsable bajo un contrato con el proveedor o el paciente o la Administración de Financiamiento de Cuidado de la Salud y / o el abogado del paciente, por la totalidad o parte de los cargos del proveedor, que incluyen, entre otros, compañías de seguros de pacientes, trabajadores transportistas de compensación, fondos de asistencia social o el empleador del paciente si se trata de un caso de indemnización laboral.

- \_\_\_\_\_ Cualquier tratamiento médico es inicialmente un ensayo y la prescripción continua de narcóticos se basa en la evidencia del beneficio. Entiendo que el objetivo de usar narcóticos es aumentar mi nivel funcional y disminuir mi dolor. Si no se logran estos objetivos, se suspenderá el medicamento.
- \_\_\_\_\_ Soy consciente de que el uso de dicho medicamento tiene ciertos riesgos asociados, que incluyen, entre otros: Somnolencia o somnolencia, estreñimiento, náuseas, picazón, vómitos, aturdimiento, mareos, confusión, alergia reacción, ralentización de la frecuencia respiratoria, ralentización de los reflejos o del tiempo de reacción, enfermedad renal o hepática, disfunción sexual, dependencia física o psicológica, tolerancia a los efectos analgésicos, adicción, abstinencia y posibilidad de que el medicamento no proporcione alivio completo.
- \_\_\_\_\_ El uso excesivo o mal uso de medicamentos narcóticos puede provocar riesgos graves para la salud, incluida la depresión respiratoria (detención de la respiración) o incluso la muerte.
- \_\_\_\_\_ Este medicamento se controlará estrictamente y mis medicamentos se deben surtir en la misma farmacia. Si surge la necesidad de cambiar de farmacia, nuestra oficina debe ser informada. El nombre de la farmacia y la ubicación de la farmacia que ha seleccionado es:  
Farmacia \_\_\_\_\_ Telefono# \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ No puedo recibir medicamentos por teléfono, ni puedo llamar a la oficina para que se me envíe una receta médica. No se aceptarán las solicitudes de renovación anticipada.
- \_\_\_\_\_ Soy responsable de hacer y mantener las citas programadas. También entiendo que puede tomar hasta 2 semanas para hacer una cita de seguimiento regular.
- \_\_\_\_\_ Tomaré los medicamentos narcóticos solo según lo prescrito. Cualquier cambio debe discutirse primero y acordarse con mi Proveedor de Dolor.
- \_\_\_\_\_ Acepto que solo mi proveedor de dolor recetará medicamentos narcóticos. No obtendré ni usaré narcóticos u otras sustancias controladas de ninguna otra fuente. Instruiré a mis otros proveedores a consultar con el Proveedor de Dolor por cualquier cambio o necesidad de medicamentos adicionales contra narcóticos. Si se informa a la clínica que otros proveedores me recetan medicamentos, Pain Provider se reserva el derecho de discontinuar la prescripción de medicamentos y / o darme de alta en la clínica.



# NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103  
North Brunswick, NJ 08902  
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

**Faheem Abbasi, M.D.**  
**Board Certified**  
**Physical Medicine & Rehab**

100 Village Ct., Suite 102  
Hazlet, NJ 07730  
Tel: (732) 800-7246

## Acuerdo de Medicamentos Narcóticos (Continuación)

- \_\_\_\_\_ Informaré a mi Proveedor de Dolor de cualquier cambio en mi condición médica, cualquier cambio en cualquier medicamento recetado y / o de venta libre (incluyendo hierbas y suplementos) que tomo y de cualquier efecto adverso que pueda experimentar de cualquiera de los medicamentos que Tomo.
- \_\_\_\_\_ Acepto informarle a mi proveedor de dolor sobre mi historial completo y uso personal de medicamentos / medicamentos
- \_\_\_\_\_ No usaré ninguna "droga ilegal" o alcohol ilegal mientras recibo medicamentos de mi Proveedor de Dolor. Los ejemplos incluyen, pero no están limitados, marihuana, cocaína y anfetaminas ("velocidad").
- \_\_\_\_\_ Me comunicaré plena y honestamente con mi proveedor de dolor sobre el carácter y la intensidad de mi dolor, el efecto del dolor en mi vida diaria y qué tan bien el medicamento ayuda a aliviar el dolor.
- \_\_\_\_\_ El análisis de sangre de rutina y las evaluaciones periódicas de drogas pueden ser parte de mi plan de tratamiento. Acepto hacerlos cuando mi proveedor lo solicite.
- \_\_\_\_\_ El proveedor que prescribe tiene mi permiso para analizar todos los detalles de diagnóstico y tratamiento para obtener el historial de recetas con las farmacias dispensadoras, mi compañía de seguros, compañías de beneficios farmacéuticos u otros profesionales que brindan mi atención médica con el propósito de mantener la responsabilidad.
- \_\_\_\_\_ Es un delito obtener narcóticos bajo falsos pretextos. Esto podría incluir obtener medicamentos de más de un médico, tergiversarme a mí mismo para obtener medicamentos, usarlos de una manera diferente a la prescrita o desviar los medicamentos de cualquier otra forma (es decir, vendiendo).
- \_\_\_\_\_ Sé que la medicación narcótica se suspenderá si ocurre algo de lo siguiente:
- Comercio, vando o mal uso de la medicación.
  - La clínica descubre que he roto alguna parte de este acuerdo.
  - No solicito una prueba de sangre o de orina inmediatamente cuando me lo piden.
  - Mi análisis de sangre de sangre o orina muestra la presencia de drogas ilegales.
  - Mi análisis de sangre o orina muestra la presencia o ausencia de medicamentos inesperados o esperados.
  - Obtengo narcóticos de fuentes distintas a las mencionadas Proveedor de Dolor.
  - Cualquier miembro del personal profesional de esta clínica considera que me conviene suspender el tratamiento con narcóticos.
  - Cualquier comportamiento agresivo o inapropiado hacia los proveedores o el personal.
  - Perdi sistemáticamente las citas programadas.
- \_\_\_\_\_ Se entiende que el incumplimiento de este acuerdo puede dar como resultado la cancelación de la terapia, incluida la prescripción de sustancias controladas por parte del Proveedor de Dolor.
- \_\_\_\_\_ He leído el Acuerdo de Medicamentos Narcóticos y sin duda entiendo todo este acuerdo. Al firmar este acuerdo, afirmo que he leído, entiendo y acepto los términos de este acuerdo.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Clinica Testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_