



## Bay Area Orthopedic Surgery and Sports Medicine Bay Area Pain Treatment Center

100 Hospital Drive  
Suite 303  
Vallejo, CA 94589  
Ph 707-645-7210 Fax 707-645-7249  
[www.baosurgery.com](http://www.baosurgery.com)  
administrator@baosurgery.com

Page: 1 of 6

Date: \_\_\_\_\_

Estimado Patient,

Estas programado para ver a la Dra. Natalia Balytsky nuestro medico el tratamiento del dolor. Su cita esta programada para el \_\_\_\_/\_\_\_\_ a la(s) \_\_\_\_\_ am/pm.

Por favor siga estas instrucciones:

- Es imprescindible completar los documentos adjuntos antes de su cita
- Para permitir una experiencia mas agradable y eficiente le pedimos que pre-registrarse. Esto puede hacerse facilmente por correo, fax o correo electronico los documentos adjuntos despues de la terminacion antes de la fecha de la cita.
- Tambien pedimos que se ponga a disposicion las instalaciones donde se llevaron a cabo estudios de diagnostico, puede ser necesario que el mantener los registros o radiografias.
- Traer TODOS los medicamentos que wsta tomando en sus botellas. Esto incluye medicamentos recetados y sen receta. Este es un requisito para todas sus citas con la Dra. Balytsky. Su cita podra ser reprogramada si esto no se suministran a su cita.

Estos formularios seran revisados por la Dra. Balytsky en ese momento. Ademas del cuestionario adjunto son materiales educativos sobre el tratamiento del dolor. Por favor lea atentamente esta informacion como la Dra. Balytsky puede dicutir algunas de estas como opciones para el tratamiento del dolor en el futuro.

Bay Area Pain Treatment Center, Dra. Natalia Balytsky, evalua a los pacientes con enfermedades cronicas, dolorosas. Despues de la evaluacion apropiada, la Dra. Balytsky puede recomendar el tratamiento de diagnostico o terapeuticos. Si va a someterse a una inyeccion o un procedimiento operativo, el objetivo sea eter para facilitar la rehabilitacion o la ayuda en el diagnostico de los gereadores de dolor especifico. Dra. Balytsky puede inyectar menicamento esteroiders papra disminuir la inflamacion y facilitar la rehabilitacion, inyecciones de diagnostico se utilizan para indentificar a los generadores de dolor que limitan la funcion debido al dolor. La intencion del medico es ayudar a mejorar su calidad de vida en promer lugar el diagnostico de la fuente del dolor y mejorar la funcion utilizando diversas modialidades de tratamiento.

Por favor pregunte a la Dra. Balytsky para un explicacion detallada sobre las recomendaciones especificas para el tratamiento. Cada procedimiento tiene riesgos y complicaciones potenciales, que debe quedar claro.

Gracias,

Personal medico

Bay Area Pain Treatment Center



100 Hospital Drive  
Suite 303  
Vallejo, CA 94589  
Ph 707-645-7210 Fax 707-645-7249  
[www.baosurgery.com](http://www.baosurgery.com)  
administrator@baosurgery.com

**MANEJO DE DOLOR ACUERDO PRESCRIPCION DE SUSTANCIA CONTROLADAS**

Yo entiendo que tengo derecho al tratamiento del dolor integral. Debido a la naturaleza de las recetas me gustaria entrar en un acuerdo de tratamiento para prevenir la dependencia de sustancias quimicas como las declaraciones pueden resultar no en Dra. Balytsky proporcionar cuidado continuo para mi.

**LAS RESPONSABILIDADES DE PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
Iniciales Yo soy responsable de mis medicamentos. Si la prescripcion o medicamentos de perdida, robo, o fuera de lugar, **YO ENTIENDO QUE LOS MEDICAMENTOS QUE REEMPLAZAR UNA SOLA VEZ, SI ES UNA COPIA DEL INFORME DE LA POLICIA DEL ROBO** se presenta a la oficina del medico .

\_\_\_\_\_  
Iniciales Medicamentos para el dolor pueden causar somnolencia, especialmente cuando se toman con otros sedantes drogas. No deba alcohol mientras toma el medicamento que le rectaron. Voy a tener cuidado al tomar otros medicamento sedantes, incluyendo menicamentos de venta libre sin receta(como los antihistaminicos).

\_\_\_\_\_  
Iniciales Voy a tomar toda la medicacion sgun lo prescrito. Si mi dolor se alivia o disminuye, voy a gradualmente a la baja el importe de los medicamentos que estoy tomando. Si yo uso todo el medicamento antes de lo que la duracion prescrita, **YO ENTIENDO QUE EL MEDICAMENTO NO SERA MAS PRONTO RELLENADO.**

\_\_\_\_\_  
Iniciales Entiendo que la solicitud de relleno deben ser recibidas antes de mediodia del dia anterior al dia recarga designado. Entiendo quei no se quede sin medicamentos los finde semana y dias festivos, porque abrupta suspender estos medicamentos le causan el sindrome de abstinencia grave .

\_\_\_\_\_  
Iniciales Me comunicare con mi farmacia 48 horas antes de la fecha de mi medicacion se acabe. Mi farmacia fax la solicitud a la oficina para su aprobacion. Entiendo que mi medicacion no sera aprobada si puedo solicitar una recarga antes de la fecha de recarga de 48 horas.

\_\_\_\_\_  
Iniciales Solo **un medico** (MD, PA, or NP) le recetara todo tipo de estupefacientes medicamentos en un momento dado. Entiendo que si recibo medicacion narcotic de muliples proveedores que es motivo de **INMEDIATO CESE DEFINITIVO DE CUIDADO.**

\_\_\_\_\_  
Iniciales Voy a recibir todos los medicamentos de sutancias controladas(droga) **DE SOLO UNA FARMACIA.**  
**ESTOY DE ACUERDO EN QUE NO EXCEDA EL IMPORTE DE LA MEDICACION PRESCRITA**  
ESTOY DE ACUERDO QUE SE ABSTENGAN DE TODA LA MENTE Y EL ESTADO DE ANIMO ALTERER/ILICITAS O ALCOHOL DROGAS ADICTIVAS COMO MENOS QUE SEA AUTORIZADO POR EL PROVEEDOR.

\_\_\_\_\_  
Iniciales Doy mi consentimiento al orina, sangre, drogas y cabello pantallas de drogas segun lo ordenado por el proveedor.

He leido y entendido la politica anterior en renovaciones de medicamentos.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

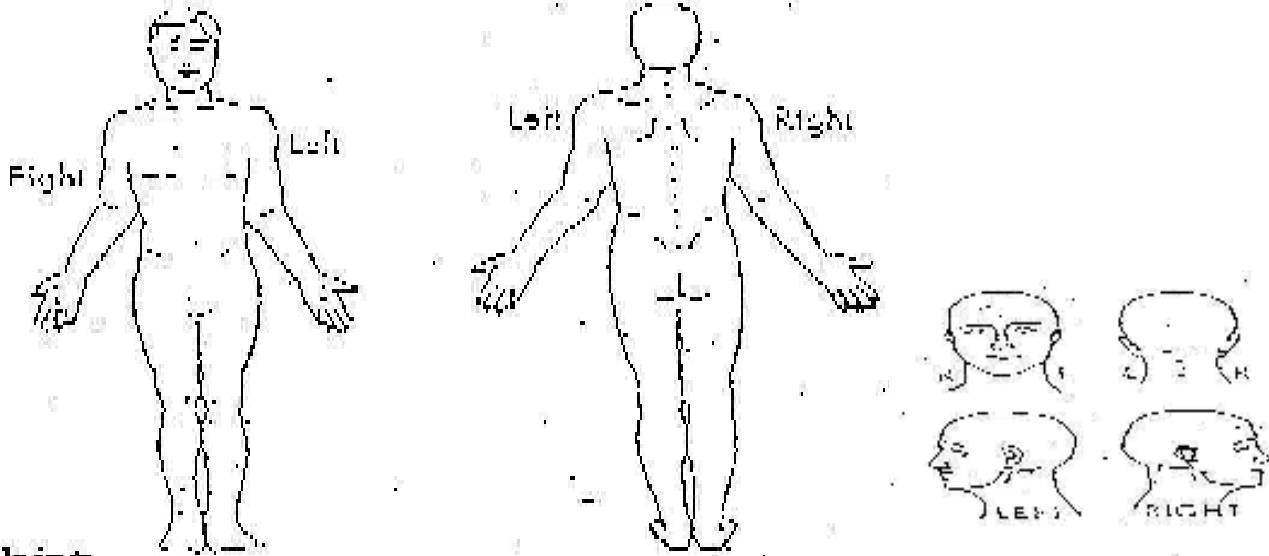


**Cuestionario Del Tratamiento De Dolor**

Cuestionario de Dolor Tratamiento: \_\_\_\_\_

**Historia de Dolor:**

Ubicacion: Utilice los ejemplos de abajo a la sombra en las zonas donde siente dolor. Si el dolor se mueve alrededor mara con una "X" y dibujar una flecha hacia donde se extiende



**Motivo de consulta:**

- |                                  |   |                                  |                            |                            |
|----------------------------------|---|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cabeza  | <input type="checkbox"/> Superior de la espalda | <input type="checkbox"/> Piernas | <input type="checkbox"/> R | <input type="checkbox"/> L |
| <input type="checkbox"/> Cuello  | <input type="checkbox"/> Baja de la espalda     | <input type="checkbox"/> Brazo   | <input type="checkbox"/> R | <input type="checkbox"/> L |
| <input type="checkbox"/> Pecho   | <input type="checkbox"/> Ingle                  | <input type="checkbox"/> Manos   | <input type="checkbox"/> R | <input type="checkbox"/> L |
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Asentaderas            | <input type="checkbox"/> Pies    | <input type="checkbox"/> R | <input type="checkbox"/> L |

**La fecha de duracion:**

Cuando empezo su problema de dolor actual de comenzar: \_\_\_\_\_

Cuando comienzan a empeorar progresivamente: \_\_\_\_\_

**Incio-Como se produjo la lesion:**

- Trabajo lesiones     Lesiones deportivas     Acidente de coches     Desconocida accidentesown

Enfermedades \_\_\_\_\_

Cancer \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Describir velocidad de aparicion del dolor  Repentino  Brusca  Gradual

**Frecuencia:**

Con que frecuencia usted tiene este dolor:             Constante  Intermitente



**Bay Area Orthopedic Surgery and Sports Medicine**  
**Bay Area Pain Treatment Center**

100 Hospital Drive  
 Suite 303  
 Vallejo, CA 94589  
 Ph 707-645-7210 Fax 707-645-7249  
[www.baosurgery.com](http://www.baosurgery.com)  
[administrator@baosurgery.com](mailto:administrator@baosurgery.com)

A que hora del dia es el dolor lo peor:  Manana  Tarde  Noche

**Gravedad:**

Tasa de la severidad de su dolor en este momento con un circulo el numero correspondiente a continuacion

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 (no dolor) (peor dolor imaginable)

Tasa de la severidad de su dolor en promedio con un circulo el numero correspondiente a continuacion

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 (no dolor) (peor dolor imaginable)

**Caracter:**

Sordo  Disparo  Punzante  Agudo  Ardiente  Dolorido

**Associated Signs and Symptoms:** Are you experiencing any of the following please check all that apply:

Debilidad muscular  Entumecimiento/Hormigueo  Disfuncion de la vejiga/el intestino  Sarpullido  Fiebre  
 Trastornos visuales  Cambio de color  Abnormal sudoracion  Cambios en la piel  Cambios de cabello  
 Otro: \_\_\_\_\_  Ninguno

**Factores agravantes y de alivio:** Que actividades o factores de mejorar o empeorar su dolor (marque lo que corresponda)

<u>Actividad</u>	<u>Empeora</u>	<u>Alivia</u>	<u>Ningun Cambio</u>	<u>Actividad</u>	<u>Empeora</u>	<u>Alivia</u>	<u>Ningun Cambio</u>
<u>Ejercicio</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Luces Brillantes</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Subir Escaleras</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Frio</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Ruta en pie</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Calor</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Parado</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Ruido</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Sentado/conduccion</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Emocion</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Toser o estornudar</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Cambio de tiempo</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Elevacion</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Resto</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Acostado</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Toque</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Comiendo</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Other:</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Ninguno Apilca</u>	<input type="checkbox"/>						



# Bay Area Orthopedic Surgery and Sports Medicine Bay Area Pain Treatment Center

100 Hospital Drive  
Suite 303  
Vallejo, CA 94589  
Ph 707-645-7210 Fax 707-645-7249  
[www.baosurgery.com](http://www.baosurgery.com)  
administrator@baosurgery.com

### Efectos sobre las actividades de la vida diaria:

Son sus areas de tu vida que se han visto negativamente afectados por el problema del dolor (ver debajo de todas las que apliquen):

- Sueno
- Apetito
- Relaciones
- Trabajo
- Las finanzas
- Actividad fisica
- Consumo de alcohol/drogas
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada aplica

**Tratamiento:** Que tratamientos ha recibido para que el dolor en el pasado:

- Cirugia
- Bloqueo del nervio
- Inyecciones de esteroides
- Inyeccion de punto gatillo
- Acupuntura
- TENS
- Calor
- Hielo
- Biofeedback
- Hipnosis
- Tecnicas de relajacion
- Asesoramiento
- El traccion
- Tratamiento quiropractica
- Terapia ocupacional
- Terapia Fisica
- Nada aplica
- Medicamento (intentado con o sin exito) \_\_\_\_\_
- Otro(explica): \_\_\_\_\_

**Pruebas de diagnostico:** Ha tenido alguna de las siguientes pruebas realizadas dentro de los ultimos 24 meses:

<u>Pruebas</u>	<u>Fecha</u>	<u>Lugar</u>	<u>Pruebas</u>	<u>Fecha</u>	<u>Lugar</u>
Rayos X	_____	_____	TC	_____	_____
Imagenes por resonancia magnetica	_____	_____	Laboratorios	_____	_____
Electromiograma	_____	_____	Nervios	_____	_____
Conduccion	_____	_____	Discograma	_____	_____
Mielograma	_____	_____	Otro:	_____	_____
Ninguno	<input type="checkbox"/>				

**Educacion:** Cual es el nivel mas alto de estudios terminados: \_\_\_\_\_

**Empleo:** Esta trabajando actualmente:  SI  NO Ocupacion: \_\_\_\_\_

Es esta la misma profesion que tenia antes de que su dolor comenzo:  SI  No

Si usted no esta trabajando tiene dolor que le obliga a dejar de trabajar:  SI  No

Si usted no esta trabajando que era su ocupacion antes de que el dolor se convirtio en problema \_\_\_\_\_

Trabaja su conyuge :  SI  NO Ocupacion: \_\_\_\_\_

Esta siendo tratado en los trabajadores una indemnizacion:  SI  NO

Esta recibiendo beneficios por incapacidad:  SI  NO



# Bay Area Orthopedic Surgery and Sports Medicine Bay Area Pain Treatment Center

100 Hospital Drive  
Suite 303  
Vallejo, CA 94589  
Ph 707-645-7210 Fax 707-645-7249  
[www.baosurgery.com](http://www.baosurgery.com)  
administrator@baosurgery.com

## Sistemas de revision:

Por favor marque a continuacion si usted esta experimentando o ha tenido alguno de los siguientes:

### General:

- Perdida de peso/ganancia
- Escalofrios
- Ninguno

### Oidos, Nariz y Garganta:

- Presion en los senos, drenaje
- Dolor de garganta
- Dificultad para oir
- Problemas de vision
- Ninguno

### Pulmonares y cardiovasculares:

- Dolor de pecho
- Tos
- Dificultad para respirar
- Ninguno

### Gastrointestinal

- Abdominal
- Nauseas/Vomitos
- Diarrhea
- Estrenimiento
- Heces de color negro o con sangre  Ultima menstruacion normal \_\_\_\_\_
- Ninguno

### Genitourinario:

- Dificultad para orinar
- Miccion frecuente
- Sangre en la orina
- Ninguno

### Mujeres:

- Sangrado vaginal
- Flujo vaginal
- Podria estar embarazada
- Estas tratando de quedar embarazada
- Ultima menstruacion normal \_\_\_\_\_
- Ninguno

### Neurologicos y psicologicos:

- Dolor de cabeza
- Perdida del conocimiento
- Confusion
- Depresion
- Pensamientos suicidas
- Intentos de suicidio
- Ninguno

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