

New Patient Information

Patient Name: _____ **DOB:** _____ **Age:** _____
(Nombre de Paciente) (Fecha de Nacimiento) (Edad)

Address: _____ **City:** _____ **ST:** _____ **Zip:** _____
(Direccion) (Ciudad) (Estado) (Codigo)

SSN: _____ - _____ - _____ **Home Phone#** _____ **Work:** _____ **Cell:** _____
(Numero de seguro social) (Telefono de casa) (Telefono de Trabajo) (Telefono de celular)

Employer: _____ **Phone#:** _____
(Nombre de Empleo) (Telefono de Empleo)

.....
Spouse's Name: _____ **DOB:** _____ **Age:** _____
(Nombre de Esposo/a) (Fecha de Nacimiento) (Edad)

Spouse's Employer: _____ **SSN:** _____ - _____ - _____
(Empleo de Esposo/a) (Numero de seguro social)

Insurance Information

(Informacion sobre su Aseguransa)

Primary Insurance: _____ **Phone#:** _____
(Nombre de Aseguransa Primaria) (Numero de Telefono)

Claims Address: _____ **City:** _____ **ST:** _____ **Zip:** _____
(Direccion) (Ciudad) (Estado) (Codigo)

Insured's Name: _____ **Group#** _____
(Nombre de el persona que tienes el Aseguransa) (Numero de Grupo)

Member/ID#: _____ **Policy#:** _____
(Numero de miembro o ID) (Numero de Poliza)

Secondary Insurance

(Informacion sobre su Aseguransa Secundaria)

Secondary Insurance: _____ **Phone#:** _____
(Nombre de Aseguransa) (Numero de Telefono)

Claims Address: _____ **City:** _____ **ST:** _____ **Zip:** _____
(Direccion) (Ciudad) (Estado) (Codigo)

Insured's Name: _____ **Group#** _____
(Nombre de el persona que tienes el Aseguransa) (Numero de Grupo)

Member/ID#: _____ **Policy#:** _____
(Numero de miembro o ID) (Numero de Poliza)

.....
Attorney's Name: _____ **Phone#:** _____
(Nombre de Abogado) (Telefono de su Abogado)

Address _____ **City:** _____ **ST:** _____ **Zip:** _____
(Direccion) (Ciudad) (Estado) (Codigo)

Date of Injury: _____ **Who may we thank for referring you to our office?** _____
(Fecha que fue lastimado) (A quien le debemos las gracias por su referencia?)

Patient's Signature: _____ **Date:** _____
(Firma de Paciente) (Fecha)

AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (ISP) Por Joseph J. Schifini, MD, LTD.

Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre Inicial 2o Nombre (Nombre Anterior U Otros Nombres Usados)

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Si esta Autorización es para cualquier propósito que no sea la publicación de la ISP por motivos personales, por favor indique el propósito aquí abajo:

Autorizo la publicación del historial médico por: Joseph J. Schifini, MD, LTD
600 S. Tonopah Drive
Suite 240
Las Vegas, NV 89106

Por favor publique el historial médico solicitado a: Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: Estado C.P. _____
Número de Teléfono: () - _____
Número de Fax: () - _____

Autorizo expresamente el uso y la revelación de la siguiente ISP: **(Por favor proporcione una descripción detallada de los datos concretos y del periodo que está solicitando)**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Historial de Urgencias _____ | <input type="checkbox"/> Antecedentes Hospitalarios _____ |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes Clínicos _____ | <input type="checkbox"/> Informes de Radiología _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio _____ | <input type="checkbox"/> Películas de Radiología _____ |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de Vacunas _____ | <input type="checkbox"/> Informes de Patología _____ |
| <input type="checkbox"/> Diapositivas _____ | <input type="checkbox"/> Informes de Farmacia _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra _____ | |

Esta autorización caducará el 180o día contado a partir de la fecha en que fue firmada, a menos que se especifique una fecha anterior aquí abajo:

Al firmar el presente Formulario de Autorización, entiendo que estoy autorizando a JJS para que utilicen y/o revelen mi información de salud protegida (ISP) de la manera indicada más arriba. La información que será utilizada o revelada de conformidad con el presente formulario de autorización puede incluir información relacionada con: (1) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o (2) infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), tratamiento del uso indebido de drogas o alcohol, o (3) salud mental o conductual o tratamiento psiquiátrico. Si usted está solicitando anotaciones de las sesiones de psicoterapia mantenidas por un proveedor de salud mental, será necesario llenar otro formulario de autorización. Entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento, informando a JJS mediante notificación por escrito dirigida al Joseph J. Schifini, MD, LTD, Departamento de Administración de la Información de Salud (*Health Information Management Department*), 600 S. Tonoaph Dr., Suite 240., Las Vegas, Nevada 89106, de mi intención de revocar la presente autorización. Entiendo que dicha revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier información que ya fue utilizada o revelada por JJS antes de que JJS recibiera mi notificación por escrito de revocación. Entiendo que si el receptor de la información no está sujeto a las leyes federales o de Nevada sobre la privacidad, la información revelada de conformidad con la presente autorización puede ser revelada de nuevo por el receptor y dejará de estar protegida por las leyes federales o de Nevada sobre la privacidad. La presente Autorización es voluntaria y puedo negarme a firmar este Formulario de Autorización. Entiendo que no estoy obligado a firmar este Formulario de Autorización a cambio de que el paciente reciba tratamiento de JJS.

Firma del Paciente o Representante Personal Autorizado **Fecha**

Relación con el Paciente (Si firma un Representante Personal) **Fecha**

HIPAA - Aviso de Procedimientos En Asuntos Confidenciales de Salud

Este aviso fue publicado y toma efecto a partir de/o antes del 14 de abril de 2003.

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISE ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de Procedimientos en Asuntos Confidenciales de Salud, describe la forma en que nosotros podríamos utilizar y revelar su información médica protegida (PHI) a efecto de llevar a cabo su tratamiento, pago o en asuntos administrativos relacionados con su salud (TPO) y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para tener acceso y control sobre su información médica protegida. La "Información médica protegida" es información que se refiere a usted, e incluye información demográfica, que lo identifica y lo relaciona con alguna condición física o mental presente, pasada o futura, y los servicios médicos asociados con el tratamiento de esta condición.

1. Uso y Diseminación de Información Médica Protegida

Su información médica protegida podrá ser utilizada y revelada por su médico, el personal en nuestra oficina y otras fuentes externas a nuestra oficina que estén involucradas en su tratamiento, con el propósito de proveer servicios médicos para usted, para ayudarle durante el proceso del pago por los servicios médicos de los que usted fue objeto, en apoyo a los asuntos administrativos de la oficina médica que le presta sus servicios, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Nosotros utilizaremos y revelaremos su información médica protegida a efecto de proveer, coordinar, o administrar sus servicios médicos y otros servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su tratamiento médico con una tercera entidad. Por ejemplo, nosotros revelaríamos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de salud que le proporciona asistencia. Por ejemplo, su información médica protegida puede ser proveída a otro médico que el doctor le recomiende, a efecto de asegurar que este médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratar su caso.

Pago por Servicios: Su información médica protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por los servicios médicos de que fue objeto. Por ejemplo, cuando se requiere que ingrese a un hospital, es posible que se requiera que aspectos relevantes de su historial médico protegido, tengan que ser revelados a la compañía de seguros, para obtener la aprobación necesaria para su hospitalización.

Manejo Administrativo de la Información: Usaremos o revelaremos, según sea necesario, su información médica protegida, a efecto de apoyar las actividades administrativas de su médico. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas a, actividades para evaluar la calidad, revisión de las actividades de los empleados, entrenamiento de estudiantes de medicina, licenciatura, o para llevar a cabo o coordinar otras actividades administrativas. Por ejemplo, de requerirse, revelaremos su información médica protegida a estudiantes de medicina que tratan a pacientes en nuestra oficina. Además, en la hoja de registro colocada en el mostrador de la oficina, le pediremos que proporcione su nombre, y que indique el nombre del médico que usted desea ver. Le llamaremos por su nombre en la sala de espera cuando se presente la oportunidad para ver a su doctor. De ser necesario, usaremos o revelaremos su información protegida, para ponernos en contacto con usted y recordarle de su cita en nuestra oficina.

Sin su autorización, cuando sea necesario, usaremos o revelaremos su información médica protegida. Estas situaciones incluyen: cuando sea requerido por la ley, en asuntos concernientes a la salud pública, como lo indica la ley, Enfermedades Contagiosas; Descuido referente a su salud: Abuso o Negligencia: requerimientos de la Secretaria de Salubridad: Procedimientos Legales: Asuntos Policiacos: Médicos Forenses: Directores de Funerarias, y Programas de Donación de Órganos: Investigación: Actividad Criminal: Actividad Militar y de Seguridad Nacional: Compensación a Trabajadores: Presos: Usos Requeridos y Revelaciones: De acuerdo a la ley, estamos obligados a informarle, y cuando sea requerido por el Directivo de La Secretaria de Salubridad y Servicios Humanos, para investigar o determinar nuestro acatamiento a los requisitos contenidos en la Sección 164.500.

Otros Usos y Revelaciones Permitidos y Requeridos Se Llevarán Acabo Únicamente Mediante Su Consentimiento y Autorización o Usted Tendrá la Oportunidad de Oponerse a que se Revele esta Información, a menos que ésta sea requerida por la ley.

Usted podrá revocar esta autorización, en cualquier momento por escrito, exceptuando los casos en que el doctor o sus ayudantes administrativos hayan tomado una acción basada en los lineamientos descritos en la autorización.

Sus Derechos A continuación se describen sus derechos con respecto a su información médica protegida.

Usted tiene el derecho de revisar y obtener una copia de su información médica protegida. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no podrá revisar ni obtener copia de los siguientes expedientes; registros de psicoterapia; información compilada con anticipación razonable de, o que vaya a ser usada en procedimientos civiles, criminales, o administrativos, e información médica que la ley prohíbe sea revelada.

Usted tiene el derecho de solicitar que se imponga una restricción a su información médica protegida. Esto significa que usted puede solicitarnos que no se use o divulgue cualquier parte de su información médica protegida con el propósito de tratamiento, pago o asuntos administrativos. Usted también podrá solicitar que una parte de la información médica protegida no se divulgue a miembros de su familia o amistades que estén involucradas en su tratamiento, o para efectos de notificación como se describe en este Aviso de Procedimientos en Asuntos Confidenciales de Salud. Su solicitud deberá de indicar las restricciones específicas que desea no sean divulgadas y a quienes quiere que estas restricciones se apliquen. Su médico no está obligado a obedecer una restricción que usted haya requerido. Si el médico cree que es en su propio beneficio el permitir el uso y divulgación de su información médica protegida, ésta no será restringida. En este caso usted tiene el derecho de buscar los servicios de otro Médico.

Usted tiene el derecho de solicitar y recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en otra ubicación. Usted tiene el derecho de obtener una copia de este aviso por parte nuestra, mediante la solicitud respectiva, no obstante que usted haya accedido a aceptar este aviso por un medio alternativo, por ejemplo, por vía electrónica.

Es posible que usted pueda tener el derecho a que su médico enmiende su información médica protegida. Si nosotros rechazamos su solicitud de enmienda a su expediente, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y de requerirse, nosotros podríamos preparar una respuesta de refutación a su declaración, si tal respuesta se llegara a preparar, usted tiene el derecho de recibir una copia.

Usted tiene el derecho de recibir un informe de ciertos elementos que hayan sido revelados, si es que el caso se hubiere presentado, de su información médica protegida.

En el futuro, nosotros nos reservamos el derecho de modificar los términos de este aviso y le notificaremos por correo si es que se hayan presentado algunos cambios. Entonces usted tendrá el derecho de oponerse o retirarse como fue indicado con anterioridad en este aviso.

Quejas Usted podrá presentar una queja a nosotros o al Director de la Secretaría de Salubridad y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos de confidencialidad hayan sido violados por nosotros. Usted podrá presentar una queja con nosotros, notificando a la persona designada para ello en nuestra oficina. **Si usted presenta una queja, le aseguramos que no habrá represalias por parte nuestra.**

La ley requiere que mantengamos la confidencialidad de, y proveamos a individuos con, este aviso de nuestras obligaciones legales y de los procedimientos en asuntos confidenciales de su salud con respecto a la información médica protegida. Si usted tiene una objeción con respecto a esta forma, pida hablar en persona con nuestro Administrador del Programa HIPAA, o por teléfono al número de conmutador principal.

Su firma en la siguiente línea, sirve únicamente para indicar que usted ha recibido este Aviso de Procedimientos en Asuntos Confidenciales de Salud.

--	--

Firma

Fecha

Rellene el formulario completo para que el **PODEMOS AYUDARLE A USTED CON SU condición dolorosa** (PLEASE FILL OUT THIS FORM COMPLETELY SO WE CAN HELP YOU WITH YOUR PAINFUL CONDITION.)

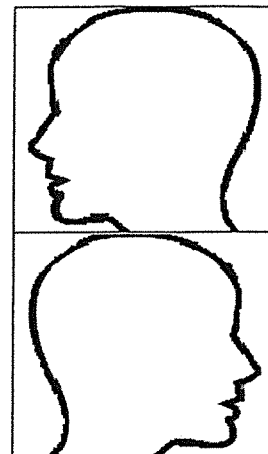
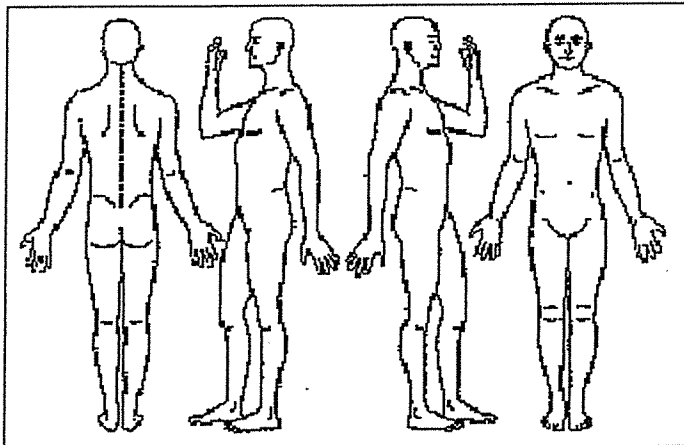
NOMBRE: _____ **EDAD:** _____ **SEXO:** M / F **ESTATURA** ___' ___" **PESO** _____ lbs
(Name) (Age) (Sex) (Height) (Weight)

OCCUPACION: _____ **ULTIMA FECHA EN QUE TRABAJO** ___/___/___
(Occupation) (Date last worked)

CC: **PORQUE LO ENVIAMON A NUESTRA CLINICA?** _____
(Why were you referred to our clinic?)

HPI: POR FAVOR, DESCRIBA SU DOLOR POR EL SOMBRADO EN LAS ZONAS AFECTADAS Y COLOCANDO UNA "X" EN LAS ZONA QUES MAS DUELE. CIRCULE TODAS LAS PALABRAS DESCRIPTIVAS APLICABLES.
(Please describe your pain by shading in the affected areas and placing an « X » on the area that hurts the most. Circle all applicable descriptive words.)

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| CONSTANTE
(Constant) | TEMPORAL
(Temporary) |
| DIARIO
(Daily) | OCASIONAL
(Occasional) |
| DOLIENDO
(Aching) | PUNZANTE
(Shooting) |
| ARDIENTE
(Burning) | PUNALADA
(Stabbing) |
| ADORMECEDOR
(Numbing) | HORMIGUEO
(Tingling) |
| PIQUETE
(Pins/Needles) | |



POR FAVOR intento de cuantificar su dolor a través de porcentajes. SU DOLOR TOTAL debe sumar el 100%. (POR EJEMPLO: dolor de espalda baja del 20% y el 80% DOLOR PIERNA DERECHA = 100%). (Please attempt to quantify you pain using percentages. Your total pain should add up to 100%. Example: 20% low back pain and 80% right leg pain =100%.)

CABEZA _____ % (Head)	CUELLO _____ % (Neck)	BRAZO DERECHO _____ % (Right Arm)	BRAZO IZQUIERDA _____ % (Left Arm)
PECHO _____ % (Chest)	ABDOMEN _____ % (Abdomen)	SUPERIOR de la ESPALDA _____ % (Upper Back)	MEDIA de la ESPALDA _____ % (Mid Back)
COLUMNA LUMBAR _____ % (Lower Back)	CADERA/GLUTEOS _____ % (Hips/Buttocks)	PIERNA DERECHO _____ % (Right Leg)	PIERNA IZQUIERDA _____ % (Left Leg)

CIRCLE THE ACTIVITIES WHICH TEND TO INCREASE YOUR PAIN:
(Circula todas las actividades que incrementan tu dolor)

CAMINAR **LEVANTAMIENTO** **DOBLADO** **TORSION** **PARANDOTE** **SENTADO**
(Walking) (Lifting) (Bending) (Twisting) (Standing) (Sitting)

LLENAR EN LAS ACTIVIDADES QUE DISMINUIR SU DOLOR: _____
(Fill in activities which decrease your pain)

HACE ESTE DOLOR AFECTAR SU SUENO? SI / NO?
(Does this pain affect your sleep? Yes/No?)

MEDICAMENTO ACTUALES DEL DOLOR: _____ **PRESCRITA POR DR.** _____
(Current Pain Medications) (Prescribed by DR.,)

MARQUE SU PUNTUACION MEDIA DE DOLOR:
(Mark your average pain score)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

MARQUE SU DOLOR PEORES:
(Mark your worst pain score)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

NOTA: (CERO ES IGUAL A AUSENCIA DE DOLOR Y DE LA DIEZ ES IGUAL A SU PEOR DOLOR IMAGINABLE)
(Note: Zero equals no pain and ten equal s your worst imaginable pain)

CUANDO EMPEZO EL DOLOR? _____ **(ESPONTANEOUS/ HERIDA/ ACCIDENTE/ CIRUGIA/ OTROS)**
(When did this pain begin?) (Spontaneous / Injury / Accident / Surgery / Other)

POR FAVOR DESCRIBA COMO COMENZO:
(Please describe how it began)

ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUN ACCIDENTE O LESIONES QUE AFECTAN A LAS MISMAS ZONA ANTES?
SI / NO SI ES SI, CUANDO? _____ (Have you ever had any accidents or injuries affecting these same areas before?)

TREATMENT: QUE TIPO DE TRATAMIENTO HA TENIDO EN EL PASADO PARA TRATAR SU DOLOR ACTUAL. POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN. (Which types of treatment have you had in the past to treat your current pain. Please circle all that apply.)

CLINICAS DE DOLOR (Pain Clinics) TERAPIA FISICA (Physical Therapy) MASAJE (Massage) QUIROPRACTICA (Chiropractic) INYECCIONES (Injections) CIRUGIA (Surgery)

ACUPUNTURA (Acupuncture) IMANES (Magnets) HIERBAS (Herbs) OTROS: _____ (Other)

FAVOR DE INDICAR TODOS LOS TRATAMIENTOS: (Please list all treatments below)

PROFESIONAL DE LA SALUD (Healthcare Professional)	FECHA APROXIMADA (Approximate Date)	DIAGNOSTICO (Diagnosis)	TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS (Treatment/Medications)

EXAMENES DE DIAGNOSTICO: (Diagnostic Examinations) POR FAVOR TODOS LOS QUE APLICAN **CIRCLE** (Please circle all that apply)

RADIOGRAFIAS/ TOMOGRAPHIA AXIAL COMPUTARIZADA/ MRI RADIOGRAFIA/ MIELOGRAMA/ ELECTROMIOGRAFIA/ OTROS _____
 (X-Rays) (CT Scan) (MRI) (Myelogram) (EMG/NCV) (Other)

PASADO/HISTORIA MEDICA ACTUAL: (Past/ Current Medical History) POR FAVOR TODOS LOS QUE APLICAN **CIRCLE**: (Please circle all that apply)

ARTRITIS (Arthritis) ASMA (Asthma) SANGRADO (Bleeding Problems) PROBLEMAS (Problems) CANCER (Cancer) CIRROSIS (Cirrhosis) COLITIS (Colitis) DIABETES (Diabetes) ENFISEMA (Emphysema) SOPLO CARDIACO (Heart Murmur)

PROBLEMAS DEL CORAZON (Heart Problems) HEPATITIS / ICTERICIA (Hepatitis/ Jaundice) ALTA PRESION ARTERIAL (High Blood Pressure) VIH / SIDA (HIV/ AIDS) ENFERMEDAD RENAL (Kidney Disease)

EPILEPSIA (Epilepsy) INFARTO CEREBRAL (Stroke) TIROIDES (Thyroid disease) DIFICULTAD PARA ORINAR (Trouble Urinating) ULCERA (Ulcer) ENFERMEDAD VASCULAR (Vascular Disease)

LISTA DE TODO LOS MEDICAMENTOS ACTUALES: _____
 (List all current medications)

ESTA TOMANDO ANTICOAGULANTES COMO COUMADIN, WARFARINA, PLAVIX O TICLID? SI / NO
 (Are you taking any blood thinning medication listed above? Yes or No)

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: _____
 (Allergies to medications)

HISTORIA PASADA QUIRURGICO: (POR FAVOR ANOTE TODO OPERACIONES QUE HA TENIDO) _____
 (Past Surgical History: Please list all operations you have had)

SH: SOLTERO _____ CASADO _____ DIVORCIADO _____ SEPARADO _____ VIUDO _____ # DE NINOS _____
 (Single) (Married) (Divorced) (Separated) (Widowed) (# of children)

PAQUETES DE CIGARROLLOS FUMADOS / DAY _____ # DE BEBIDAS ALCOHOLICAS / DIA _____
 (Packs of cigaretter smoked per day) (# of Alcoholic beverages per day)

HISTORIA DE ABUSO DE SUSTANCIAS SI / NO? EN CASO AFIRMATIVO, QUE TIPO? _____
 (History of substance abuse, Yes/No, If yes what type?)

FH: LISTA DE QUALQUIER ENFERMADES QUE EN SU FAMILIA: _____
 (List any illnesses which run in your family)

ROS: POR FAVOR **CIRCLE** LOS SINTOMAS QUE USTED TENGA HOY:
 (Please circle all symptoms you may currently have)

CAMBIO EN LA VISION (Change in vision) DOLOR EN EL PECHO / TOS (Chest Pain) DIARREA (Cough) ESTRENIMIENTO (Diarrhea) MAREO (Constipation) COAGULOPATIA (Dizziness) DESMAYO (Easy Bleeding) (Fainting)

FIEBRE/ PICAZON / DIFICULTAD PARA RESPIRAR / PROBLEMAS ESTOMACALES / PROBLEMAS URINARIOS / CAMBIO DE PESO
 (Fever) (Itching) (Shortness of Breath) (Stomach Problems) (Urinary Problems) (Weight Loss / Gain)

QUIEN ES SU MEDICO DE ATENCION ACTUAL PRIMARIA / PROVEEDOR? _____
 (Who is your current Primary Care Physician/Provider ?)

Name _____

Date _____

Joseph J. Schifini, M.D., Ltd
Diplomate of American Board of Anesthesiology
Practice of Anesthesiology and Pain Medicine

CONTROLLED SUBSTANCE PATIENT AGREEMENT FORM

We want to ensure that patients and caregivers have clear communication and safe, effective procedures when patients use opioids. For the purposes of this document "I" will be synonymous with the patient receiving one or more controlled substances, and "provider" will be considered synonymous with the prescriber of these medications.

EFFECTIVENESS: For most patients and pain conditions, opioids are effective pain-relieving medications. However, it is possible opioids will not work well for you and your pain.

SAFETY: Most people can take these drugs safely, but some people do experience side effects. (See below.)

SIDE EFFECTS: Most patients do not have serious side effects or drug interactions. Unfortunately, some do experience side effects and must stop the medication(s). Common side effects include constipation, itching, nausea, vomiting, sedation or lightheadedness. Uncommon reactions include swelling in the legs, water on the lungs, trouble breathing (especially if you have emphysema/COPD or are on other narcotics), mental slowing and loss of coordination, lowering of sex drive, decreased testosterone (male sex hormone) and addiction. Note: Pregnant women using opioids could make their newborn child dependent upon opioids. If you are pregnant, you need to alert your health care provider.

DEPENDENCE: Dependence is not the same as addiction. Many people who take opioids daily will become dependent on them. Dependence is when your body adapts to the medication and then experiences withdrawal if the medication is stopped or lowered too quickly. Withdrawal symptoms include moodiness, aches and pains, sweating, diarrhea, abdominal pain and even seizures.

ADDICTION: Addiction is not the same as dependence. While many people become dependent on daily opioids, only a small percentage of these people will become addicted. Addiction is characterized by behaviors such as loss of control of drug use, compulsive use and craving, and continued use despite harm or risk to the person. When people are addicted, they are not taking opioids simply to treat the pain.

GOALS: The goals of chronic pain management are to:

- 1 Improve your ability to function in your daily life,
- 2 Lower your pain.

TREATMENT OPTIONS :

- 1 Medications,
- 2 Counseling, relaxation training, hypnosis and meditation,
- 3 Chiropractic care, massage, acupuncture and physical therapy,
- 4 Surgery and spinal or other type of injections.

WHAT YOU NEED TO DO :

- 1 Realize that opioid therapy is only one part of treatment.
- 2 Remain active every day and try to increase activity a little bit at a time.
- 3 Use your medications ONLY as directed by your provider.
- 4 Work with your provider and follow treatment recommendations in addition to taking prescribed medications.

Dr. Schifini and staff have explained the risks and benefits of chronic opioid therapy for my pain. I, _____, understand that I must comply with the following rules or I will not be given opioids.

I will fill the prescription at one and only one pharmacy.

Pharmacy name _____ Phone _____

I will take the medication(s) listed in my charts as they were prescribed and intended and only in that manner.

continued on page 2 of 2 >-

Name _____

Date _____

Joseph J. Schifini, M.D., Ltd
Diplomate of American Board of Anesthesiology
Practice of Anesthesiology and Pain Medicine

*Initial in each box below.

_____ I will not increase the dose or stop the medication unless asked to do so by my provider or my provider's partner. I will report any worrisome side effect soon after it begins.

_____ I will follow through on appointments that may help me with chronic pain and functioning. These may include physical and occupational therapy, counseling and other mental health practices, neurosurgery, neurology and orthopedics. Consistent failure to keep these appointments and therapies may result in the stopping of the opioid medications.

_____ If prescribed, I will use medications other than opioids to control pain.

_____ I will accept opioids for chronic pain from my provider only.

_____ I will not share, exchange or sell my opioids, as the law prohibits those actions. I understand that my provider will report serious concerns of drug misuse to any and all authorities for investigation.

_____ I will not use illegal/street drugs (this includes marijuana). I will not use narcotic medications unless provided to me from my provider.

_____ I agree to provide samples for random drug testing when asked. If I fail to provide the sample when asked or if the results are unsatisfactory, I may forfeit the right to continue receiving the medication.

_____ If my provider is concerned that I might have a substance abuse problem, I must agree to an evaluation by a specialist in abuse/addiction. If the evaluation suggests I have a drug abuse problem, my provider may stop my medication in a way that does not cause withdrawal symptoms.

_____ I will not get early refills unless something has dramatically changed and then only if my provider agrees.

_____ I recognize that opioids by themselves, in combination with alcohol or in combination with other medications can result in unclear thinking and loss of coordination. I agree to contact my provider if these symptoms arise. I should not drive or operate equipment if I have these side effects.

_____ It is my responsibility to keep my medications safe. If opioids are lost, damaged or stolen, the medication may or may not be refilled early. Each case will be looked at individually. If the medication is stolen, I must file a police report and submit the number for verification to my provider's office. Again, stolen medications may or may not be refilled. If a refill is given, it will be given only once.

_____ If a new condition develops that causes acute pain, I have the right to expect appropriate treatment for that new condition from the provider treating me for the new condition. I should not be required to increase the use of my chronic pain medication for a serious and new pain.

_____ I understand that if my provider does not feel I am following through adequately with the treatment plan, my provider may lower or stop the opioid altogether.

_____ I understand that my provider may decide to stop the opioid if after increasing it adequately, my pain and function have not responded positively.

By signing this form, I authorize my provider's office to contact any and all groups and organizations involved with my care and involved with the investigation of medication and drug abuse. I give permission to my provider to discuss my care with past caregivers, all pharmacies and policing agencies. This also gives these caregivers and pharmacies permission to share with my provider information about my past treatments and care.

PATIENT SIGNATURE

DATE

HEALTH CARE PROVIDER

DATE

Patient's Name

Controlled Substance Questionnaire

YES NO N/A

N/A means not applicable.

Have you ever used a controlled substance in a way other than prescribed?	_____	_____	_____
Have you ever diverted a controlled substance to another person?	_____	_____	_____
Have you ever taken a controlled substance that did not have the desired effect?	_____	_____	_____
Are you currently using any drugs, including alcohol or marijuana?	_____	_____	_____
Are you using any drugs that may negatively interact with a controlled substance?	_____	_____	_____
Are you using any drugs that were not prescribed by a practitioner that is treating you?	_____	_____	_____
Have you ever attempted to obtain an early refill of a controlled substance?	_____	_____	_____
Have you ever made a claim that a controlled substance was lost or stolen?	_____	_____	_____
Have you ever been questioned about your pharmacy report or PMP report?	_____	_____	_____
Have you ever had blood or urine tests that indicate inappropriate usage of meds?	_____	_____	_____
Have you ever been accused of inappropriate behavior or intoxication?	_____	_____	_____
Have you ever increased the dose or frequency of meds without telling your provider?	_____	_____	_____
Have you ever had difficulty with stopping the use of a controlled substance?	_____	_____	_____
Have you ever demanded to be prescribed a controlled substance?	_____	_____	_____
Have you ever refused to cooperate with any medical testing or examinations?	_____	_____	_____
Have you ever had a history of substance abuse of any kind?	_____	_____	_____
Has there been any change in your health that might affect your medications?	_____	_____	_____
Have you misused or become addicted to a drug, or failed to comply with instructions?	_____	_____	_____
Are there any other factors that your practitioner should consider before prescribing?	_____	_____	_____

Patient's Signature

Patient's Printed Name

Date

Parent/Legal Guardian

Parent/Legal Guardian

Date

PRESCRIPTION OPIOID MISUSE INDEX

1. Do you ever use MORE of your medication, that is, take a higher dosage, than is prescribed for you? Yes No
2. Do you ever use your medication MORE OFTEN, that is, shorten the time between dosages? Yes No
3. Do you ever feel high or get a buzz after using your pain medication? Yes No
4. Do you ever take your pain medication because you are upset, using the medication to relieve or cope with problems other than pain? Yes No
5. Have you ever gone to multiple physicians including emergency room doctors, seeking more of your pain medication? Yes No
6. Do you ever need early refills for your pain medication? Yes No

Name _____

Date _____

Name _____

Date _____

Beck's Depression Inventory

This depression inventory can be self-scored. The scoring scale is at the end of the questionnaire.

1.
 - 0 I do not feel sad.
 - 1 I feel sad
 - 2 I am sad all the time and I can't snap out of it.
 - 3 I am so sad and unhappy that I can't stand it.
2.
 - 0 I am not particularly discouraged about the future.
 - 1 I feel discouraged about the future.
 - 2 I feel I have nothing to look forward to.
 - 3 I feel the future is hopeless and that things cannot improve.
3.
 - 0 I do not feel like a failure.
 - 1 I feel I have failed more than the average person.
 - 2 As I look back on my life, all I can see is a lot of failures.
 - 3 I feel I am a complete failure as a person.
4.
 - 0 I get as much satisfaction out of things as I used to.
 - 1 I don't enjoy things the way I used to.
 - 2 I don't get real satisfaction out of anything anymore.
 - 3 I am dissatisfied or bored with everything.
5.
 - 0 I don't feel particularly guilty
 - 1 I feel guilty a good part of the time.
 - 2 I feel quite guilty most of the time.
 - 3 I feel guilty all of the time.
6.
 - 0 I don't feel I am being punished.
 - 1 I feel I may be punished.
 - 2 I expect to be punished.
 - 3 I feel I am being punished.
7.
 - 0 I don't feel disappointed in myself.
 - 1 I am disappointed in myself.
 - 2 I am disgusted with myself.
 - 3 I hate myself.
8.
 - 0 I don't feel I am any worse than anybody else.
 - 1 I am critical of myself for my weaknesses or mistakes.
 - 2 I blame myself all the time for my faults.
 - 3 I blame myself for everything bad that happens.
9.
 - 0 I don't have any thoughts of killing myself.
 - 1 I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out.
 - 2 I would like to kill myself.
 - 3 I would kill myself if I had the chance.
10.
 - 0 I don't cry any more than usual.
 - 1 I cry more now than I used to.
 - 2 I cry all the time now.
 - 3 I used to be able to cry, but now I can't cry even though I want to.

Name _____

Date _____

- 11.
- 0 I am no more irritated by things than I ever was.
 - 1 I am slightly more irritated now than usual.
 - 2 I am quite annoyed or irritated a good deal of the time.
 - 3 I feel irritated all the time.
- 12.
- 0 I have not lost interest in other people.
 - 1 I am less interested in other people than I used to be.
 - 2 I have lost most of my interest in other people.
 - 3 I have lost all of my interest in other people.
- 13.
- 0 I make decisions about as well as I ever could.
 - 1 I put off making decisions more than I used to.
 - 2 I have greater difficulty in making decisions more than I used to.
 - 3 I can't make decisions at all anymore.
- 14.
- 0 I don't feel that I look any worse than I used to.
 - 1 I am worried that I am looking old or unattractive.
 - 2 I feel there are permanent changes in my appearance that make me look unattractive
 - 3 I believe that I look ugly.
- 15.
- 0 I can work about as well as before.
 - 1 It takes an extra effort to get started at doing something.
 - 2 I have to push myself very hard to do anything.
 - 3 I can't do any work at all.
- 16.
- 0 I can sleep as well as usual.
 - 1 I don't sleep as well as I used to.
 - 2 I wake up 1-2 hours earlier than usual and find it hard to get back to sleep.
 - 3 I wake up several hours earlier than I used to and cannot get back to sleep.
- 17.
- 0 I don't get more tired than usual.
 - 1 I get tired more easily than I used to.
 - 2 I get tired from doing almost anything.
 - 3 I am too tired to do anything.
- 18.
- 0 My appetite is no worse than usual.
 - 1 My appetite is not as good as it used to be.
 - 2 My appetite is much worse now.
 - 3 I have no appetite at all anymore.
- 19.
- 0 I haven't lost much weight, if any, lately.
 - 1 I have lost more than five pounds.
 - 2 I have lost more than ten pounds.
 - 3 I have lost more than fifteen pounds.

Name _____

Date _____

- 20.
- 0 I am no more worried about my health than usual.
 - 1 I am worried about physical problems like aches, pains, upset stomach, or constipation.
 - 2 I am very worried about physical problems and it's hard to think of much else.
 - 3 I am so worried about my physical problems that I cannot think of anything else.
- 21.
- 0 I have not noticed any recent change in my interest in sex.
 - 1 I am less interested in sex than I used to be.
 - 2 I have almost no interest in sex.
 - 3 I have lost interest in sex completely.

INTERPRETING THE BECK DEPRESSION INVENTORY

Now that you have completed the questionnaire, add up the score for each of the twenty-one questions by counting the number to the right of each question you marked. The highest possible total for the whole test would be sixty-three. This would mean you circled number three on all twenty-one questions. Since the lowest possible score for each question is zero, the lowest possible score for the test would be zero. This would mean you circles zero on each question. You can evaluate your depression according to the Table below.

Total Score _____ Levels of Depression

1-10	_____	These ups and downs are considered normal
11-16	_____	Mild mood disturbance
17-20	_____	Borderline clinical depression
21-30	_____	Moderate depression
31-40	_____	Severe depression
over 40	_____	Extreme depression