



## **Su Cita de Neurocirugía**

Bienvenido a Naples Neuro Care / Neurocirugía. Su proveedor ha solicitado una consulta de neurocirugía con respecto a su condición. Si necesita cancelar o reprogramar, le pedimos que nos llame con 24 horas de anticipación. Nuestro número de contacto es 239-944-5054.

En su primera cita, conocerá a nuestro neurocirujano o uno de nuestros asistentes médicos. Los asistentes médicos (PA) son profesionales de la salud certificados por la Comisión Nacional de Certificación de Asistentes Médicos que practican la medicina bajo la supervisión de un médico. Los PA realizan exámenes físicos, obtienen antecedentes médicos, diagnostican y tratan enfermedades, ordenan e interpretan pruebas, brindan asesoramiento sobre atención médica preventiva, ayudan en cirugías y recetan medicamentos.

Reúna todos los estudios de imágenes recientes que haya tenido de su cerebro o columna vertebral, como radiografías, tomografías computarizadas o resonancias magnéticas. Querremos ver las imágenes reales en CD, no solo los informes escritos. Asegúrese de que estos estudios tengan menos de 6 meses de antigüedad.

Se adjuntan los detalles de su cita y su paquete de nuevo paciente. Complete todos los formularios y tráigalos a su cita. Intentaremos verte lo antes posible. Ocasionalmente, nuestros proveedores deben abandonar la clínica por emergencias o situaciones urgentes en el hospital y, en ese caso, su visita a la clínica puede retrasarse. Haremos todo lo posible para ser minuciosos y ponerlo en marcha lo antes posible.

Esperamos contar con su presencia. Bienvenido a Naples Neuro Care.

Edison Valle, MD, FAANS



## POLIZA DE REABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS

### NNC– NEUROSURGERY

Para garantizar la seguridad de todos los pacientes, NNC 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 cirugía, 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?

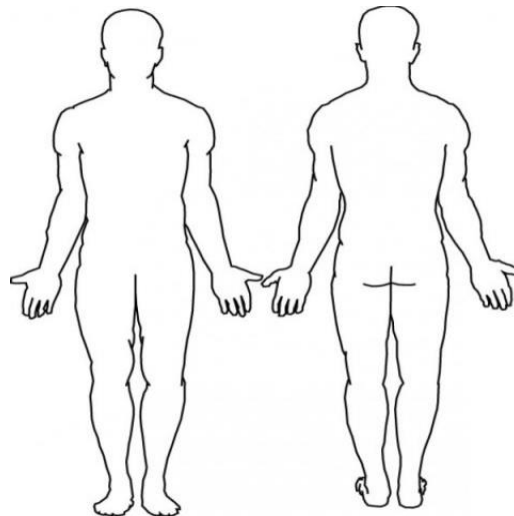
de repente  gradualmente  trauma: \_\_\_\_\_

**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.

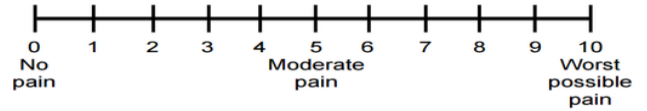
Marque las áreas de radiación. Incluya todas las áreas afectadas. Para completar la imagen, dibuja tu cara.

*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	sí	no	Genitourinario	sí	no	Neurológico		
		Fiebre			Ardor al orinar			Mala visión		
		Sudores nocturnos			Orina oscura o descolorida			Visión borrosa		
		Debilidad o fatiga generalizada			Dificultad para iniciar o finalizar el flujo de orina			Visión doble		
		Aumento de peso			Control deficiente de la vejiga			Pérdida de la audición		
		Pérdida de peso			Pérdida de la sensibilidad genital			Zumbido en los oídos		
					Cualquier tipo de disfunción sexual			Entumecimiento en la cara		
sí	no	Cardiovascular	sí	no	Piel / Senos			Pérdida del sentido del olfato		
		Dificultad para respirar			Piel seca			Pérdida del sentido del gusto		
		Dolor de pecho			Sarpullido corporal o urticaria			Cara u ojos caídos		
		Arritmia			Descarga de los pezones			Ronquera		
		Palpitaciones			Bulto en el pecho			Dificultad para hablar		
					Problemas con la cicatrización de heridas			Dificultad para tragar		
sí	no	Respiratorio			Cambio en un topo			Habla arrastrada		
		Tosiendo sangre			Hoyuelos de la piel			Dolor de cabeza		
		Tos crónica			Cambio de color o temperatura de la piel			Mareo		
		Sibilancias						Convulsiones		
								Marcha inestable		
sí	no	Gastrointestinal	sí	no	Hematológico / linfático	sí	no	Endocrino		
		Sangre en las heces			Fácilmente moretones o sangrados			Poco apetito		
		Taburete negro o descolorido			Hemorragias nasales			Intolerancia al frío		
		Dolor abdominal	sí	no	Musculoesquelético			Sed excesiva		
		Dificultad para tragar			Masas o bultos			Pérdida de vello corporal		
		Náuseas o vómitos			Hinchazón			Psicosocial		
		Diarrea			Incapacidad para sentir calor o frío			Depresión		
		Estreñimiento			Coordinación pobre			Alucinaciones		
		Distensión abdominal			Pérdida de control de brazos o piernas			Ansiedad		
		Masa o bultos abdominales			Pérdida de masa muscular			Cambios de humor		
Otro: _____ _____ _____ _____ _____					Sensaciones anormales en brazos o piernas					
					Dolor de cuello					
					Dolor de espalda					
					Entumecimiento					
					Hormigueo					
					Espasmos musculares					

**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.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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

**HISTORIA FAMILIAR**

<u>Relación</u>	<u>Historial médico</u>	<u>Causa de la muerte (si es aplicable)</u>
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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Firma del paciente

Fecha / hora

\_\_\_\_\_