



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 teléfono). 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 COLUMNA

NUEVO PACIENTE CONSULTORIA CLINICA – SOLICITADO POR: _____

HISTORIA:

¿Cuál es su problema principal? _____

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

¿Quién te ha referido a nosotros? Nombre: _____

Dirección y Número de teléfono: _____

¿Es este su médico de atención primaria? Sí No? - Si no es así, quien es su médico de cabecera?

Nombre : _____

Dirección y número de teléfono: _____

¿Qué diagnóstico le ha dado su médico? _____

Explique los síntomas por los que usted ha sido referido:

- Dolor de espalda baja Dolor de pierna Pierna derecha Pierna izquierda
- Dolor de espalda y dolor en las piernas
- Debilidad muscular Entumecimiento y/u Hormigueo Dolor de cuello Dolor en el brazo
- Dolor de cuello y brazo Brazo derecho Brazo izquierdo Problemas de equilibrio
- Otro: _____

¿Cómo comenzaron sus síntomas actuales?

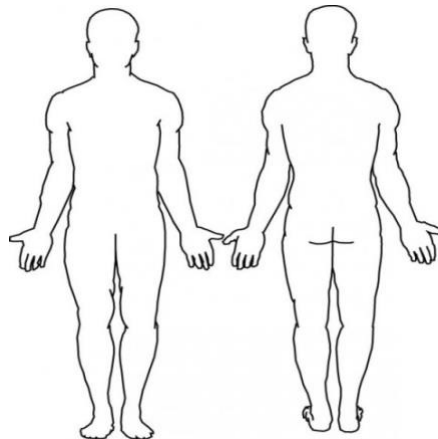
- Repentinamente Gradualmente Levantando / Girando / Halando / Agachando Lesión en el trabajo
- Caída Accidente de auto Lesión deportiva Sin causa aparente
- Otros: _____

Diagrama De Dolor – ¿Donde esta su dolor ahora?

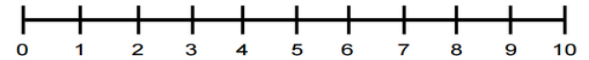
Marque áreas de su cuerpo donde usted siente la sensación, y describa a continuación utilizando el símbolo apropiado.

Marque todas las áreas afectadas y donde irradia el dolor. Para completar la imagen, dibuje su cara.

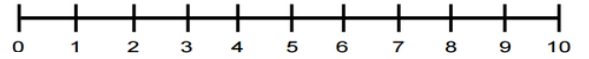
Cólico *Entumecimiento* *Hormigueo & Agujas* *Ardor* *Puñalada*
 ^^^ === ooo XXX ///



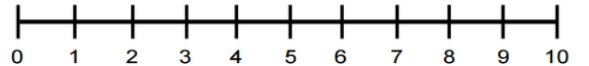
En una escala de 0 a 10, marca el nivel de dolor de **PIERNA**, con **0** siendo **ninguno** y **10** siendo **insoportable** (Marque solo uno)



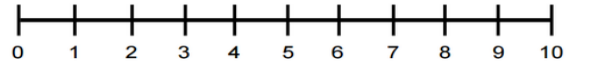
En una escala de 0 a 10, marca el nivel de dolor/molestia de **ESPALDA**, con **0** siendo **ninguno** y **10** siendo **insoportable** (Marque solo uno)



En una escala de 0 a 10, marca el nivel de dolor/molestia de **BRAZO**, con **0** siendo **ninguno** y **10** siendo **insoportable** (Marque solo uno)



En una escala de 0 a 10, marca el nivel de dolor/molestia de **CUELLO**, con **0** siendo **ninguno** y **10** siendo **insoportable** (Marque solo uno)



¿Cómo describiría su dolor?

- Agudo Profundo Superficial Constante Intermitente
 Otro: _____

¿Por cuánto tiempo ha tenido sus síntomas?

- 1-7 Días 8-14 Días 15-21 Días 22-28 Días 1 Mes 2 Meses 3 Meses
 6 Meses 9 Mes Más de 1 Año - # Años _____

¿Qué empeora/agrava sus síntomas?

- Acostarse Sentarse Estar de pie Caminar Agacharse hacia delante Doblarse hacia atras
 Tocar Flexion del cuello Extender el cuello Rotación del cuello Nunca empeora
 Otro: _____

¿Qué mejora sus síntomas?

- Acostarse Sentarse Estar de pie Caminar Apoyarse en el carrito de compras Nada
 Manipulación (Terapia fisica, quiropráctica, masaje) Narcóticos Anti-inflamatorio / Aspirina
 Flexión del cuello Extender de cuello Rotación del cuello
 Otro: _____

¿Ha habido algún cambio en sus hábitos del intestino y de la vejiga urinaria?

- No Si - Describe: _____

¿Qué otros tratamientos ha tenido para su problema de columna? Marque debajo "Si" o "No"

¿Tratamiento quiropráctico para esta enfermedad o lesión? Si No

¿Terapia fisica? Si No

¿Alguna vez recibió una inyección epidural de esteroides para este problema? ¿Alguna vez recibió dosis de Medrol (esteroide) para este problema? Si No

¿Toma medicamentos recetados para este problema? Si No - Cual Medicina _____

¿Alguna vez ha tenido alguna cirugía de cuello o espalda? Si No - Si ha tenido, cuantos? _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por alguna enfermedad o trauma? Si No

¿Alguna vez ha sido tratado por depresión, ansiedad o problemas de salud mental? Si No

¿Estaría dispuesto a considerar opciones de tratamiento quirúrgico y no quirúrgico para sus síntomas?

- Si No

¿Actualmente tiene alguno de estos síntomas? Marque Sí o No para cada síntoma.

Si	No	Síntomas constitucionales	Si	No	Genitourinario	Si	No	Neurológico		
		Fiebre			Ardor al orinar			Mala visión		
		Sudor en las noches			Orina oscura o descolorida			Visión borrosa		
		Fatiga o dolor general			Dificultad para iniciar o finalizar el flujo de orina			Visión doble		
		Aumento de Peso			Mal control de la vejiga			Pérdida de la audición		
		Perdida de Peso			Pérdida de la sensación genital.			Timbre en oído		
					Cualquier tipo de disfunción sexual			Entumecimiento en la cara		
Si	No	Cardiovascular						Pérdida del sentido del olfato		
		Dificultad para respirar	Si	No	Piel / Pecho			Pérdida del sentido del gusto		
		Dolor en el pecho			Piel seca			Parálisis en cara		
		Arritmia			Sarpullido			Ronqueo		
		Palpaciones			Descarga de pecho			Dificultad para hablar		
					Bulto en el pecho			Dificultad para tragar		
Si	No	Respiratorio			Problemas con la cicatrización de heridas			Dolor de cabeza		
		Tosiendo sangre			Cambio en un lunar			Mareo		
		Tos crónica			Hoyuelo en la piel			Convulsiones		
		Respiración con jadeo			Cambio en el color o temperatura de la piel			Problemas al caminar / Balance inestable		
Si	No	Gastrointestinal	Si	No	Hematológico / Linfático	Si	No	Endocrino		
		Sangre en las heces			Contusiones o hemorragias fácilmente			Poco apetito		
		Heces negra o descolorida			Sangrado de nariz			Intolerancia al frío		
		Dolor abdominal						Sed excesiva		
		Dificultad para tragar	Si	No	Musculoesquelético			Pérdida de pelo corporal		
		Náuseas o vómitos			Masas o bultos			Psicosocial		
		Diarrea			Hinchazón			Depresión		
		Estreñimiento			Incapacidad para sentirse caliente o frío			Alucinaciones		
		Distensión abdominal			Coordinación pobre			Ansiedad		
		Masa abdominal o bultos			Pérdida de control de brazos o piernas			Cambios de humor		
Otro: _____ _____ _____ _____ _____					Pérdida de masa muscular					
					Sensaciones anormales de brazos o piernas					
					Dolor de cuello					
					Dolor de espalda					
					Entumecimiento					
					Hormigueo					
					Espasmos musculares					



¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas? Por favor marque **Sí** o **No** a todo lo siguiente.

HISTORIA MÉDICA:

SI NO

- Hipertensión (presión arterial alta) _____
- Dislipidemia (colesterol alto o bajo) _____
- Diabetes (azúcar en el torrente sanguíneo) _____
- Tipo de diabetes: controlado / no controlado
- Enfermedad vascular periférica (vaso sanguíneo bloqueado en las piernas)
- Derrame Cerebral _____
- Enfermedad cardíaca _____
- Desmayo _____
- Enfermedad de riñones _____
- BPH (agrandamiento de la próstata) _____
- Úlcera gastrointestinal _____
- Asma / Enfermedad Pulmonar _____
- Anemia _____
- Lupus / Artritis Reumatoide/ _____
- Espondilo artritis anquilosante _____
- Cáncer _____
- Fecha _____ Tipo _____
- Otro: _____
- _____
- _____

Antecedentes quirúrgicos - Por favor escriba cualquier cirugías previas _____

HISTORIAL DE TRABAJO

- ¿Eres capaz de realizar tu rutina diaria con estos síntomas? Sí No
- ¿Eres capaz de trabajar con tu condición? Sí No
- ¿Alguna vez ha presentado un reclamo de compensación laboral relacionado con una lesión en el cuello o el cerebro? Sí No N/A
- ¿Has estado o estarás involucrado en una demanda debido a tu problema de cuello o espalda? Sí No
- ¿Se resolvió la demanda? Sí No

Firma del paciente

Fecha / Hora

HISTORIA MÉDICA

<u>Relación</u>	<u>Historial médico</u>	<u>Causa de la muerte (si es aplicable)</u>
Padre		
Madre		
Abuelo paterno		
Abuela paterna		
Abuelo por parte de madre		
Abuela materna		

HISTORIA SOCIAL

SI NO

- Tabaco? _____
- Actualmente fumando _____
- Fecha de terminar: _____
- Paquetes a día _____ Años _____
- Drogas ilícitas _____
- Ocasional _____
- # Bebidas de Alcohol Per Semana _____
- Fecha de salida _____
- Ocupación _____

MEDICAMENTOS

ALERGIAS
