

## COMPREHENSIVE PAIN CARE CENTER

DIA: \_\_\_\_\_ RECOMENDADO POR: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

MEDICO DE CABECERA \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ CODIGO: \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ DIA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ EN EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ CON PACIENTE \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

ESTADO LABORAL: \_\_\_\_\_

EMPIEADOR: \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

PRINCIPAL EN EL SEGURO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_

EMPLEADO \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

COMPENSACION DE EMPLEADO	AUTO	SEGURO PRIMARIO	SEGURO SECUNDARIO
NOMBRE DE CO.:	NOMBRE DE CO.:	NOMBRE DE CO.:	NOMBRE DE CO.:
DIRECCION DE FACTURAS:	DIRECCION:	DIRECCION:	DIRECCION:
ADJ.	TELEFONO:	TELEFONO:	TELEFONO:
EMFERMERA A CARGO:	RECLAMACION # ADJ.	POLIZA:	POLIZA:
TELEFONO: FAX:	DIA DEL ACCIDENTE:	GRUPO:	EFFECTIVO A PARTIR DE:
DIA DEL ACCIDENTE:	PIP _____ % OF _____ MED PAY _____ % OF _____	EFFECTIVO A PARTIR DE:	
RECLAMACION #	DEDUCIDO: SI NO	DEDUCIDO: SI NO	

INSURANCE CALL LOG: (CALL DATE/SPOKE TO/STATUS)

INFORMACION MEDICA /MRI DE: \_\_\_\_\_ DIA: \_\_\_\_\_

PACIENTES DEBEN TRAER LISTA DE MEDICINA CON DOSIS

REFERIDO COMPLETO \_\_\_\_\_ DIA/ HORA DE LA CITA \_\_\_\_\_

POR FAVOR VERIFIQUE INFORMACION Y FIRMA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
DIA

**COMPREHENSIVE PAIN CARE OF SOUTH FLORIDA  
PALMS WELLINGTON SURGICAL CENTER**

**460 St. Road 7, #100  
Royal Palm Beach, FL 33411**

1. Llegar al centro de cirugía el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ am/pm.
2. No comer o beber después de la media noche antes del procedimiento. Mujeres en edad fértil deben traer una muestra de orina con excepción de las que hayan tenido una histerectomía o estén en menor pausa.
3. No fumar, masticar chicles, mentas o caramelos la mañana de el procedimiento.
4. Usar ropas holgadas, dejar joyas y otros objetos de valor en casa, no usar lentes de contacto o hebillas de pelo. Si usa espejuelos traiga el estuche.
5. Si está tomando algún antibiótico por favor llame a la oficina, para estar seguro que no interfiere en su procedimiento.
6. Si le fue dada alguna prescripción o instrucciones sobre su seguimiento por favor traígalas con usted.
7. Traiga su tarjeta de seguro y su licencia de conducción o identificación.
8. Pare de tomar vitamina E, Aspirina o productos de la aspirina, ibuprofeno, Advil o Mobic de cinco o siete días anteriores al procedimiento (Usted puede tomar Tylenol en su lugar).
9. Pare de tomar coumadin, Plavix o cualquier otro anticoagulante de cinco a siete días anteriores al procedimiento. Esto debe ser aclarado por el médico que hizo la prescripción.
10. Los pacientes diabéticos no deben inyectarse insulina o tomar tabletas el día del procedimiento. Deben traer sus medicamentos al centro de cirugía para tomarlos después del procedimiento.
11. Si usa aerosoles por favor traigalo con usted.
12. Puede tomar medicamentos para el Corazón, presión alta, epilepsia, acidez, para el dolor (que no contengan aspirina) que usted normalmente tome en la mañana con un sorbo de agua.
13. Informe a la enfermera antes de procedimiento si tiene alergia al latex o ligo.
14. Usted debe traer una persona que le conduzca a su casa después del procedimiento, sin excepción.
15. El día después del procedimiento usted debe llamar a Comprehensive Pain Care al 795-8655 para hacer su próxima cita.
16. Será cobrado un cargo de \$75.00 si usted no se presenta al procedimiento o si no llama 24 horas antes cancelando su procedimiento.

Por favor entienda que demoras en el horario del tratamiento pueden ocurrir. El centro provee diferentes tipos de tratamiento y el volumen de casos puede variar de un día a otro. Nosotros asistiremos a cada paciente individualmente y lo haremos lo más rápido y mejor posible. Por favor disponga de tiempo suficiente el día de su procedimiento y su conductor también debido a que pueden ocurrir tardanzas el día de su procedimiento. Gracias por su paciencia y cooperación.