

California Headache and Pain Center

Patient's Name _____
 (Please Print)

Date: _____

Age: _____

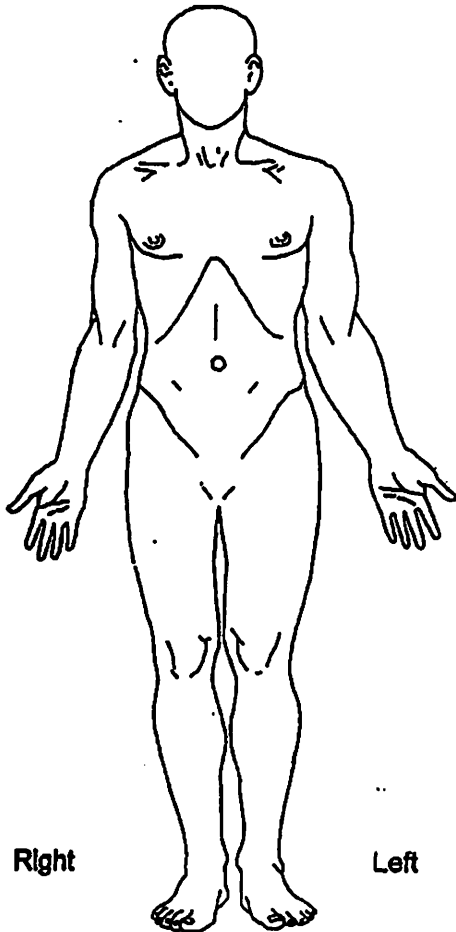
Where is your Pain NOW?

Mark the areas on your body where you feel the described sensations. Use the appropriate symbol. Mark the area of radiation. Include all affected areas. Just to complete the Picture draw in your face..

ACHE $\wedge \wedge \wedge$	NUMBNESS $\circ \circ \circ$	PINS AND NEEDLES $\blacksquare \blacksquare \blacksquare$	BURNING $\times \times \times$	RADIATING PAIN $///$
$\wedge \wedge \wedge$	$\circ \circ \circ$	$\blacksquare \blacksquare \blacksquare$	$\times \times \times$	$///$
$\wedge \wedge \wedge$	$\circ \circ \circ$	$\blacksquare \blacksquare \blacksquare$	$\times \times \times$	$///$

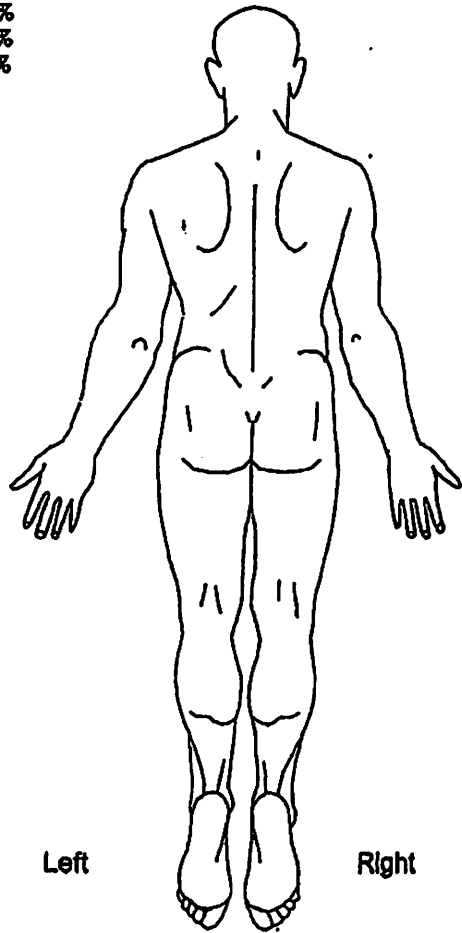
Neck Pain _____ %
 Arm Pain _____ %
 Back Pain _____ %
 Leg Pain _____ %

TOTAL = 100%



Right

Left



Left

Right

PLEASE MARK ON THE LINE:

How bad is your Pain now?



California Headache and Pain Center
Informacion del Paciente
New Patient Information

(Porfavor escribe legible)
(PLEASE PRINT CLEARLY)

Nombre del Paciente *(Patient's Name)*: _____
Apellido *(Last Name)* Primer Nombre *(First)* Inicial *(Middle Initial)*

Direccion *(Address)*: _____ Ciudad *(City)*: _____

Estado *(State)*: _____ Codigo Postal *(Zip Code)*: _____ Fecha de nacimiento *(Date of Birth)*: ____/____/____

Sexo *(Sex)*: Hombre *(Male)* / Mujer *(Female)* Numero De Tel. *(Main Phone)* #: () _____ - _____

Numero De Cell *(Cell)* #: () _____ - _____ Correo Electronico *(Email)*: _____

No. de Seguro Social *(SSN)*: ____-____-____ No. de ID o Licencia *(Driver's License)* #: _____

Soltero (a) *(Single)* / Casado (a) *(Married)* / Divorciado (a) *(Divorced)* / Viudo (a) *(Widowed)* Idioma *(Language)*: _____

Hispano *(Hispanic)* / Americano *(Caucasian)* / Afroamericano *(African American)* / Asiatico *(Asian)* / Otro *(Other)*: _____

Empleador *(Employer)*: _____ Ocupacion *(Occupation)*: _____

Tiempo Completo *(Full)* / Medio Tiempo *(Part Time Employee)* Retirado *(Retired)*

Estudiante de tiempo Completo *(Full)* / Medio Tiempo *(Part Time Student)* Desabilitado *(Disabled)*

Aseguransa *(Insurance)*: _____ Numero de Polisa *(ID#)*: _____

Farmacia de su preferencia *(Pharmacy Name)* : _____ Telefono *(Pharmacy Phone)* #: _____

Contactar en caso de emergencia *(Emergency Contact)*: _____ Relacion *(Relation)*: _____

Telefono *(Phone#)*: () _____ - _____

Tu razón principal para esta visita *(Your main reason for this visit)*

Dolor De Cabeza *(Headache)* / Dolor *(Pain)* / Otro *(Other)* - Porfavor especifique *(please specify)*

Referido por *(Referred By)*:

Nombre *(Name)*: _____

Direccion *(Address)*: _____

No. De Tel *(Tel. No.)*: () _____ - _____

Doctor Primario *(Primary Care Physician)*

Nombre *(Name)*: _____ PCP

Direccion *(Address)*: _____

No. De Tel *(Tel. No.)*: () _____ - _____

Alergias (Drug Allergy)/ _____ / Ninguna Alergia (No known Drug allergy): _____

Peso (Current weight): _____ Altura (Height): _____

Historia médica pasada, incluidos problemas médicos actuales: Circule el que aplique:

(Past Medical History, including current medical problems) (circle all that apply to you):

Migraña (Migraine) / Dolor De Cabeza (Headache) (unknown type) / Tumor en el Cerebro (Brain Tumor) / Algun Tumor en otra parte del cuerpo (Tumor in any other part of the body) _____ / Vasculitis (Vasculitis) / Trombosis Cerebral (Cerebral Venous Sinus Thrombosis) / Aneurismo Cerebral (Cerebral Aneurysm) / Dolor De Cuello (Neck Pain) / Dolor De Espalda (Low Back Pain) / Diabetes (Diabetics) / Derrame Cerebral (Stroke) / Alta Presion (Hypertension) / Infarto Miocardio (Myocardial Infarction) / Hipercolesterolemia (Hypercholesterolemia) / Fibromialgia (Fibromyalgia) / Fatiga Cronica (Chronic Fatigue Syndrome) / Depresion (Depression) / Ansiedad (General Anxiety Disorder) / Transtorno Panico (Panic Disorder) / Bipolar (Bipolar Disorder) / Otro Problema (Other Problem(s)) _____

Historia De cirugias pasadas:

(Past Surgical History (fill in the name and year of each major surgery))

Medicamentos que consume actualmente:

(Current Medications, including over-the-counter medication)

Name	Dose (mg/tab or cap)	Frequency (?/d or w)	Method (oral/pr/im)	Since (mo/yr)
Nombre	Dosis	Frecuencia	Metodo de Administracion	La consume desde:

Medicinas que a consumido pero que no le an ayudado: (Circulelas)

(Failed headache or pain medications in the past (Circle those applied to you))

Imitrex / maxalt / zomig / exert / amerge / relpax / frova / DHE / Excedrin migraine / butalbital / fioricet / tylenol with or without codeine / NSAIDs / morphine / demerol / prednisone / linalor / verapamil / elavil / depakote / topamax / tramadol / gabapentin / lyrical / vicodin / percocet

Otras (Other(s)): _____

Tratamiento fallido previamente

(Previously Failed Treatment (Circle those applied to you)):

Terapia Fisica (Physical Therapy) / Inyecciones de epidural o de cortisone (epidural / nerve blocks) /

Servicios Quiropracticos (chiropractic services)

Otros (Other(s)): _____

Quien en su familia padese de:

(Family History)

Migraña (Migraine: who): _____

Dolores de Cabeza sin o con motivo (Headache with unknown type: who): _____

Tumor de Cerebro (Brain tumor: who): _____

Aneurismo (Abnormal Brain Vessel (aneurysm, arterovenous malformation etc.) who: _____

Diabetes (Diabetics: who): _____

Alta Presion (Hypertension: who): _____

Derrame (Stroke: who): _____

Otro (Other(s)): _____

Sustancias usadas, circule las que apliquen

(Substances (Circle those applied to you))

Usadas Actualmente:

(Currently used):

Alcohol *(Alcohol)*: Reuniones Sociales *((Social Drinker)* / consumo Habitualmente o en adicción *(Habitual User or Addiction)*

No consume alcohol *(I do not drink alcohol)*

Tabaco *(Nicotine Smoker)*: Ocasionalmente o en adicción *(Occasional smoker / Habitual User or Addiction)*

No Fuma *(I do not smoke cigarettes)*

Amfetamina *(Amphetamine)* / Cocaína *(Cocaine)* / Marihuana *(Marijuana)* / PCP *(PCP)*

Narcóticos sin receta médica *(Narcotics for Non-medical use)* Otros *(Other(s))*: _____

Usados en el Pasado

(Used in the past)

Alcohol *(Alcohol)* / Tabaco *(Nicotine Smoker)* / Amfetamina *(Amphetamine)* / Cocaína *(Cocaine)* / Marihuana *(Marijuana)* / PCP *(PCP)*

Narcóticos sin receta médica *(Narcotics for Non-medical use)*. Otros *(Other(s))*: _____

Revisión de Systema: (Circule la que aplique en cada categoría)

(Review of systems (Circle those applied to you in each category)):

General: fiebre / escalofríos / pérdida de peso durante 3 meses / sin cambio de peso o fiebre

(General: fever / chills / weight loss for 3 months / no weight change or fever)

Cabeza: fractura ósea / hematoma del cuero cabelludo / no hay fractura de la cabeza ni contusión del cuero cabelludo

(Head: bone fracture / scalp bruise / no head bone fracture or scalp bruise)

Ojos: diplopía / glaucoma / tensión muscular ocular debido a visión no corregida / no diplopía ni glaucoma

(Eyes: diplopia / glaucoma / eye muscle strain due to uncorrected vision / no diplopia or glaucoma)

Boca / dientes: rechinar los dientes / apretar la mandíbula / dolor de la articulación temporomandibular (TMJ) / no rechinar los dientes o sensibilidad de la ATM.

(Mouth/teeth: grinding teeth / clenching jaw / temporomandibular joint pain (TMJ) / no grinding teeth or TMJ tenderness.)

Cardiovascular: dolor en el pecho / soplo / palpitaciones / sin dolor en el pecho o palpitaciones

(Cardiovascular: chest pain / murmur / palpitation / no chest pain or palpitation)

Respiratorio: tos / dificultad para respirar / asma / no SOB o tos

(Respiratory: cough / shortness of breath / asthma / no SOB or cough)

Gastrointestinal: incontinencia intestinal / diarrea / reflujo de ácido gástrico / enfermedad de úlcera péptica / no reflujo de ácido gástrico o enfermedad de úlcera péptica

(Gastrointestinal: bowel incontinence / diarrhea / gastric acid reflux / peptic ulcer disease / no gastric acid reflux or peptic ulcer disease)

Urinario: dificultad para orinar / incontinencia urinaria / cálculos renales / dificultad urinaria o cálculos renales

(Urinary: difficulty urinating / urinary incontinence / kidney stone / no urinary difficulty or kidney stone)

Endocrina: hipotiroidismo / hipertiroidismo / sin hiper o hipotiroidismo

(Endocrine: hypothyroidism / hyperthyroidism / no hyper- or hypothyroidism)

Musculoesquelético: dolor de cuello / dolor de espalda / dolor de rodilla / dolor de tobillo / sin dolor en el cuello o la espalda

(Musculoskeletal: neck pain / back pain / knee pain / ankle pain / no neck or back pain)

Neurológico: convulsiones / síncope / traumatismo craneoencefálico / sin convulsiones o síncope

(Neurological: seizure / syncope / head trauma / no seizure or syncope)

Psicológico: esquizofrenia / alucinación / sin esquizofrenia o alucinación

(Psychological: schizophrenia / hallucination / no schizophrenia or hallucination)

Calidad del sueño: ronquidos / apnea del sueño / sensación de no renovación en la somnolencia matutina / diurna o somnolencia / sin problemas para dormir.

(Sleep Quality: snoring / sleep apnea / feeling non-refreshed in morning / daytime somnolence or drowsiness / no sleep problems.)

Firma Del Paciente *(Patient's Signature)*: _____

Fecha de Hoy *(Date)*: _____



California Headache and Pain Center
加州頭痛疼痛治療中心

Aviso importante con respecto a "llegar tarde, no presentarse, cancelación en el último día el mismo día"

Todos los pacientes tienen el mismo derecho a ser atendidos a tiempo y lo antes posible, "llegar tarde, no presentarse, cancelar el último día de último minuto" afecta gravemente a los demás pacientes, y no es aceptable.

_____ Entiendo que no me verán si llego tarde a la cita, la tardanza repetida dará como resultado que no se permita una cita en el futuro.

_____ Entiendo que el "no presentarme" repetidamente dará como resultado que no se permita una cita en el futuro.

_____ Entiendo que la repetida "cancelación el último día de último minuto" dará como resultado que no se permita una cita en el futuro.

_____ Entiendo que si no puedo cumplir con la regla de la oficina, seré puesto en la lista de espera o tendré que llamar el mismo día para pedir una cita pero no se garantizan las citas disponibles en el mismo día.

Nombre del paciente _____

Firma del paciente _____

Fecha _____

Address: 420 W. Las Tunas Drive, San Gabriel, CA 91776. Tel: (626) 457-1688 Fax: (626) 457-1638 Web: www.chpci.com

Headache 頭痛 Neck pain 頸痛 Back pain 背痛 Orofacial Pain 面頰關節痛 Sleep Medicine 睡眠醫學
Spine injection 神經阻斷 Botulinum toxin injection 物理治療 Pain psychotherapy 生物反饋 Acupuncture 針灸

Asignación de Beneficios y Liberación

- I. Certifiqué que yo y / o mi dependiente tenemos cobertura de seguro con _____ . Autorizo que los beneficios del seguro se paguen directamente a California Headache and Pain Ctr, Inc. por cualquier procedimiento / servicios médicos.

- II. Entiendo la divulgación de mi información de atención médica a mi seguro con el fin de obtener el pago a California Headache and Pain Ctr. Inc. por los servicios prestados.

Aviso de Prácticas de Privacidad

- I. He recibido una copia del Aviso de PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD De California Headache and Pain Center, Inc.

- II. Entiendo que California Headache and Pain Center Inc. Aplica el Sistema de registro médico electrónico, y mi registro puede guardarse dentro o fuera de California con la máxima protección de privacidad que cumple con la ley HIPPA de California.

Nombre del Paciente _____

Firma del Paciente _____

Fecha de hoy _____

California Headache and Pain Ctr.
420 W. Las Tunas Drive
San Gabriel, CA 91776
Tel: (626) 457-1688

HOW TO CONTACT US BY PHONE CÓMO CONTACTARNOS POR TELÉFONO 如何通过电话与我们联系

Dial 626-457-1688

Marque 626-457-1688

拨打 626-457-1688

Press the number 1 for **English**

Presiona el número 2 para **español**

中文请拨 3

Select an option based on the need of your call, if no answer please leave a message or try your call again later.

Seleccione una opción según la necesidad de su llamada, si nadie contesta, deje un mensaje o vuelva a intentar la llamada más tarde.

拨 3 以后，在线等待，有人会用中文回答你。如果没有人接听，您将听到英语让你留言，拨 1 后在提示音留言，或挂断电话再尝试拨打我们的电话。

PLEASE KEEP THIS SHEET AS A REFERENCE

POR FAVOR GUARDE ESTA HOJA COMO UNA REFERENCIA

请保留此表作为参考



OFFICE
FOR
CIVIL
RIGHTS

SUS DERECHOS SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

La mayoría de nosotros sentimos que nuestra información de salud es privada y que debe ser protegida. Es por eso que hay una ley federal que establece normas para los proveedores de atención médica y las compañías de seguro médico acerca de quién puede ver y recibir información sobre nuestra salud. Esta ley, llamada Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), le da derechos sobre la información sobre su salud, incluso el derecho a obtener una copia de esa información, a asegurarse de que es correcta y a saber quién la ha visto.

Obtégala

Usted puede solicitar ver u obtener una copia de su archivo médico y otra información médica. Si desea una copia, es posible que tenga que presentar una solicitud por escrito y pagar el costo de la copia y del correo. En la mayoría de los casos, se le deben dar las copias dentro de los 30 días.

Contrólela

Usted puede pedir que se cambie cualquier información incorrecta de su archivo o que se agregue información a su archivo si usted piensa que falta algo o que la información no está completa. Por ejemplo, si usted y su hospital coinciden en que el archivo tiene un resultado erróneo de un análisis, el hospital debe cambiarlo. Incluso si el hospital considera que el resultado del análisis es correcto, usted igual tiene derecho a que se indique en el archivo que usted no está de acuerdo. En la mayoría de los casos, el archivo debe ser actualizado dentro de los 60 días.

Sepa quién la ha visto

Por ley, la información sobre su salud puede utilizarse y darse a conocer por razones específicas que no están directamente relacionadas con su atención, como garantizar que los médicos den una buena atención, garantizar que los hogares de ancianos estén limpios y sean seguros, informar sobre la presencia de gripe en su zona o presentar los informes exigidos por la ley estatal o federal. En muchos de estos casos, usted puede averiguar quién ha visto la información sobre su salud. Usted puede:

- **Saber cómo su médico o la compañía de seguro médico usan e intercambian la información sobre su salud.** Por lo general, la información sobre su salud no puede utilizarse sin su permiso para fines que no estén directamente relacionados con su atención médica. Por ejemplo, su médico no puede comentársela a su empleador, o revelarla para fines de mercadeo y publicidad sin su autorización escrita. Probablemente usted recibió un aviso que le dice cómo su información médica puede ser usada en su primera visita a un proveedor de servicios médicos nuevo o cuando usted tenga un nuevo seguro médico, pero en cualquier momento usted puede pedir otra copia.

- **Informar a sus proveedores o compañías de seguros médicos si hay información que usted no quiere revelar.** Usted puede pedir que la información sobre su salud no sea revelada a ciertas personas, grupos o empresas. Si usted va a una clínica, por ejemplo, usted puede pedirle al médico que no dé a conocer su historia clínica a otros médicos o al personal de enfermería de la clínica. También, usted puede pedir otro tipo de restricciones, pero ellos no siempre tienen que estar de acuerdo con lo que usted pide, sobre todo si eso pudiera afectar su atención médica. Finalmente, usted puede pedirles a su proveedor de atención médica o a su farmacia que no informen a su compañía de seguro médico acerca de la atención o los fármacos que recibe, siempre que usted sea quien paga la atención o los fármacos en su totalidad y que el proveedor o la farmacia no necesiten recibir ningún pago por parte de su compañía de seguros.
- **Solicitar que no lo contacten en su casa sino en otro lugar.** Usted puede hacer peticiones razonables, como que lo contacten en distintos lugares o de otra manera. Por ejemplo, usted puede pedir que el personal de enfermería lo llame a su oficina y no a su casa o que le envíe la correspondencia en un sobre y no en una tarjeta sin sobre.

Si usted piensa que le han denegado sus derechos o que la información sobre su salud no está protegida, usted tiene el derecho de presentar una reclamación a su proveedor, compañía de seguro médico o al Department of Health and Human Services de Estados Unidos.

Para saber más, visite www.hhs.gov/ocr/privacy/.



For more information, visit www.hhs.gov/ocr/.

U.S. Department of Health & Human Services
Office for Civil Rights