

# *Sonoran*

## PAIN MANAGEMENT

Dr. Minesh Zaveri, D.O.

Board Certified in Anesthesiology  
Pain Management Specialist

525 N. 18<sup>th</sup> Street, Suite 501  
Phoenix, AZ 85006  
(602) 795-PAIN phone  
(602) 251-8239 fax

1492 S. Mill Avenue, Suite 113  
Tempe, AZ 85281  
(480) 968-1216 phone  
(602) 251-8239 fax

### WELCOME TO OUR PRACTICE Bienvenidos a Nuestra Oficina

**Please make other arrangements for children**

**PLEASE BRING THE FOLLOWING WITH YOU ON THE DAY OF YOUR APPOINTMENT:**

1. The enclosed paperwork-completed in **BLACK INK**
2. Insurance card(s)
3. A state issued picture I.D.
4. Medical records that include any progress notes, labs, and/or diagnostic imaging including x-rays, MRIs or CT scans.
5. Co-Pays are **REQUIRED** at the time of check-in

We accept cash, Visa, Master Card, Discover, and American Express

If you have any questions prior to your appointment, please do not hesitate to contact the office at (602) 251-8304. If you need to change, cancel or reschedule your appointment, please give us a **24** hour notice to prevent a fee.

Thank you for your cooperation in helping our office to better serve you.

**Por favor traiga lo siguiente con usted en el día de su cita**

1. Las formas que vienen en este paquete – complete en **tinta azul o negra.**
2. Tarjeta de seguro.
3. Una forma de identificación, como licencia o ID.
4. Sus historiales médicos, como radiografías, notas de otros doctores.
5. Co-pago es necesario en el momento de su cita.

Acceptamos: Efectivo, Cheque, Visa, MasterCard, Discover, American Express

Si tiene alguna pregunta antes de su cita, por favor hable a la oficina 602-795-7246

Si debe cambiar, cancelar, o para reprogramar su cita, por favor denos por lo menos 24hr hora de anticipo.

Gracias por su cooperación en ayudar a nuestra oficina servirle mejor.

# Sonoran

PAIN MANAGEMENT

525 N. 18<sup>th</sup> Street #304  
 Phoenix, AZ 85006  
 Phone: 602-795-PAIN  
 Fax: 602-251-8239

1492 S. Mill Ave, Suite 113  
 Tempe, AZ 85281  
 Phone: (480) 968-1216  
 Fax: (602) 251-8239

**History Form:**

<b>Patient name/ nombre</b>	<b>Date of Consult/ fecha de consulto</b>
<b>Age/ edad</b> <b>male hombre</b> or <b>female mujer</b>	<b>social security #/ # social</b>
<b>Referring Dr:</b>	<b>Family Dr. / Doctor Familiar</b>
<b>Address/ direcciones</b>	<b>Address/ direcciones</b>
<b>City/ ciudad</b>	<b>City/ciudad</b>
<b>State, Zip/ estado, codigo postal</b>	<b>State, Zip/ estado, codigo postal</b>
<b>Phone/ numero</b>	<b>Phone/ numero</b>

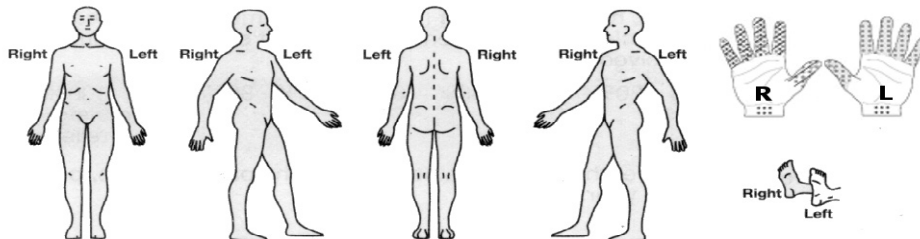
**Chief Complaint / La queja principal:** \_\_\_\_\_

**Do you have pain or another symptom? Tiene usted un dolor o otro sintoma?**  
 \_\_\_\_\_

**A particular condition or diagnosis? / Una condicion o el diagnostico particulares?**  
 \_\_\_\_\_

**Did a doctor ask you to come to our office for a particular treatment? / Pidio un medico usted venire a nuestra oficina para un tipo particular de tratamiento?**  
 \_\_\_\_\_

**History of present illness: please indicate on the drawings below where your pain is./ La Historia de enfermedad presente: indica por favor en los dibujos debajo de donde su dolor es.**



**Please circle any of the following symptoms you are experiencing: Rodee por favor cualquier de los sintomas siguientes que usted puede estar experimentando:**

**Is your problem: Constant, intermittent, frequent, occasional, infrequent**  
 Tu problema es: constante, intermitente, frecuente, ocasional, poco frecuente

**Is the pain: Sharp, Dull, aching, throbbing, burning, tingling, shooting, stabbing, electrical**  
 Tu problema es: agudo, embota, dolor, latir, quemar, sentir, hormigueo, disparar, apunalar, electrico

**Is your problem: Mild, Moderate, severe, excruciating**  
 Tu problema es: templado, moderado, severo, intolerable

**How would you rate your average pain on a scale 0-10, where 0 is no pain and 10 is unbearable? \_\_\_\_\_.**  
 Valore su dolor 0-10, 0 ser nada de dolor y 10 el peor?

**How long have you been experiencing this problem? \_\_\_\_\_.**  
 Cuanto tiempo experimentar este dolor?

**Do any of these make the problem worse? Time of day, sitting, standing, bending, lifting, twisting, crawling, stair climbing, coughing, sneezing, heat, cold, eating, weather changes, light touch, stress, other. Haga cualquiera de estos hace dolor peor? Tiempo de dia, sentarse, pararse, doblar, levantar, torcer, arrastrarse, subiendo escaleras, estornudar, el calor, el frio, comer, cambios de tiempo, toque de luz, enfatiza, otro: \_\_\_\_\_.**

**Do any of the following make the problem better: rest, heat, cold, massage, medication, other \_\_\_\_\_.**  
*Haga cualquiera de la marca siguiente el problema mejor: descanso, el calor, el frio , masaje, medicina, otro : \_\_\_\_\_.*

**Are there any factors or symptoms that occur with your problem, such as numbness, muscle weakness, bowel or bladder problems? Hay cualquiera factor o sintomas que ocurren con su problema como el entumecimiento, la debilidad de musculo, problemas de intestinos o vesicula? \_\_\_\_\_.**

**What doctors have you seen for this problem? A que medicos ha visto usted para este problema?**  
 \_\_\_\_\_.

**What tests have you had done for this problem & what were the results, if known? Que pruebas ha tenido usted para el problema & que fue los resultados, si conocido?**

**MRI:** \_\_\_\_\_

**CT Scan:** \_\_\_\_\_

**X rays:** \_\_\_\_\_

**EMG/NCS:** \_\_\_\_\_

**What treatments have you had for this problem & what were the results? Que tratamientos ha tenido usted por este problem y que fue los resultados?**

<b>Surgery / Cirugia :</b>
<b>Physical therapy / terapia fisica :</b>
<b>Injections or nerve blocks / inyecciones or nervio bloquea:</b>
<b>Psychological / behavioral pain / psicologico/ gestion conductista de dolor:</b>
<b>Osteopathic/ chiropractic / osteopatico/manipulacion de quiropractica o acupuntura:</b>

**What medication are you currently taking for this problem & how much? Que tipo de medicina esta tamando para este problema, con los miligramos?**  
 \_\_\_\_\_.

**Please circle if you have history of / rodee por favor cualquiera de estos tiene la historia de :**

<b>High blood pressure / alto presion</b>	<b>Diabetes</b>
<b>High cholesterol / alto cholesterol</b>	<b>hepatitis</b>
<b>Irregular heart beat / insuficiencia cardiaca</b>	<b>Pancreatitis</b>
<b>Congestive heart failure / Congestiva de golpe de Corazon</b>	<b>stomach ulcers / ulceras de estomago</b>
<b>Heart Attack / infarto de Corazon</b>	<b>GERD</b>
<b>Sleep apnea / problemas para dormer</b>	<b>thyroid disorder / desorden de tiroides</b>
<b>Asthma / asma</b>	<b>kidney disease / enfermedad renal</b>
<b>Bronchitis / Emphysema/ COPD</b>	<b>gynecological problems / problemas ginecologicos</b>
<i>La bronquitis / enfisema</i>	
<b>Pneumonia / pulmonia</b>	<b>osteoarthritis</b>
<b>Tuberculosis</b>	<b>Rheumatoid Arthritis / reuma articular</b>
<b>Lupus</b>	<b>Bleeding disorder / sangrar desorden</b>
<b>Scleroderma</b>	<b>Carpal Tunnel syndromel/ syndrome del tunel carpiano</b>
<b>Vision problems / problemas de vision</b>	<b>strokes / golpe</b>
<b>Seizures / tomas</b>	<b>headaches / dolores de cabeza</b>
<b>Depression / depression</b>	<b>Anxiety, panic disorder / la ansiedad , se asusta desorden</b>
<b>Other / otro :</b>	

Past surgical history (please list all surgeries you have had & the approximate dates)

*Historia quirúrgica pasada ( todo cirugías con fechas):*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hospitalizations (when & reason) / *las hospitalizaciones ( cuando y razon)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Accident/ injuries (please list any significant accident of injuries & when they occurred) / *las heridas de accidents significativas y cuando ocurrieron:*\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medications (currently taken including aspirin, please include milligrams) / *Medicinas (tomando ACTUALMENTE inclusive aspirina , y pone los miligramos):*

1. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_ 9. \_\_\_\_\_

Allergies (list all allergies to MEDICATIONS, food, other items) / *Las Alergias ( liste todas LAS MEDICINAS , el alimento, otros articulos)*

\_\_\_\_\_

Family History (please list any illness that are present in your family or the cause of death) / *La Historia familiar ( enfermedades que son presentes o la causa de mortalidad):*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Social History / *Historia Social*

Married / *Casado* Single / *Soltero(a)* Divorced/ *divorcio* separated / *separo* widow/widower / *viuda/viudo*

How many children & grandchildren do you have? Children \_\_\_\_\_ grandchildren \_\_\_\_\_  
*Cuantos niños y nietos tiene usted? Niños Nietos*

If you smoke, how many packs per day & for how many years? \_\_\_\_\_  
*Fuma, si ese es el caso cuanto tiempo y cuantos por día?*

Do you drink, if so how many average per week? \_\_\_\_\_  
*Bebe, si ese es el caso cuantos medio a la semana?*

Do you now or have you ever used illegal drugs? \_\_\_\_\_  
*Le hace ahora o jamás ha utilizado usted drogas ilegales?*

Have you ever been the victim of abuse or violence? \_\_\_\_\_  
*Jamás ha sido usted la víctima de abuso o violencia?*

Highest level of education / *Que es su nivel más alto de la educación:* \_\_\_\_\_

Occupational History / *Historia Profesional*

Are You: Working / *trabajando* on medical leave / *en hoja médica* disability / *incapacidad*  
usted : unemployed / *sin trabajo* retired / *jubilado*

**Current job (where & how long) / *La ocupación actual ( donde y cuanto tiempo):*** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

What is your highest level of education? **¿Qué es su nivel más alto de la educación?** \_\_\_\_\_

**Occupational History:** Historia profesional

**Working on medical leave disability unemployed retired**  
Trabajar en hoja médica incapacidad sin trabajo jubilado

Current occupation (where & how long) **La ocupación actual (donde & cuánto tiempo):**

\_\_\_\_\_

## Review of Systems

Please **circle** any of the following symptoms that you are experiencing.

**Constitutional :** diaphoresis , fatigue , fever , insomnia , fever , night sweats , anorexia, chills , malaise , weight gain / loss , recent illness

**Eyes:** photophobia, vision change, glaucoma

**Ears / Nose / Throat / Neck :** dental pain , dizziness, dysphagia , epistaxis , neck pain , Facial pain , facial weakness , headaches , hearing loss , hoarseness, neck swelling , tinnitus

**Cardiovascular:** arrhythmia, chest pain / pressure, claudication, dyspnea, edema, fatigue, palpitations

**Respiratory:** asthma, pleuritic pain, productive sputum, chest tightness, cough, wheezing

**Gastrointestinal :** hepatitis , abdominal pain , anorexia , constipation , diarrhea , dysphagia , gastro esophageal reflux , hematemesis , jaundice , nausea , vomiting

**Genitourinary / Nephrology :** dysuria , flank pain , hematuria , nocturia , pelvic pain , pregnancy , urinary urgency , urinary frequency , urinary incontinence , urinary retention / hesitancy

**Musculoskeletal :** stiffness , swelling , arthralgia , back pain , bone fracture , bone pain , carpal tunnel syndrome , joint complaint , muscle weakness , myalgias , neck pain , osteoporosis , sciatica , shoulder pain

**Dermatologic:** rash, cellulites

**Neurologic :** dizziness , dyskinesia or tremor , gait abnormality , headache , hearing loss , memory loss , mental status change , back pain , facial pain , generalized pain , limb pain, neck pain , paresthesia , seizure , spasms / spasticity , speech difficulty , syncope , tinnitus , vertigo , vision change , weakness

**Psychiatric:** alcohol abuse, anxiety, depression, drug abuse, hallucination, mania, psychosis, suicidality

**Endocrine:** hyperthyroidism, hypoglycemia, hypothyroid, obesity, chills

**Hematologic / Lymphatic:** abnormal bleeding, easy bruising, anemia, prolonged bleeding time, prolonged PT (INR), prolonged PTT

## La revisión de Sistemas

**rodea por favor cualquiera de los síntomas siguientes que usted experimenta.**

**Constitucional:** diaphoresis, la fatiga, la fiebre, el insomnio, la fiebre, sudores de noche, la anorexia, los fríos, el malestar, el aumento de peso/pérdida, enfermedad reciente

**Los ojos:** photophobia, cambio de visión, el glaucoma

**Las orejas/Nariz/Garganta/Cuello:** dolor dental, el mareo, dysphagia, epistaxis, dolor de cuello, dolor Facial, la debilidad facial, los dolores de cabeza, la pérdida auditiva, la ronquera, el cuello que hincha, el zumbido

**Cardiovascular:** la arritmia, el dolor de pecho/presiona, claudication, dyspnea, el edema, la fatiga, las palpitaciones

**Respiratorio:** el asma, dolor de pleuritic, esputo productivo, la estrechez de pecho, la tos, resollando

**Gastrointestinal:** hepatitis, dolor abdominal, la anorexia, el estreñimiento, la diarrea, dysphagia, reflujo de gastroesophageal, hematemesis, la ictericia, la náusea, vomitando

**Genitourinary/la Nefrología:** dysuria, el flanco aflige, hematuria, nocturia, dolor pélvico, el embarazo, urgencia urinaria, frecuencia urinaria, incontinencia urinaria, retención urinaria/vacilación

**El musculoesquelético:** la rigidez, hinchándose, arthralgia, el dolor lumbar, fractura de hueso, dolor de hueso, el síndrome del túnel carpiano, queja conjunta, la debilidad de músculo, las mialgias, dolor de cuello, la osteoporosis, la ciática, dolor de hombro

**Dermatológico:** erupción, las celulitis

**Neurológico:** el mareo, dyskinesia o temblor, anormalidad de andares, el dolor de cabeza, la pérdida auditiva, pérdida de memoria, cambio mental de estatus, aflige atrás, dolor facial, dolor generalizado, dolor de miembro, dolor de cuello, paresthesia, la toma, los espasmos/spasticity, dificultad de discurso, el síncope, el zumbido, el vértigo, cambio de visión, la debilidad

**Psiquiátrico:** abuso de alcohol, la ansiedad, la depresión, el dopaje, la alucinación, la manía, la psicosis, suicidalidad

**El endocrino:** el hipertiroidismo, la hipoglucemia, hypothyroid, la obesidad, los fríos

**Hematologic/Linfático:** sangrar anormal, magullar fácil, la anemia, prolongó sangrando tiempo, PT prolongado (INR), PTT prolongado

**Functional Status ( Estatus funcional ) :**

How long can you:

**Puédale cuánto tiempo:**

Sit: \_\_\_\_\_ .                      Stand: \_\_\_\_\_ .  
**(Estar sentado)**                      **(Estar parado)**

Walk: \_\_\_\_\_ .                      Climb Stairs: \_\_\_\_\_ .  
**(caminar)**                      **(suba escalera)**

Drive: \_\_\_\_\_ .  
**(Manejar)**

Does pain interfere with daily activities? With any of these:

**¿Interviene el dolor con actividades diarias? Con cualquiera de éstos:**

Recreational activities      housework                      yard work                      work duties  
**actividades recreativas      llene alrededor de la casa      trabajo de yarda      trabaje los deberes**

Patient Goals (**Objetivos de pacientes**):

\_\_\_\_\_ .

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_ .  
**( firma )**                      **(fecha de hoy)**



Dr. Minesh Zaveri, D.O.

525 N. 18<sup>th</sup> Street, Suite 501  
Phoenix, AZ 85006  
(602) 795-PAIN phone  
(602) 251-8239 fax

1492 S. Mill Ave, Suite 113  
Tempe, AZ 85281  
(480) 968-1216 phone  
(602) 251-8239 fax

**CANCELLATION POLICY**  
POLÍTICA DE CANCELACIÓN

We realize that patients may need to change their appointments; however, we require at least a 24 hour cancellation notice in regards to any appointments so we may offer that time slot to another patient. If you fail to notify the office of a cancellation, you will be charged a \$25 no show fee for the scheduled time.

Nos damos cuenta de que los pacientes pueden necesitar cambiar sus citas; Sin embargo, se requiere al menos un aviso de cancelación de 24 horas en lo que respecta a las citas para que podamos ofrecer ese intervalo de tiempo a otro paciente. Si usted no notifica a la oficina de una cancelación, se le cobrará una tarifa de \$ 25.

**Patient Signature** \_\_\_\_\_  
firma del paciente

**Date** \_\_\_\_\_  
Fecha de hoy