

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - Imprima

INFORMACIÓN GENERAL

(Nombre legal)

Apellido del paciente _____ First Name _____

dirección _____ Cuidado de _____
(Padre o persona financieramente responsable)

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono (trabajo) _____

de Licencia del conductor _____ No. Hijo(s)(as) _____ Teléfono (de casa) _____

Dirección fuera del estado _____ Teléfono celular _____

correo electrónico _____

Nombre del cónyuge _____ # de Teléfono _____

Sexo M F	Casad(o)(a) Viud(a)(o)	Solter(o)(a) Divorciad(o)(a)	Fecha de Nacimiento / /	Número de seguro social - -
Empleo _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____ Ocupación _____				Trabajo De tiempo: Tiempo completo Tiempo parcial Retirad(o)(a) Desempleado Estudiante Tiempo completo Tiempo parcial

REFERIDO(A)POR: _____

Tiene Seguransa? SI / NO

****PORFAVOR ENTREGUE SU TARJETA DE SEGURO AL LA ASISTENTE PARA HACER COPIAS****

CUIDADO QUIROPRACTICO PASADO? SI / NO

Clínica /Nombre del Doctor? _____ Telefono # _____

Dirección _____

¿Tomaron Radiografías? SI / NO

¿Sus problemas actuales se deben a una lesión? SI / NO (Sólo Complete si respondió si)
_____ En el Trabajo _____ Accident Automovilistico _____ Lesion Personal _____ Otro _____

¿Ha reportado el accidente? SI / NO Al Empleado _____ Seguro de Auto _____ Otro _____

¿Has contratado a un abogado? SI / NO

ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL / COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR ÚNICAMENTE

Compania de Seguro _____	# de reclamo _____	#de poliza _____
Dirección _____	# Teléfono _____	Ciudad _____
Estado _____	Código postal _____	Nombre del Agente _____
Nombre de contacto _____	Dirección _____	Nombre del Abogado _____
		Teléfono _____

POLITICAS

- Todos los cargos de la primera visita se pagan cuando se prestan los servicios.
- La tarifa que se paga por las radiografías de tratamiento es solo para análisis. La película en sí es propiedad de esta oficina.
- Usamos su correo electrónico para enviarle recordatorios de citas, actualizaciones de la oficina, boletín mensual, etc. Por favor, opte por no participar ____ Si

____ (INICIAL) Entiendo y estoy de acuerdo en que las pólizas de seguro médico y de accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Además, entiendo que Elite Chiropractic preparará los informes y formularios necesarios para ayudar a realizar los cobros de la compañía de seguros y que cualquier monto autorizado para pagarse directamente a Elite Chiropractic se acreditará en mi cuenta una vez recibido. Sin embargo, entiendo claramente y acepto que todos los servicios prestados se me cobran directamente y que soy personalmente responsable del pago.

También entiendo que si suspendo o finalizo mi atención en esta oficina, cualquier cargo pendiente por los servicios profesionales que se me presten será pagadero y adeudado de inmediato.

Estoy de acuerdo en que seré responsable de todos los honorarios de abogados y legales si es necesario emprender acciones legales para cobrar esta cuenta.

LIBERACIÓN Y CESIÓN

____ (INICIAL) Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar mis reclamos de seguro y asignar y solicitar el pago directamente a mis médicos.

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DE EXAMEN Y DIAGNÓSTICO

____ (INICIAL) Por la presente autorizo a los médicos quiroprácticos, los asistentes quiroprácticos o el personal de Elite a realizar exámenes y procedimientos de diagnóstico que surjan de cualquier condición actual o imprevista que los médicos quiroprácticos Elite puedan considerar necesarios o aconsejables en el curso de mi atención.

Entiendo y acepto que los médicos quiroprácticos de Elite tienen derecho a negarse a aceptarme como paciente en cualquier momento antes de que comience el tratamiento. La toma de antecedentes y la realización de un examen físico no se consideran un tratamiento, pero son parte del proceso de recopilación de información para que los médicos de Elite Chiropractic puedan determinar si me aceptan como paciente.

CONSENTIMIENTO PARA RAYOS X

____ (INICIAL) Por la presente autorizo a los médicos quiroprácticos de élite a tomar radiografías de mí mismo (o de dicho menor).

CONSENTIMIENTO PARA ABRIR LA PUERTA AJUSTANDO EL AMBIENTE

____ (INICIAL) Elite Chiropractic tiene un área de ajuste de puerta abierta. Si necesita privacidad, se le proporcionará si su solicitud es por escrito. Esta oficina utiliza un entorno de "ajuste abierto" para el cuidado continuo del paciente. El "ajuste abierto" implica que varios pacientes se vean en la misma sala de ajuste al mismo tiempo. Los pacientes están a la vista unos de otros y algunos detalles rutinarios de la atención se discuten al alcance del oído de otros pacientes y del personal. Este entorno se utiliza para la atención continua y no es el entorno utilizado para tomar las historias clínicas de los pacientes, realizar exámenes o presentar informes de hallazgos. Estos procedimientos se completan en un entorno privado y confidencial. El uso de este formato está destinado a hacer que su experiencia con nuestra oficina sea más eficiente y productiva, así como a mejorar su acceso a atención médica e información de salud de calidad. Si elige no ser ajustado en un entorno de ajuste abierto, se harán otros arreglos para usted.

(SOLO PARA MUJERES) LIBERACIÓN DEL EMBARAZO *

Fecha de inicio del último período menstrual de la paciente(LMP):_____.

____ (INICIAL) Por la presente libero a Elite Chiropractic; son los médicos y el personal de cualquier responsabilidad. Por la presente afirmo que no estoy embarazada ni intento quedar embarazada en esta fecha y que el médico tiene mi permiso para realizar una evaluación de rayos X. Me han informado adecuadamente sobre los posibles efectos de la radiación en un feto en desarrollo. Si se ha realizado una prueba de embarazo, también soy consciente de que esta prueba no es 100% precisa y puede arrojar resultados falsos. ____ **He leído todo lo que se me ha proporcionado y al firmar a continuación doy mi consentimiento para todo lo que se me ha explicado anteriormente.**

Nombre impreso de/la paciente _____ Fecha _____ Nombre impreso de la testigo _____
Firma Nombre del paciente o (padre o tutor) _____ Date _____ Signature of Witness _____

¿Cuál es su primera queja importante? _____

¿Cuál es su primera queja importante? _____

Encierre en un círculo la ubicación de su dolor

¿Tiene algún otro problema de salud que le preocupe?

2da queja: 2. _____
3rd queja: 3. _____
4th queja: 4. _____

Comienzo

¿Cuándo comenzó la queja? Fecha _____ Gradualmente o de repente

¿Algo causó o contribuyó al inicio? **SI / NO**

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Dolor Provocado y paliativa (coloque el número correspondiente de su queja junto a cualquier acción de dolor provocado o paliativa)

¿Qué empeora su condición? _____ Nada _____ Levantamiento _____ Tratando de pararse En pie _____ Para caminar _____ Sentada/o' _____
con Movimiento _____ Ejercicio _____ Inactividad _____ Otras actividades laborales _____

¿Qué mejora su condición? _____ Nada _____ En pie _____ caminar _____ Sitting _____ Movimiento _____ Ejercicio _____ Inactividad _____
Acostada/o _____ sleep _____ Extensión _____ Hielo _____ Calor _____ Analgésicos _____ Otro de OTC _____

Calidad (Por favor, coloque el número correspondiente a su queja junto a cualquier sensación que tenga)

Describe la sensación que sientes

_____ Fuerte, _____ Poco, _____ Sensación de quemadura gramo, _____ Palpitante, _____, Dolorida/o _____ entumido, _____ dolor de
repente _____

Califica tu dolor

1. 1er Queja _____ No dolor 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 Extremo dolor
2. 2do Queja _____ No dolor 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 Extremo dolor
3. 3rd Queja _____ No dolor 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 Extremo dolor
4. 4ta Queja _____ No pain 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 Extremo dolor

Irradiando

¿Su dolor se irradia a alguna otra parte de su cuerpo? **SÍ / NO** ¿Experimenta entumecimiento / hormigueo? **S / N**

Si es así, explique: _____

Momento

¿Tu dolor es constante? **SI / NO** Constante desde cuando? _____

¿Tu dolor es intermitente? **YES / NO**

1. 1er Queja - Frecuencia	_____ veces por semana	_____ Hrs/Días
2. 2do Queja - Frecuencia	_____ veces por semana	_____ Hrs/Días
3. 3r Queja - Frecuencia	_____ veces por semana	_____ Hrs/Días
4. 4ta Queja - Frecuencia	_____ veces por semana	_____ Hrs/Días

¿Alguna vez has tenido algo como esto antes? **SÍ / NO** En caso afirmativo, cuando? _____

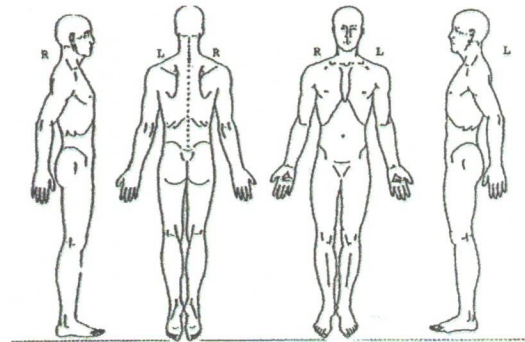
¿Su condición ha afectado sus actividades diarias? **SÍ / NO** En caso afirmativo, ¿cómo? _____

¿Ha perdido días de trabajo? **SÍ / NO** En caso afirmativo, ¿cuántos? _____

¿Ha habido algún cambio en sus funciones corporales (micción, defecación, respiración, digestión, visión, sexual, otras)? **SÍ/NO**
En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Nombre otros médicos que haya visto por esta afección: _____

¿Cuáles son sus objetivos de salud? _____



Indique la fecha más actual: déjela en blanco si no corresponde	¿NE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?		
Examen espinal _____ Examen de X-ray _____	Apendicitis _____	Cardiopatía _____	Osteoporosis _____
_____ Solo Mujeres: Prueba de Papanicolaou _____	Anemia _____	Coto _____	Epilepsia _____
_____ Examen de MRI o CT _____	neumonía _____	Influenza _____	Trastorno mental _____
Examen de senos _____ Examen de _____	Fiebre reumática _____	Pleuritis _____	Dolor lumbar _____
laboratorio _____ último exam _____	Polio _____	Diabetes _____	Alcoholismo _____
físico _____ Densidad ósea _____	Tuberculosis _____	Cáncer _____	AIDS _____
	Infarto _____	Latigazo _____	Hipertensión _____

Elite Chiropractic P.L.L.C.
12233 Ranch Road N. Ste. 107, Austin, TX 78750

TÉRMINOS DE ACEPTACIÓN / CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Cuando un paciente busca atención médica quiropráctica y nosotros aceptamos a un paciente para dicha atención, es esencial que ambas partes trabajen para lograr el mismo objetivo.

La quiropráctica tiene un solo objetivo. Es importante que cada paciente comprenda tanto el objetivo como el método que se utilizará para lograrlo. Esto evitará confusiones o decepciones.

Salud: El estado de bienestar físico, mental y social óptimo, no simplemente la ausencia de enfermedad.

Subluxación vertebral: una desalineación de una o más de las 24 vértebras de la columna vertebral que causa alteración de la función nerviosa e interferencia en la transmisión de impulsos mentales, lo que resulta en una disminución de la capacidad innata del cuerpo para expresar su máximo potencial de salud.

Ajuste: La aplicación específica de fuerzas para facilitar la corrección del cuerpo de la subluxación vertebral. Nuestro método quiropráctico de corrección es mediante ajustes específicos de la columna.

Riesgos potenciales: El riesgo de lesiones o complicaciones del tratamiento es sustancialmente menor que el asociado con muchos tratamientos, medicamentos y procedimientos médicos o de otro tipo que se administran para los mismos síntomas. Si bien es poco común, en la práctica de la quiropráctica existe algún riesgo de examen y tratamiento que incluye, entre otros: esguinces / distensiones, aumento de los síntomas y dolor o sin mejoría de los síntomas o el dolor, fracturas, lesiones de disco, accidentes cerebrovasculares, dislocaciones y lesiones graves. deterioro neurológico.

No ofrecemos diagnosticar ni tratar ninguna enfermedad o afección que no sean subluxaciones vertebrales o afecciones neuro-musculoesqueléticas. Sin embargo, si durante el curso de un examen espinal quiropráctico encontramos hallazgos inusuales o no quiroprácticos, le informaremos. Si desea asesoramiento, diagnóstico o tratamiento para esos hallazgos, le recomendaremos que busque los servicios de otro proveedor de atención médica.

Independientemente de cómo se llame la enfermedad, no ofrecemos tratarla. Tampoco ofrecemos asesoramiento sobre tratamientos prescritos por terceros. **NUESTRO ÚNICO OBJETIVO DE PRÁCTICA** es eliminar la mayor interferencia en la expresión de la sabiduría innata del cuerpo. Nuestro único método es el ajuste específico para corregir las subluxaciones vertebrales.

No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones. Deseo confiar en que el médico ejercerá el juicio durante el curso del procedimiento que el médico considere al mismo tiempo, basándose en los hechos conocidos en ese momento, que es lo mejor para mí. Además, reconozco que no se me han dado garantías o seguridades con respecto a los resultados esperados del tratamiento.

Yo, _____ He leído y comprendido completamente las
declaraciones anteriores. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas completa
y satisfactoriamente. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para el tratamiento. Tengo la intención de que este formulario
de consentimiento cubra todo el tratamiento de mi afección actual y de cualquier afección futura para la que busque atención.

firma del/a paciente

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA EVALUAR Y TRATAR A UN MENOR (TRATAMIENTO DE UN NIÑO MENOR DE 18 AÑOS).

Yo, _____ **Ser la madre/padre o tutor legal de**
_____ He leído y entendido completamente los términos de aceptación anteriores y por la
presente otorgo permiso para que mi hijo reciba atención quiropráctica.

Firma de los padres

Fecha

Firma de testigo

Fecha

Elite Chiropractic

Matthew Johnson, D.C.
12233 Ranch Road 620 N. Ste. 107
Austin, TX 78750
(512)331-9999

HIPAA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISARLO CON CUIDADO.

Este Aviso de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para llevar a cabo nuestro tratamiento, pago o operaciones de cuidado de la salud (TPO) para otros fines permitidos o requeridos por la ley. "Información Protegida de la Salud" es información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificarle y que se relaciona con su salud física o mental pasada, presente o futura o condición y servicios de cuidado relacionados.

Uso y revelaciones de información médica protegida:

Su información médica protegida puede ser utilizada y revelada por su médico, nuestro personal y otros fuera de nuestra oficina que están involucrados en su cuidado y tratamiento con el propósito de proveerle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, para apoyar las operaciones de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Utilizaremos y revelaremos su información médica protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, revelaremos su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que le brinda atención. Por ejemplo, su información de atención médica puede ser proporcionada a un médico al que ha sido referido para asegurarse de que el médico tiene la información necesaria para diagnosticar o tratarle. Pago: Su información de salud protegida se usará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su información de salud protegida relevante sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión en el hospital.

Operaciones de atención médica: Podemos divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida para apoyar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias, mercadeo y actividades de recaudación de fondos, y conducción o organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos revelar su información médica protegida a los estudiantes de la escuela de medicina que ven pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique a su médico. También podemos llamarle por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted para recordarle su cita. Podemos usar o revelar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen lo requerido por la ley, asuntos de salud pública, enfermedades contagiosas, supervisión de salud, abuso o negligencia, requisitos de administración de alimentos y drogas, procedimientos legales, aplicación de la ley, forenses, directores de funerarias y donación de órganos. Usos requeridos y revelaciones bajo la ley, nosotros debemos revelarle cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

O OTROS USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS Y REQUERIDOS SE HARÁN ÚNICAMENTE CON SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZACIÓN OPORTUNIDAD DE OBJETAR A MENOS QUE LO REQUIERA LA LEY.

Usted puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica del médico ha tomado una acción en dependencia del uso o revelación indicado en la autorización.

Nombre impreso _____

Fecha _____

Firma _____