

Ayudarle a Alcanzar Una Salud Optima

CONSULTORIO QUIROPRACTICO

Razón de su visita (Circulo): **Quiropráctico** **Nutrición** **Plantillas**

Fecha _____ Nombre _____ Sexo M__ F__ Estado Civil: C__ S__ D__ V__ (otro)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono de casa () _____ Celular () _____ Email _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad _____ Ocupación: _____ Empleo _____

En caso de emergencia () _____ - _____ Nombre: Relación: _____

Ha recibido cuidado quiropráctico? Sí ___ No ___? Cuándo? _____

1. Síntomas or Razón por la que Ud busca tratamiento quiropráctico hoy:

Razón principal _____ Segunda Razón _____

Ubicación de queja: _____ Lesión comenzó cuándo y cómo: _____

Las condiciones anteriores son debidas a un accidente automovilístico SI NO o lesión relacionada en el trabajo SI NO

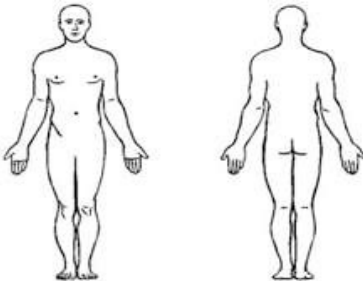
Marque cómo es su dolor/queja? profundo constante quema/arde palpitante persistente disparo agudo

Dolor viaja a otra zona del cuerpo? En dónde? _____

Tiene hormigueo o entumecimiento en su cuerpo? En dónde? _____

Grado de intensidad/gravedad de su dolor (ninguna queja/dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (el peor dolor)

Sombra o marca en la figura su área de dolor



a). ¿Con qué frecuencia esta presente el dolor, ¿cuánto tiempo dura?

b). ¿Que hace agravar la queja?

c). ¿Qué ayuda a disminuir el dolor?

d). ¿Tiene los pies planos, o dolor en los pies? _____

2. Cuáles otros tratamientos o intervenciones, medicamentos, cirugía o atención médica ha procurado Ud para su queja o dolor?

3. Historial de su salud:

A. Lesion previa o trauma: _____

B. Enfermedades anteriores (diabetes, alta presión sanguínea, colesterol): _____

C. Alergias: _____

D. Medicamentos / Vitaminas Que Está Tomando

Clase:

Razón para tomar:

F. Cirugías que ha tenido (Mujeres, liste embarazos aquí)

Fecha

Tipo de Cirugía

SOLAMENTE LAS MUJERES

¿Cuál es la fecha del comienzo de su última menstruación? _____ ¿Esta usted embarazada ahora? SI NO

4. Historial de Salud Familiar:

Problemas de salud asociados con familiares (circule)

Madre: Cancer Corazon Diabetes Otro _____

Padre: Cancer Corazon Diabetes Otro _____

Hermanos: Cancer Corazon Diabetes Otro _____

Hermanos: Cancer Corazon Diabetes Otro _____

5. Historia social y ocupacional:

Nivel de Educación: () Preparatoria () Algo de Colegio () Graduado de Universidad

Descripción de su trabajo: _____

Horario de su trabajo: Cuántas horas al día desempeña su trabajo? _____

Estilo de vida y rutina de ejercicios (incluyendo el tabaco y el consumo de drogas o la dieta): _____

He leído la información anterior y certifico que es cierto y correcto. Autorizo a este consultorio quiropráctico que me proporcione la atención quiropráctica conforme con los estatutos del estado.

Firma _____ Fecha _____

Peters Chiropractic—Consultorio Quiropráctico

PERMISO PARA AJUSTES Y ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA

Definición de la Quiropráctica

1. El enfoque quiropráctico es la práctica del cuidado de la salud que se trata con el diagnóstico análisis y tratamiento del complejo de la subluxación (desviación) vertebral la cual causa detrimentos músculo esqueléticos y sus efectos de disfunción articular. La manipulación quiropráctica, el ajuste, restaura y mantiene la salud porque reconoce la habilidad innata recuperativa del cuerpo humano.
2. Para determinar un diagnóstico diferencial, un quiropráctico realizara un examen físico, el cual incluye radiografías para determinar si el cuidado quiropráctico es apropiado o si la necesidad existe para referir al paciente a otro especialista para el cuidado de su salud. La comisión de la certeza de la calidad quiropráctica proporcionara la orden para el tipo y uso de artefactos y procedimientos diagnósticos y analíticos consistentes con este capítulo.
3. “El Complejo de Subluxación Vertebral” significa un defecto o la modificación funcional o una alteración a la dinámica de la fisiología biomecánica en una articulación, que puede causar un disturbio neuronal con o sin desplazamiento detectable con radiografía. Los efectos del complejo de subluxación vertebral incluye pero no el limitado a: fijación, hipo movilidad, espasmo muscular, edema, o inflamación.
4. “El Ajuste Quiropráctico” significa el cuidado de Complejo de Subluxación Vertebral, disfunción articular o detrimentos músculo esqueléticos. Tal cuidado incluye el ajuste manual o mecánico de cualquier articulación vertebral continua mas allá de la distancia fisiológica, pasiva y normal del movimiento.

No es raro para algunos pacientes que experimenten alguna molestia después apliqué de un ajuste. Si eso pasara apliqué hielo en el área y descansa. Si yo me preocupo por esta molestia o desarrollo algún síntoma nuevo, yo puedo llamar el número 210-927-2095. Si estoy fuera de la ciudad o incapaz de contactarme con el doctor, yo puedo presentarme a cualquier sala de emergencia.

En todos los cuidados de salud hay un mínimo de riesgos en el tratamiento incluyendo pero no limitados a los ligamentos, los músculos, las heridas de disco, y accidentes vasculares. Yo no espero que el doctor este dispuesto a explicarme todos los riesgos o complicaciones, sin embargo el doctor hará su mejor esfuerzo en explicarme los problemas.

Basado en los hechos y resultados presentados por el doctor en el tiempo del tratamiento, yo confío en su decisión en cuanto al curso de mi tratamiento basado a que en realidad son a mi mejor interés y beneficio.

He leído este consentimiento con el doctor o el personal como indica nuestras firmas. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de su contenido. Yo entiendo que este consentimiento cubre el curso entero del tratamiento quiropráctico.

Firma del Paciente _____ **Fecha:** _____

Reconocimiento de Consentimiento para Uso y Divulgación de Información Protegida

Uso y Divulgación de su Información Protegida

Su información protegida será usada por SANA Wellness & Health, da Peters Chiropractic Clinic o divulgado a otros con propósito de tratamiento, obtener pagos, o el apoyo a operaciones del día a día de salud de esta oficina.

Aviso de Practicas de Privacidad

Usted debe revisar el Aviso de Practicas de Privacidad para mas completa descripción de como su Información de Salud Protegida puede ser usada o divulgada. Esto describe sus derechos en que se refieren al uso limitado de información de salud, incluyendo su información demográfica, recopilada por usted y creada o recibida por esta oficina. Usted puede revisar el Aviso antes de firmar el consentimiento. Usted también puede solicitar una copia the el Aviso en la recepción.

Solicitar Una Restricción Sobre el Uso o Divulgación de su Información

Puede solicitar una restricción en el uso o divulgación de su Información de Salud Protegida. Esta oficina puede o no estar de acuerdo a restringir el uso o divulgación de su Información de Salud Protegida. Si estamos de acuerdo con su solicitud, la restricción será vinculante con nuestra oficina. El uso o divulgación de la información protegida en violacion de un acuerdo sobre la restricción será violada de las normas federales de privacidad.

Revocación del Consentimiento

Puede usted revocar este consentimiento pa el uso y divulgación de su Información de Salud Protegida. Usted debe revocar este consentimiento en escrito. Cualquier uso o divulgación que ya haya sucedido anteriormente de el día de la fecha en la cual su revocación de consentimiento es recibida no será afectada.

Reserva del Derecho a Cambiar La Practica de Privacidad

Esta oficina reserva el derecho de modificar ls practicas de privacidad escritas en el Aviso.

Firma

He revisado este formulario de consentimiento y doy permiso a esta oficina de utilizar y divulgar mi información de salud de acuerdo con ella. Soy consciente de que estas oficinas no tiene áreas de terapia abierta.

_____ Nombre del Paciente	_____ Firma del Paciente	_____ Fecha
_____ Firma del Representante del Paciente	_____ Fecha	_____ Relación del Representante del Paciente

Quienes podamos dar su ISP

_____ Brenda Hernandez Representante de Oficina	_____ 01/01/2015 Fecha
---	------------------------------

Suhail Daraiseh, D.C.
SANA Wellness & Health, LLC, dba, Peters Chiropractic Clinic

Formulario de Reconocimiento

Consentimiento para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Yo reconozco que el “Aviso de Practicas de Privacidad” de Peters Chiropractic Clinic se ha sido proporcionada a mi.

Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de Practicas de Privacidad de Peters Chiropractic Clinic antes de firmar este documento. El Aviso de Practicas De Privacidad de Peters Chiropractic Clinic es también proporcionado bajo petición en la recepción de la clínica. El Aviso de Practicas de Privacidad describe los tipos de usos y revelaciones de mi información de salud protegida lo que va ocurrir en el tratamiento, pago de mis cuentas o en el rendimiento de las operaciones de atención de salud de Peters Chiropractic Clinic. Este Aviso de Privacidad también describe mis derechos y los deberes de Peters Chiropractic Clinic con respecto a mi información de salud protegida.

Peters Chiropractic Clinic reserva el derecho de cambiar las practicas de privacidad que se describen en el Aviso de Practicas de Privacidad. Yo puedo obtener un aviso revisado de las practicas de privacidad llamando a a la oficina y solicitar que se envíe una copia por correo o pedir en el momento de mi próxima cita.

_____ Firma del Paciente o Representante Personal	_____ Nombre del Paciente o Representante Personal	_____ Fecha
--	---	----------------

Brenda Hernandez, Nombre del Oficial de Privacidad

Póliza de Oficina

Bienvenidos a Peters Chiropractic Clinic, donde nos esforzamos para Ayudarle a Alcanzar una Salud Optima. Ofrecemos 3 servicios primarios: quiroprácticos, soporte nutricional, el cuidado de los pies. Estas tres áreas ayudaran a agregar vida a sus años. Nos encantaría ayudarle a aprender mas sobre estas áreas importantes que le conducirá a un mejor salud. A continuación encontrara nuestros procedimientos respecto a citas, pagos, y seguros de salud. Por favor tome el tiempo de familiarizarse con ellos.

Póliza de Pago del Paciente

Servicio de Cuidado al Paciente Nuevo: Los servicios médicos al paciente nuevo consiste de una consulta, una radiografía de el área de la queja principal, y un ajustamiento quiropráctico en o cerca del área del dolor. Como parte de la consulta, usted es requerido para completar el **formulario de admisión**. La forma de admisión permite al doctor y a el personal a evaluar sus necesidades quiroprácticas con la mayor precisión posible. Requerimos que una radiografía sea tomada para que así el doctor pueda determinar los síntomas de el dolor. El doctor revisará la radiografía con usted como parte de la consulta. Por ultimo, el doctor explicará un plan de tratamiento para ayudar a restaurar y alinear cuerpo hacia el bienestar. El doctor llevará a cabo el primer ajustamiento apropiado para ayudar aliviar su dolor. El doctor y la asistente quiropráctica revisaran el plan de tratamiento, y contestaran alguna pregunta que usted tenga.

Servicios de Cuidado del Paciente Establecido: Un paciente establecido es un paciente que actualmente esta bajo un plan de tratamiento en nuestra oficina, y ha estado bajo nuestro cuidado en los últimos tres años. Si está liberado de su plan de tratamiento, o ha estado ausente más de 60 días sin ver al doctor, o si tiene una nueva condición de dolor, y dentro del plazo de tres años se le requiriera completar nuevos formularios de admisión, y posiblemente una nueva radiografía será tomada de la zona para determinar la causa del dolor. Procedimientos explicados anteriormente en la sección de paciente nuevo serán aplicados.

Requerimos el 100% de el monto total ser pagado en cada visita. Aceptamos efectivo, tarjetas de debito, Visa, MasterCard, Discover, y America Express only.

Póliza de la Oficina Respecto a Radiografías

Se les requiere a todos los nuevos pacientes tomar una radiografía solamente en el área donde el dolor se origino. Las radiografías son buenas por 2 años si no ha ocurrido nuevo incidente durante los dos años. Si a un paciente establecido se a alejado mas de 2 años o tiene una condición nueva, una radiografía será requerida. Si usted desea tomarse radiografías adicionales, deje saber al personal, cargos extras se aplicaran. Si usted desea llevar su radiografía a otro doctor, se requiere que ese doctor nos llame para solicitar su radiografía y un aviso por lo menos de 48 horas, ya que el doctor tendrá que escribir un informe para incluir con ella. Una forma de liberación de radiografía tendrá que ser firmada por usted para poder llevarse la radiografía.

Póliza de la Clínica en la Confidencialidad del Paciente

Cada uno de nuestro personal esta entrenado para mantener estricta confidencialidad con respecto a los pacientes. Nos regimos por las leyes de HIPAA para la confidencialidad de los pacientes. Usted puede solicitar la póliza de HIPAA para leer en nuestra oficina o puede visitar el sitio web a www.peterschirosoa.com.

Nuestra Póliza en Seguros de Salud

No se requiere un seguro médico para ser tratado en Peters Chiropractic. Si desea utilizar su seguro de salud para su visita, le proporcionaremos una declaración de los servicios. Luego, enviará su reclamo a su seguro de salud.

Póliza de la Oficina en Citas

Con el fin de servir mejor a nuestros pacientes, programamos las citas en anticipo. Pacientes sin citas son bienvenidos, pero los pacientes con citas tendrán prioridad. Les pedimos que llame si usted es incapaz de llegar a su cita con 24 horas de anticipada si va llegar tarde, por favor contáctenos para avisarnos. La hora de su cita esta reservada para usted. Si usted no notifica a nuestra oficina, deja un espacio abierto que puede ser de ayuda para alguien mas. Si usted pierde su cita sin aviso, **una multa de \$25 será aplicada por citas de Martes a Viernes y \$50 en Sábados**. Por favor ayudemos a ayudar a otros. Nuestro horario de función esta puestas en nuestro sitio web: www.peterschirosoa.com.

Preguntas Y Respuestas

Sus preguntas sobre cualquier aspecto sobre su cuidado o cuenta son bienvenidas. Por favor siéntase libre de preguntarle a cualquier miembro de nuestro personal. Haremos todo nuestro esfuerzo para contestar a sus dudas. He leído las pólizas de Peters Chiropractic Clinic y las respetare.

Firma del Paciente

Fecha