

SANA WELLNESS & HEALTH

1032 S. Alamo Street, San Antonio, TX 78210 210-927-2095

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 _____

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

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

1. Razón Principal por buscar tratamiento quiropráctico hoy: _____

Cuando y como comenzaron la queja(s): _____

Las condiciones anteriores son debidas por un accidente automovilístico: SI NO o Lesion relacionada en el trabajo: SI o NO

Por favor marque como 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? SI o NO En dónde? _____

Gravedad/intensidad de su dolor: Por favor circule 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(No dolor)

(Dolor Extremo)

Que tan frecuente es el dolor, que tanto dura? _____

Hay algo que agrave su condición? SI o NO: _____

Hay algo que ayude a disminuir el dolor? SI o NO: _____ Tiene pies planos, o dolor en los pies? SI o NO

2. Previos tratamientos, cirugías, o cuidado recibido para tratar su dolor (mencione medicaciones no recetadas):

3. Historial de su salud:

A. Lesion previa o trauma: _____

Ha roto algún hueso? SI o NO Cuales? _____

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

C. Alergias: _____

D. Medicamentos / Vitaminas Que Está Tomando

Clase:

Razón para tomar:

E. Cirugías que ha tenido

Fecha

Tipo de Cirugía

F. MUJERES SOLAMENTE: Embarazos

Embarazos/ Fecha de entrega

Resultado

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 trabajo: _____

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

Como es su dieta? (Circule) **Saludable** **Saludable en veces** **Comida Rapida**

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

Firma _____ Fecha _____

El paciente lee y afirma el consentimiento informado para los ajustes y la atención quiropráctico _____ (Iniciales del paciente)

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 perdidas 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.peterschiroso.com.

Iniciales del Paciente _____

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, LLC** 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 podemos dar su ISP

Brenda Hernandez	01/01/2021
Representante de Oficina	Fecha

Suhail Daraiseh, D.C.
SANA Wellness & Health, LLC

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