

¡Bienvenido a Back Pain Relief Chiropractic!

Imprima y complete las siguientes páginas lo mejor que pueda.

Si ha tenido radiografías recientes, resonancias magnéticas o otros estudios de diagnóstico, lleve los informes con usted a su visita al consultorio.

Si eres menor de 18 años debes estar acompañado por un padre o tutor legal en cada visita en nuestra oficina.

Dependiendo de sus síntomas y estado de salud, habrá algunos documentos más para completar cuando llegue a la oficina, pero este es un gran comienzo. Gracias.

Debido a problemas de privacidad, NO nos envíe por fax o correo electrónico estos formularios. Llévalos contigo cuando visite nuestra oficina.

Somos una clínica sin cita previa, pero le solicitamos que programe una cita para su primera visita. Nuestro número de teléfono de la oficina es 575-746-6375.

Bienvenido a la oficina. Esperamos poder servirle.

Dr. Andrews

[Type here]

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____

INFORMACIÓN BÁSICA PARA EL PACIENTE

Tel de Casa: _____ Tel de Trabajo: _____ Tel Celular: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Numero Postal: _____

Seguro Social: _____ Correo electrónico: _____

Sexo: _____ Estado Civil: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Nombre de contacto de emergencia y número de teléfono: _____

¿Alguna vez ha recibido atención quiropráctica? Sí No Si es así, ¿quién y cuándo? _____

¿Cómo te enteraste de nuestra oficina? _____

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES / LESIONES EN EL TRABAJO

Esta oficina NO trata actualmente lesiones activas en el trabajo. Si está aquí debido a una lesión reciente en el trabajo, notifíquenos de inmediato y haremos la referencia adecuada para usted. Certifico que mis síntomas no están relacionados con el trabajo.

Iniciales del paciente o representante : _____

VEHÍCULOS DE MOTOR / ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS

Las lesiones de vehículos motorizados / accidentes automovilísticos se aceptan caso por caso. Si está aquí debido a un accidente automovilístico reciente, informe a nuestro personal de inmediato. NO llene más papeleo hasta que hable con nuestro personal.

Iniciales del paciente o representante : _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE SEGUROS

Reconozco que mi factura en esta oficina es, en última instancia, mi responsabilidad, independientemente de la posible cobertura de seguro o no.

Iniciales del paciente o representante : _____

Si desea que le facturemos a su seguro, **traiga su tarjeta de seguro y licencia de conducir en su primera visita y entréguela a nuestro personal de oficina para que la copien.** Al hacerlo, usted autoriza a esta oficina a tomar la asignación de sus beneficios de seguro. Si mi seguro será facturado, autorizo el pago de beneficios médicos a Back Pain Relief Chiropractic, P.C. Dr. Thomas M. Andrews, D.C. para los servicios prestados.

Iniciales del paciente o representante : _____

Si tiene seguro y su cobertura es a través de otra persona como su cónyuge, tutor, etc.:

Nombre del titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

USO DEL TELÉFONO CELULAR

Por favor, tenga la cortesía de salir para hacer o tomar llamadas telefónicas. Gracias.

Iniciales del paciente o representante : _____

[Type here]

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____

INFORMACIÓN BÁSICA

1. Historial de salud pasado:

A. Cirugías:

B. Fecha _____ Tipo de cirugía _____

C. Lesión o Trauma Previo: _____

¿Alguna vez te has roto algún hueso? ¿Cuál? _____

D. Alergias: _____

2. Antecedentes de salud familiar:

3. Antecedentes de salud familiar:

¿Tiene antecedentes familiares de? (Por favor, indique todo lo que corresponda)

- Cáncer accidentes cerebrovasculares / AIT Dolores de cabeza enfermedades cardíacas
- enfermedades neurológicas Adoptada/Desconocida Enfermedad cardíaca menor de 40 años
- Enfermedad psiquiátrica diabetes otros _____ Ninguno de los anteriores

A. Muertes en familia inmediata:

Causa de la muerte de los padres o hermanos _____ Edad al morir _____

4. Historia Social y Ocupacional:

A. Empleador: _____ Descripción del trabajo: _____

B. Horario de trabajo: _____

C. Actividades recreativas: _____

D. Modo de vida:

Aficiones: _____

Nivel de ejercicio: _____

Consumo de alcohol: _____

Consumo de tabaco: _____

Consumo de drogas: _____

Dieta: _____

5. Medicamentos:

Medicamento _____ Razón para tomar _____

[Type here]

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas **pulmonares (relacionados con los pulmones)**?

Asma/dificultad para respirar EPOC enfisema otros _____ Ninguno de los anteriores

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas o procedimientos **cardiovasculares (relacionados con el corazón)**?

Cirugías cardíacas Insuficiencia cardíaca soplos o enfermedad valvular Ataques cardíacos/IM
 Enfermedad cardíaca / problemas Hipertensión Marcapasos Angina /dolor en el pecho
 latidos cardíacos irregulares aneurisma Otros _____ Nada de lo anterior

¿Ha tenido alguno de los **siguientes problemas neurológicos (relacionados con los nervios)**?

Cambios visuales /pérdida de visión Debilidad unilateral de la cara o el cuerpo Antecedentes de convulsiones Disminución unilateral de la sensibilidad en la cara o el cuerpo Dolores de cabeza
 Pérdida de memoria temblores vértigo Pérdida del sentido del olfato
 Accidentes cerebrovasculares/AIOS Pérdida del control de la vejiga o el intestino Otros _____ Nada de lo anterior

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas o procedimientos relacionados con el **sistema endocrino (glandular/hormonal)**?

Enfermedad de la tiroides Terapia de reemplazo hormonal Reemplazos de esteroides inyectables
 Diabetes Otros _____ Nada de lo anterior

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas o procedimientos **renales (relacionados con los riñones)**?

Cálculos renales Hematuria (sangre en la orina) Incontinencia (no se puede controlar)
 Infecciones de la vejiga Dificultad para orinar Enfermedad renal diálisis otros _____ Nada de lo anterior

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas **gastrointestinales (relacionados con el estómago)**?

Náuseas Dificultad para tragar Enfermedad ulcerosa Dolor abdominal frecuente Hernia hiatal
 Estreñimiento Enfermedad pancreática Intestino irritable/colitis Hepatitis/enfermedad hepática
 Heces alquitranadas sanguinolentas/negras Vómitos en sangre Incontinencia intestinal
 reflujo gastroesofágico/acidez estomacal Otros _____ Ninguno de los anteriores

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas **hematológicos (relacionados con la sangre)**?

anemia Uso regular de antiinflamatorios (Motrin/Ibuprofeno/Naproxeno/Naprosyn/Aleve)
 HIV positivo Sangrado/hematomas anormales anemia de células falciformes Ganglios linfáticos agrandados
 hemofilia Hipercoagulación/trombosis venosa profunda/antecedentes de coágulos sanguíneos
 Terapia anticoagulante Uso regular de aspirina Otros _____ Ninguno de los anteriores

¿Ha tenido alguno de los siguientes **problemas oncológicos** (relacionados con el cáncer)?

Fiebres /escalofríos /sudores /pérdida de peso inexplicable sangrado anormal /moretones Ninguno de los anteriores
Enfermedad oncológica actual: _____ Enfermedad oncológica pasada: _____

¿Ha tenido alguno de los siguientes **problemas dermatológicos (relacionados con la piel)**?

Quemaduras significativas erupciones cutáneas significativas Injertos de piel
 trastornos psoriásicos Otros _____ Ninguno de los anteriores

¿Ha tenido alguno de los **siguientes problemas musculoesqueléticos (relacionados con los huesos / músculos)**?

Artritis reumatoide gota Osteoartritis Huesos rotos Fractura de columna vertebral
 Cirugía de columna Cirugía articular Artritis(tipo desconocido) Escoliosis Implantes metálicos
 espondilitis anquilosante osteoporosis severa (huesos débiles) Otros _____ Ninguno de los anteriores

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas **psicológicos**?

Diagnóstico psiquiátrico depresión ideas suicidas trastorno bipolar
 ideas homicidas esquizofrenia Hospitalizaciones psiquiátricas Otros _____ Ninguno de los anteriores

¿Hay algo más en su historial médico pasado que sienta que es importante para su atención aquí? _____

[Type here]

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para llevar a cabo nuestro tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO) para otros fines permitidos o requeridos por la ley. "Información de salud protegida" es información sobre usted, incluida la información demográfica que puede identificarlo y la relacionada con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención relacionados.

Uso y divulgación de información de salud protegida:

Su información médica protegida puede ser utilizada y divulgada por su médico, nuestro personal y otras personas fuera de nuestra oficina que participan en su atención y tratamiento con el fin de brindarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, apoyar las operaciones de la práctica del médico y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos 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, divulgaríamos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que le brinde atención. Por ejemplo, su información de atención médica puede proporcionarse a un médico al que se le haya referido para asegurarse de que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

Pago: Su información médica protegida se utilizará, 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 médica protegida relevante se divulgue al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión al hospital.

Operaciones de atención médica: Podemos divulgar, según sea necesario, su información médica protegida para respaldar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, entre otras, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, actividades de licencias, marketing y recaudación de fondos, y conducción o organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a estudiantes de escuelas de medicina que atienden a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de inicio de sesión en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique a su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle su cita.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluían según lo requerido por la ley, problemas de salud pública, enfermedades transmisibles, supervisión de la salud, abuso o negligencia, requisitos de administración de alimentos y medicamentos, procedimientos legales, aplicación de la ley, forenses, directores de funerarias y donación de órganos. Usos y divulgaciones requeridos bajo la ley, debemos hacerle divulgaciones 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.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS Y REQUERIDOS SE REALIZARÁN SOLO CON SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZACIÓN O PARA OBJETAR A MENOS QUE LO EXIJA LA LEY.OPPORTUNITY

Usted (el paciente) nos da permiso (a la oficina) para divulgar y discutir todos y cada uno de los aspectos de su caso con la/s siguiente(s) persona/s:

Nombre: _____

Relacion: _____

Nombre: _____

Relacion: _____

Puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica del médico haya tomado una medida en función del uso o divulgación indicados en la autorización.

Firma de la fecha del paciente o del representante

Fecha:

Solo para menores de edad: _____

Representantes Relación con el paciente Nombre impreso del representante Fecha