

CHIROPRACTIC DEL SOL

1619 E. McDowell Rd. Suite B Phoenix, AZ 85006

INFORMACION CONFIDENCIAL DE SALUD

Nombre: _____ # de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Fecha de Nacimiento: Mes: _____ Dia: _____ Año: _____ #de Licencia de Conducir: _____

Domicilio: _____
Calle # de Apt Ciudad Estado Codigo Postal

de Telefono: (____) _____ - _____ (____) _____ - _____ E-Mail: _____
Celular Casa

Profesión/Trabajo: _____ Nombre de Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Sexo: (M) (H) Estado Civil:(S) (C) (V) (D) Nombre de el/la Cónyuge: _____ #de Hijos: _____

¿Quién le recomendó esta Clínica? (Dóctor) (Abogado) (Amigo/Familiar) (Sin cita) (Otro _____)

¿Encontró nuestra oficina por medio de Internet? Sí ___ No ___ (Google) (Facebook) (Yelp) (Otro _____)

¿Tuvo Cuidado Quiropráctico anterior? Sí ___ No ___ Terapia de Masaje anterior? Sí ___ No ___

¿Razón de esta visita a la oficina hoy? Accidente de auto ___ Lesión en el trabajo ___ Lesión deportiva ___ Otro ___

¿Le podemos mandar un texto para recordarle las siguientes citas? Sí ___ No ___ ¿Nos permite contactarle por e-mail? Sí ___ No ___

Seguro Primario: _____ Asegurado Nombrado: _____

de Poliza: _____ # de Grupo: _____

Seguro Secundario: _____ Asegurado Nombrado: _____

Nombre de Abogado: _____ # de Telefono(____) _____ - _____

de Reclamo: _____

Explique el motivo de su visita hoy: _____

¿Cuando empezaron sus sintomas? _____ ¿Visitó a un Doctor por la molestia? Sí ___ No ___

Anote Lesiones o Accidentes anteriores: _____

Anote cirujias: _____

¿Ha sido hospitalizado? Sí ___ No ___ ¿Razón? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

Lista de Medicamento(s) y Vitamina(s) que esta tomando actualmente: _____

CHIROPRACTIC DEL SOL

1619 E. McDowell Rd. Suite B Phoenix, AZ 85006

SOLO PARA MUJERES: ¿Es posible que esté embarazada? Sí ___ No ___ ¿Cuántos meses? _____

Fecha de la última menstruación: _____ ¿Ha tendido una histerectomía? Sí ___ No ___

Tiene alguna de estas condiciones medicas u otro problema medico, por favor explique a continuación:

CORAZÓN	Sí ___ No ___	RIÑONES	Sí ___ No ___
VESÍCULA	Sí ___ No ___	TIROIDE	Sí ___ No ___
HÍGADO	Sí ___ No ___	ALERGIAS	Sí ___ No ___
ÚLCERAS	Sí ___ No ___	OTRO	Sí ___ No ___

Marque las Condicion(es) que aplican para Usted:

PASADO	PRESENTE	PASADO	PRESENTE
___	___ Historia de infecciones	___	___ Problemas de Próstata
___	___ Fiebre/Calentura	___	___ Urinuación Frecuente
___	___ Sida	___	___ Embarazo- #de niños _____
___	___ Diabetes	___	___ Peso Anormal SUBO ___BAJO___
___	___ Uso de Corticosteroides	___	___ Epilepsia
___	___ Pastillas Anticonceptivas	___	___ Disturbio Visual
___	___ Alta Presion Sanguinea	___	___ Dolor de Espalda
___	___ Dolor de Cuello	___	___ Artritis
___	___ Mareo/Desmayos	___	___ Uso de Alcohol
___	___ Hormigueo la Ingle	___	___ Hormigueo la Asentadera
___	___ Retención Urinaria	___	___ Uso de Tabaco
___	___ Aneurisma Aortico	___	___ Trauma Físcia
___	___ Cáncer/Tumor	___	___ Osteoporosis
___	___ Infarto - Fecha : _____	___	___ Derrame Cerebal - Fecha: _____

Historia Familiar: ___ Cancer ___ Diabetes ___ Alta Presion ___ Cardiovasculares/Derrame Cerebral
Soda que toma por día ___ Tazas de Café que toma por día ___

¿Cuantos días a la semana normalmente hace ejercicios o se estira? _____

Por favor describa brevemento su accidente o lesion (si corresponde)

He leído y entiendo el Aviso de Acto de Práctica de Privacidad que describe mis derechos como paciente con respecto a como la información médica sobre mi puede ser utilizada y divulgada y como tengo acceso a esta información. Acepto los términos y condiciones establecidos en Aviso de Acto de Practica de Privacidad.

X _____
FIRMA

X _____
FECHA

CHIROPRACTIC DEL SOL

1619 E. McDowell Rd. Suite B Phoenix, AZ 85006

DIAGRAMA DE DOLOR

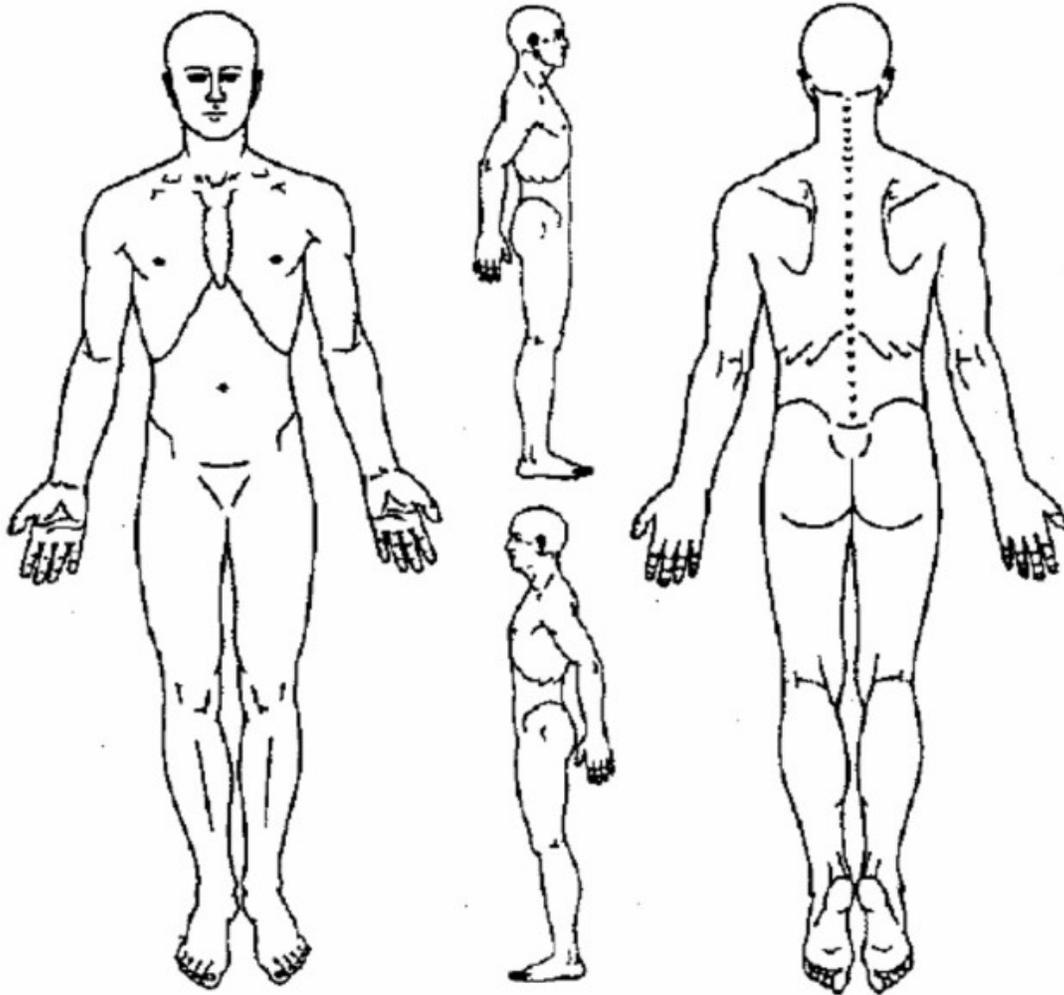
Dibuja la ubicación de tu dolor en las siguientes figuras usando los siguientes símbolos

Dolor	Entumecimiento	Hormigueo	Ardor	Puñalada	Otro
^^^^^	OOOOO	*****	=====	//////	XXXXX

Escala de gravedad de dolor:

clasifique que tan severo es su dolor, marcando una casilla en la siguiente escala

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



X _____
FIRMA

X _____
FECHA

CHIROPRACTIC DEL SOL

1619 E. McDowell Rd. Suite B Phoenix, AZ 85006

POLIZA DE FINANCIAS

Gracias por escoger nuestro consultorio para su cuidado de salud. Estamos comprometidos en proveer un servicio de la más alta calidad. Por favor comprenda que el paquete de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera que requerimos que lea y firme antes de su tratamiento, se espera que pague todo los cargos en su totalidad en el momento del servicio si:

No tiene seguro medico

Prefiere reclamar a su propio seguro

Su compañía de seguro te manda los pagos directo a usted

Sus beneficios de seguro no pueden ser verificados por nuestra oficina

Autorización apropiada no se ha recibido de su compañía de seguro

En evento de que los cobros de esta oficina no se pagan dentro de nuestro credito normal, condiciones termino o tarifa de 1 ½ % por mes, 18% extra por año se acumulará hasta que se pague. Además todo razonable cobro y honorarios de Abogados se cargará al paciente.

Aceptamos Efectivo, Cheques, Debito, Visa y MasterCard. Se impondrán un cargo de \$25.00 por todo los cheques devueltos.

RESPECTO AL SEGURO

Nuestra oficina presenta facturas de su seguro primario como cortesía para todo nuestro pacientes. Por favor traiga su tarjeta de seguro y un Formulario de Reclamo con Usted para mantener nuestra oficina informada de todos los cambios de seguro y solicitudes de autorización especiales. No podemos cobrarle a su seguro a menos que traiga toda la información de seguro. Podemos aceptar el pago de una parte de su factura de los beneficios de seguro de salud. Podemos obtener una preestimación de los beneficios a su solicitud. Sin embargo, requerimos que la porción no asegurada de su factura se pague en el momento en que se complete el tratamiento. El saldo de la tarifa, después de deducir cualquier pago recibido de la compañía de seguros dentro de los 60 días de finalización del tratamiento, el saldo no pagado se convertirá inmediatamente debido y pagadero por el paciente que luego puede solicitar el reembolso a la compañía de seguros.

Su póliza de seguro es un contrato solamente entre usted y su compañía de seguros y no somos parte de ese contrato. Tenga en cuenta que algunos a todos los servicios prestados pueden no estar cubiertos por su plan de seguro. Y seria su responsabilidad cubrir esos gastos.

TARIFAS USUALES Y HABITUALES

Nuestra oficina se compromete a proveer el mayor tratamiento de salud para nuestro pacientes y cobrar dentro del rango de lo que es el habitual para dicho tratamiento de salud en nuestra area. Las tarifas Usuales y Habituales que las compañías de seguros usan para determinar su beneficios son establecidos por ellos basado en factores que no están dentro de nuestro control. Usted es responsable del pago de la tarifa cargada, independientemente de la tarifa de la compañía de seguros.

Por favor, ayúdenos a servirle a mantener citas programadas, lo asistiremos brindandole un recordatorio de la cita. Habrá un cargo por la cancelacion de citas. Gracias por revisar y considerar de nuestra Política Financiera. Por favor háganos saber si usted tiene alguna pregunta.

He leído esta Política Financiera y acepto quedarme por eso.

X _____

FIRMA

X _____

FECHA

CHIROPRACTIC DEL SOL

1619 E. McDowell Rd. Suite B Phoenix, AZ 85006

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO

La Naturaleza del tratamiento quiropráctico: La quiropráctica es una maniobra terapéutica que utiliza una fuerza controlada, apalancamiento dirección, amplitud y velocidad y que se dirige a articulaciones específicas de regiones anatómicas. Los quiroprácticos comúnmente usan tales procedimientos para influir en las articulaciones y la función neurofisiológica. El medico usará sus manos o un dispositivo mecánico para mover sus articulaciones. Es posible que se sienta un "clic" o un "trueno", como el ruido cuando se rompe un nudillo y se puede sentir movimiento en la articulación. Varios procedimientos auxiliares también se puede usar como paquetes calientes o frios, estimulación muscular eléctrica, ultrasonido terapéutico o hidroterapia seca.

Posibles Riesgos: Como con cualquier procedimiento de atención médica las complicaciones son posibles después de una manipulación quiropráctica. Las complicaciones pueden incluir fracturas de huesos, tension muscular, esquinca de ligamentos, dislocación de las articulaciones o lesion de los discos invertebrales, los nervios o la médula espinal. Se puede presentar una lesion cerebrovascular o accidente cerebrovascular luego de una lesion severa en las arterias de cuello. Una minoría de pacientes puede notar rigidez o dolor después de los primeros días de tratamiento. Ciertos procedimientos auxiliares producirán irritación de la piel, quemaduras o complicaciones menores.

Probabilidad De Que Ocurra El Riesgo: El riesgo de complicaciones debido al tratamiento quiropráctico se ha descrito como "raro". El riesgo de lesion cerebrovascular o accidente cerebrovascular se ha estimado en entre uno un millón a uno en veinte millones, y puede reducirse aún más mediante a procedimientos auxiliares también se considera "rara".

Otras Opciones De Tratamiento Que Podrían Considerarse Pueden Incluir Los Siguietes:

- Analgésicos de venta libre: el riesgo de tomar estos medicamentos incluye irritación del estómago, hígado y riñones, y otros efectos secundarios en un número significativo de casos.
- Medicamentos Recetados: Los riesgos de tomar drogas antiinflamatorias, tranquilizadores y analgésicos incluyen una multitud de efectos secundarios indeseables y dependencia del paciente en un número significativo de casos.
- La hospitalización en conjunción con el cuidado medico incorpora el riesgo de exposición a enfermedades virulentas transmisibles en un número de casos significativos.
- La cirugía junto con la atención médica agrega los riesgos de reacción adversa a la anestesia, así como un periodo de convalecencia prolongado en un número significativo de casos.

Riesgos De Permanecer Sin Tratar: La demora del tratamiento puede dar como resultado la formación de adherencias, tejido cicatricial y otros cambios degenerativos. Estos cambios pueden reducir aún más la movilidad esquelética e inducer ciclos de dolor crónico. Es bastante probable que la demora en el tratamiento complique la condición y dificulte y prolongue la future rehabilitación.

Entiendo que un quiropráctico en la clínica responderá cualquier pregunta que yo tenga de la mayor manera que pueda. Entiendo que los resultados no están garantizados. No espero que los quiroprácticos de la clinica puedan anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones. Confiaré en que mi quiropráctico ejerza su juicio durante el curso de los procedimientos que él/ella puede considerar que son lo mayor para mi con este conocimiento, autorizo de forma voluntaria las pruebas de diagnóstico y la atención quiropráctica recomendadas por mi quiropráctico para:
(por favor enumere las excepciones a continuación)

ESTO ES PARA RECONOCER QUE HE SIDO INFORMADO y entiendo que:

- Cualquier tratamiento o consejo que se me brinde como paciente de esta clinica no tiene la intención de restringirme el recibir tratamiento o asesoramiento que ahora pueda recibir, o pueda recibir en el futuro, de otro proveedor de atención médica con licencia.
- Estoy en libertad de buscar o continuar con la atención quiropráctica de un médica calificado para practicar en Arizona.
- Ningún empleado, estudiante, o otra persona bajo la dirección o control de la clinica me está sugiriendo o aconsejando que se abstenga de buscar o seguir las indicaciones de otro proveedor de atención médica con licencia.
- Este Formulario de Consentimiento me ha sido explicado y entiendo completamente y acepto sus contenidos.
- He leído y entendido la explicación anterior sobre el tratamiento quiropráctico. He tenido la oportunidad tener alguna pregunta respondida a mi satisfaccion.
- Evalué completamente los riesgos y beneficios de someterse a tratamiento.
- Decidí libremente someterme al tratamiento recomendado y por este medio doy mi consentimiento total de tratamiento en Chiropractic Del Sol LLC

X _____ X _____
FIRMA DE PACIENTE FECHA

Si el paciente es menor de edad o no puede dar su consentimiento, por favor de complete los siguiente:

1. El paciente es menor de edad y tiene _____ años de edad. Nombre de Padre _____ Nombre de Madre _____
2. El paciente no puede dar su consentimiento porque _____

X _____ X _____ X _____ X _____
FIRMA DE PARIENTE MÁS CERCANO O TUTOR LEGAL RELACIÓN TESTIGO DE LA CLINICA FECHA

- El paciente puede entender el lenguaje y el significado de este documento impreso Sí _____ No _____
- El paciente está mentalmente orientado en cuanto a la hora actual, la fecha actual y la ubicación física: Sí _____ No _____

X _____ X _____ X _____
FECHA HORA FIRMA DE DÓCTOR

CHIROPRACTIC DEL SOL

1619 E. McDowell Rd. Suite B Phoenix, AZ 85006

HIPAA

(La Ley de Portabilidad y Rendición de Cuentas de Seguros de Salud de 1996)

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar información de salud protegida sobre usted. El Aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Tiene derechos a revisar sus Aviso antes de firmar este Consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada poniéndose en contacto con nuestra oficina. Tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que la información de salud protegida sobre usted se use o divulgue para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, honraremos ese acuerdo. Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de información de salud protegida sobre usted para tratamiento, pago y operación de atención médica. Usted tiene el derecho de revocar este Consentimiento, por escrito, firmado por usted sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos hecho en base a su Consentimiento previo. La Práctica propociona que este Formulario para cumplir con La Ley de Portabilidad y Rendición de Cuentas de Seguros de Salud de 1996. (HIPAA)

El Paciente entiende de que:

- La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La Práctica tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de reviar este Aviso.
- La Práctica se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- El paciente tiene derecho a restringir el use de su información, pero La Práctica no tiene que aceptar las restricciones..
- El paciente puede revocar este Consentimeinto por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán.
- La Práctica puede condicionar la recepción del tratamiento en la ejecución de este Consentimiento.

El Consentimiento fue firmado por:

X _____
NOMBRE IMPRESO

X _____
FIRMA

X _____
FECHA

SI NO ES EL PACIENTE:

X _____
FIRMA DEL REPRESENTANTE

X _____
RELACIÓN CON EL PACIENTE

X _____
FECHA

Testigo:

X _____
NOMBRE IMPRESO DEL REPRESENTATE DE LA OFICINA

X _____
FIRMA

X _____
FECHA