

BIENVENIDO y GRACIAS por su aplicación como paciente en nuestra clínica. Somos un equipo único, especializado en el estudio y rehabilitación de la postura en la columna que ayuda a nuestros pacientes a recobrar su salud optima; incluso cuando muchos otros sistemas han fallado. Es por esto que no le aceptaremos como paciente hasta tanto tengamos absoluta certeza y conocimiento de las causas de su condición, llevando a cabo las evaluaciones necesarias para establecer un programa de rehabilitación optimo para usted; completamente seguros de que podemos ayudarle a recobrar su salud. Por favor considere de antemano que, de aceptarlo como paciente, haremos recomendaciones específicas basadas en el hecho de que su salud será su MAYOR PRIORIDAD. Gracias nuevamente por su aplicación como paciente en nuestra clínica.

**Información del Paciente**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Género:  M  F

Dirección \_\_\_\_\_ Tel. de Casa ( ) \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. Celular ( ) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Status Marital:  S  C  D  V

Ocupación \_\_\_\_\_ Patrono/Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de Cónyuge \_\_\_\_\_ Tel. Cónyuge ( ) \_\_\_\_\_

¿Cómo supo de la Clínica? \_\_\_\_\_

**En caso de Emergencia**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Tel. de Casa ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Celular ( ) \_\_\_\_\_

**Propósito de su Visita**

Razón de su visita: \_\_\_\_\_

**DECLARACION:** Entiendo claramente que toda cubierta de seguro de auto, trabajo o cubierta general es un arreglo entre mi proveedor de seguro y yo. Si esta oficina decide facturar los servicios que está prestando a mi proveedor de seguro, este servicio es estrictamente una conveniencia para mí. Los doctores de ésta oficina proveerán cualquier reporte necesario o información requerida para asistir en el pago o reembolso de los servicios por la aseguradora pero entiendo que las compañías de seguros pueden declinar mis reclamos siendo yo el responsable de cualquier balance pendiente. Cualquier dinero recibido se acreditará a mi cuenta. También entiendo que proveeré toda información necesaria al personal de Kai Care Chiropractic para el debido proceso y preparación de reportes y formas necesarias para el reclamo correspondiente a la compañía de seguros. Acuerdo que de suspender o terminar por completo mi tratamiento, todos los gastos incurridos por los servicios provistos, tienen que ser pagados de inmediato, a la fecha de vencimiento. Yo acepto y acuerdo pagar todos los cargos o penalidades por concepto de interés (18% anual), corte (hasta el 50%), abogado (hasta el 50%) y de colección (hasta el 30%) con o sin demanda dado el caso que mi cuenta o saldo pendiente se convierta en un estado delinciente. Si al cabo de treinta días de vencimiento, ningún pago es hecho, mi cuenta automáticamente estará sujeta a cargos de 18% interés anual.

**Politica de Cancelacion:** Nuestra Política de Cancelacion aplica a todos los departamentos de la clínica. **Si usted desea cancelar o cambiar una cita deberá hacerlo dentro de las 24 horas previas a su cita, de lo contrario al perder su cita se le aplicara un cargo de \$25 por servicios que ya se habían programado.** Para cancelar o cambiar su cita por favor envíe un mensaje de texto (no llamadas) al (801) 606-3396 (Mensajes de Facebook no aplican)

**Firma del Paciente o Guardian Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Nombre de Guardian Legal** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_



**Consentimiento para la Divulgación de Información de Salud**

En nuestra oficina una de nuestras prioridades es proteger su privacidad. Aunque la ley nos obliga a divulgar información personal y de salud, entienda que nosotros siempre respetamos su privacidad. No obstante, hay varias circunstancias en las cuales debemos compartir información con respecto a su tratamiento y salud:

- Probablemente tengamos que compartir su información y archivos de salud con otro doctor, hospital o proveedor de servicios médicos, si es necesario referirlo para evaluación, diagnóstico o tratamiento por su condición de su salud.
- Probablemente tengamos que compartir su información, archivos y estado de cuentas con otras compañías si es que ellos son potencialmente responsables por el pago de los servicios prestados para su tratamiento.
- Probablemente tengamos que compartir su información dentro del consultorio quiropráctico para control de calidad y propósitos operacionales.

Nosotros tenemos disponible una notificación más detallada sobre como su información puede ser compartida o utilizada conforme la ley. Usted tiene el derecho de ver esa notificación antes de firmar esta forma de consentimiento. Nosotros reservamos el derecho de cambiar la práctica de privacidad que se describe en esa nota. Si nosotros cambiamos nuestra práctica de privacidad, le notificaremos por escrito al momento de su tratamiento o por correo. Por favor siéntase en libertad de contactarnos en cualquier momento para solicitar una copia de nuestra práctica de privacidad.

**Su derecho de limitar el uso de su información**

Usted tiene el derecho de solicitar que no revelemos o compartamos su información de salud a individuos específicos, compañía u organizaciones. Si usted desea hacer cualquier restricción con respecto a la divulgación de su información de salud, por favor notifiquenos por escrito. No estamos en la obligación de acceder con sus restricciones. Pero de acceder a las mismas, la restricción está sujeta a nuestros consultorios quiroprácticos.

**Su derecho de renunciar a su autorización**

Usted tiene el derecho de revocar o cancelar su consentimiento en cualquier momento, pero deberá ser por escrito. Nosotros no podremos honrar su petición de revocación, si nosotros ya hemos revelado o compartido la información de su salud antes de recibir su petición cancelando el consentimiento de divulgación de información de salud. Si usted fue requerido a dar su autorización como condición de obtener seguro, la compañía de seguro puede tener el derecho a la información de su salud si ellos deciden refutar cualquier reclamo.

Al firmar este consentimiento consta que he leído la póliza de Kai Care Chiropractic con respecto a la divulgación de información de salud y estoy de acuerdo con los términos del mismo. De solicitarlo, tengo el derecho de recibir una copia de este consentimiento.

**Firma del Paciente** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Si el paciente requiere tutor legal para tratamiento, por limitación en sus capacidades/facultades, por favor complete los siguientes:

Fecha de Concesión de Tutoría Legal \_\_\_\_\_ Condado, Estado \_\_\_\_\_

Autorizo al doctor a administrar el cuidado conforme sea necesario, bajo mi cargo según designado por las cortes.

**Firma del Tutor Legal** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Autorización para Tratamiento**

**Para el Paciente:** usted tiene el derecho como paciente de ser informado de su condición y las recomendaciones para el tratamiento quiropráctico y/o cualquier otro procedimiento quiropráctico que sea utilizado, de manera que pueda tomar una decisión informada de recibir o no el tratamiento, estando al tanto de los riesgos potenciales y peligros envueltos. Esta información no es con el propósito de alarmarlo o preocuparlo, es un simple esfuerzo de informarle responsablemente antes de tomar una decisión con respecto al tratamiento y/o procedimientos.

Yo, hago constar que solicito y consiento recibir el ajuste/terapia quiropráctica y cualquier otro procedimiento quiropráctico necesario, incluyendo varios modos de fisioterapia y uso de radiografías para diagnóstico por el doctor quiropráctico y/o cualesquiera de los quiroprácticos licenciados o por el personal designado en la clínica, quienes hoy o en el futuro me proveerán tratamiento mientras estén empleados y/o en asociación con Kai Care Chiropractic o como suplente autorizado por el Doctor Quiropráctico.

Tendré la oportunidad de conversar con el/los Doctor(es) Quiropráctico(s) sobre mi diagnóstico, la naturaleza y propósito del ajuste/tratamiento quiropráctico y cualquier otro procedimiento y/o alternativas correspondientes. Entiendo y estoy informado/a, que en la práctica quiropráctica hay riesgos implicados al examen y tratamiento, incluyendo pero no limitado a fractura, lesiones de discos, embolia, dislocaciones, torcedura e incluso incremento de dolor o ninguna mejoría de síntomas o dolor. Yo no espero que el doctor pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones. Yo deseo depender en el doctor a que practique con juicio el procedimiento o tratamiento correspondiente, que en este momento, basado en los hechos conocidos, sean para mi mejor interés y beneficio. Reconozco que ninguna garantía o certeza se me han hecho en referencia a los resultados del tratamiento.

También estoy informado que el doctor quiropráctico tiene una área de ajuste/terapia abierta, por la cual varios modos de terapia, ajuste y fisioterapia a mí o a la persona por la cual yo soy legalmente responsable, serán realizadas en esta área de ajuste/terapia abierta, al menos que de otro modo indicado.

Yo he leído, o me han leído, el consentimiento anteriormente descrito. Yo también he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas en su totalidad y de manera satisfactoria. Al firmar abajo, yo doy consentimiento al plan de tratamiento. Mi consentimiento será válido por el curso de tratamiento por mi condición actual y/o por condición(es) futura(s) por la(s) cual(es) requiero tratamiento.

*En caso de algún error en este documento por traducción de su forma original (inglés al español), la versión en inglés prevalecerá.*

<b>Debe ser completado por el paciente o el representante del paciente, en caso de ser menor de edad o incapacitado.</b>	
_____ <b>Nombre del Paciente</b>	Debido a la ley HIPAA no se nos permite divulgar información con relación a su cuenta a menos que sea autorizado por usted. Por favor, indique los nombres de las personas que usted ha autorizado a contactarnos para preguntas acerca de su cuenta.  Nombre: _____ DOB _____ Nombre: _____ DOB _____
_____ <b>Firma del Paciente</b>	
_____ <b>Nombre del Representante del Paciente</b>	_____ <b>Relación con el Paciente</b>
_____ <b>Firma del Representante del Paciente</b>	_____ <b>Fecha</b>

Podemos aceptar la asignación de los beneficios del seguro. Al firmar esta póliza, usted acuerda asignar los beneficios del seguro a esta clínica. En casos donde los beneficios no puedan ser asignados o en caso en el que los beneficios sean procesados directamente a usted, independientemente de la asignación de beneficios, usted acuerda entregar a esta clínica cualquier pago recibido en adición a la explicación de beneficios en un plazo de 10 días a partir la fecha de recibido a menos que haya pagado en totalidad al momento de servicio los cargos que representan dicho pago. Bajo ningún concepto alguna asignación de beneficios le releva de su obligación de pago por los servicios prestados.

Su plan de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Esta clínica no conforma parte de dicho contrato y por lo tanto no podemos modificar los términos del mismo. El pago por tratamiento recibido en Kai Care Chiropractic es su responsabilidad aun cuando su compañía de seguros pague o no. No podemos facturar a su compañía de seguros hasta tanto nos provea con la información de facturación necesaria, asignando sus beneficios a esta clínica y acordando permitir revelar la información médica necesaria; requerida para asegurar pago. De aceptar la asignación de beneficios, requeriremos nos provea una tarjeta de crédito con autorización a facturar sobre la misma cualquier balance o realizar otros arreglos de pago. Haremos todo esfuerzo para asegurar que su proveedor de seguro procese adecuadamente los servicios para pago. En algunas circunstancias podremos requerir de su ayuda. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en 60 días y usted se niega en ayudarnos a lidiar con su proveedor de seguro, el balance pendiente se transferirá automáticamente a su tarjeta de crédito o al plan de pago extendido.

**NOTA:** Por favor esté al tanto de que algunos, o tal vez todos los servicios provistos sean servicios no cubiertos por no considerarse razonables y necesarios bajo su programa de seguro. Si usted no está seguro de la naturaleza de los servicios que esté recibiendo, por favor pregunte a su doctor. Para información de cubierta, es su responsabilidad revisar los beneficios de su contrato.

Información de (SU) Seguro		Información de Seguro (Culpable)	
Compañía de Seguros		Compañía de Seguros	
Dirección Postal (para el envío de Facturas)		Dirección Postal (para el envío de Facturas)	
Número de Reclamo		Número de Reclamo	
Número de Póliza		Número de Póliza	
Nombre de Ajustador		Nombre de Ajustador	
Teléfono / Extensión		Teléfono / Extensión	

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Lugar del Accidente: \_\_\_\_\_

Describe como ocurrió el accidente o lesión: \_\_\_\_\_

Al momento del Accidente de Auto – Era usted: \_\_\_\_\_ Conductor \_\_\_\_\_ Pasajero \_\_\_\_\_ Peatón

¿Reportó el accidente a la Policía?  Si  No Necesitó: \_\_\_\_\_ Ambulancia \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_ Otro

Por favor describa su vehículo: \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Modelo

¿Es usted dueño del vehículo?  Si  No Nombre del dueño: \_\_\_\_\_

**Para uso del personal**

Insurance confirmed/verified by:		Date:	
----------------------------------	--	-------	--



Contrato de Derecho de Retención

POR Dr. Jeremiah Hernandez D.C.
Kai Care Chiropractic and Wellness
218 West 540 North, Orem, UT 84057
Telephone (801) 606-3396 Fax (801) 606-3398

RE: Contrato de Pago por Cuentas Pendientes

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Cuenta #: \_\_\_\_\_

Yo ofrezco un Contrato de pago al negocio mencionado arriba y autorizo y pido a mi abogado o compañía de seguros a pagar directamente, después del juicio, a este negocio o entidad, aquellas cantidades que sean debidas y establecidas por servicios prestados a mí. Dichas cantidades, más el interés, serán pagadas al procedimiento de cualquier acuerdo, juzgamiento o veredicto disponible después de la reducción de los honorarios al abogado y los costos.

Entiendo que soy directa y totalmente responsable ante este negocio o entidad por todas las cuentas razonables que se presenten por los servicios prestados a mi persona y que este acuerdo es hecho solamente por protección adicional del negocio y en consideración de esperar el pago completo. También entiendo que tal pago no es condicional de cualquier acuerdo, juzgamiento o veredicto.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

En calidad de abogado de título del paciente mencionado arriba, acuerdo observar todos los términos mencionados arriba, y acuerdo substraer aquellas cantidades de cualquier acuerdo, juzgamiento o veredicto disponible después de excluir todos los honorarios al abogado y costos provistos por el abogado y el acuerdo condicional del costo del caso.

Firma del Abogado: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Entiendo completamente que cualquier cantidad debida a este negocio o entidad se tomará de cualquier pago que el cliente reciba.

Aceptación de Acuerdo

En representación de Kai Care Chiropractic acepto las provisiones de este acuerdo. Yo entiendo que este acuerdo de Contrato de Pago por Cuentas Pendientes no será válido hasta tanto no reciba una copia totalmente ejecutada de este acuerdo.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dr. Jeremiah Hernandez D.C.
Kai Care Chiropractic and Wellness