

Información Para Pacientes de Quiropráctica de Indian Creek

Nombre del paciente _____ Fecha _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Dirección de casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Número de Teléfono _____ Correo Electrónico _____ Sexo M H
Seguridad Social _____ Ocupación _____ Empleador _____
Estado civil C S D V Nombre del cónyuge _____ Fecha de nacimiento del cónyuge _____

HISTORIA DE SALUD:

Radiografías o resonancias magnéticas recientes: región(es) _____ Fechas _____
Proveedor(es) _____ Lesiones o Traumas Previos: _____

CONDICIONES PASADAS:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Espina Bífida |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Vértigo | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Crohn/colitis | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Infecciones del oído | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

CIRUGÍAS:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Bypass coronario | <input type="checkbox"/> Reparación de hernias | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera | <input type="checkbox"/> Laminectomía |
| <input type="checkbox"/> Túnel Carpiano | <input type="checkbox"/> Cosmética | <input type="checkbox"/> Reparación de rodilla | <input type="checkbox"/> Manguito rotador |
| <input type="checkbox"/> Nivel de fusión espinal? _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

MEDICAMENTOS:

- ¿Algún medicamento sin receta ? No Si _____
¿Algún analgésico recetado? No Si _____
¿Algún relajante muscular recetado? No Si _____
¿ Algún otro medicamento recetado? No Si _____

HISTORIA SOCIAL Y OCUPACIONAL:

Actividades recreativas: _____ Aficiones: _____
Niños/edades: _____
Ocupación/Título del Trabajo : _____
Descripción del Trabajo: _____
Consumes: Alcohol S N _____ bebidas/semana Tabaco S N _____ paquetes/día

CONDICIONES ACTUALES:

Condición/dolor (¿Por qué está aquí hoy?): _____
¿ Alguna vez ha recibido atención quiropráctica? Sí No ¿Si sí, cuándo? _____

Evaluación de pérdida funcional

Nombre: _____ Fecha: _____

(Por favor, complete lo siguiente en oraciones completas si es posible.)

LIMITACIONES PERSONALES: Desde que comenzó el dolor/malestar ya no puedo lo siguiente como antes:

aseo sexual limpieza dificultades compras pasar la aspiradora dormir
 baños cocinando lectura rasurarse de jardinería viendo la televisión conducir

LIMITACIONES SOCIALES: Desde que comenzó el dolor/malestar ya no puedo lo siguiente como antes:

bailando películas caminando ejercicio conciertos compras andar en bicicleta
 jardinería pintura corriendo nadando deportes cortando el pasto cuidando niños

LIMITACIONES LABORALES: Desde que comenzó el dolor/malestar ya no puedo lo siguiente como antes:

estando de pie torcer enfoque escalando empujando flexión doblar
 levantamiento computadora sentado pellizcando conciencia usando el teléfono

Firma del Paciente: _____

Sintoma 1 _____

- En una escala del 0 al 10, donde 10 es el peor, encierre en un círculo el número que mejor describa el síntoma en este momento: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - En una escala del 0 al 10, donde 10 es el peor, encierre en un círculo el número que mejor describa lo peor que sufre el síntoma: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - ¿Cuándo comenzó el síntoma? _____
 - ¿Qué mejora el síntoma? _____ ¿Peor? _____
 - Describa la calidad del síntoma (marque con un círculo todo lo que corresponda)
 - Agudo, sordo, doloroso, ardiente, punzante, palpitante, profundo, molesto, entumecido,
- tieso
- ¿El síntoma se irradia a otra parte de su cuerpo: sí no ¿Dónde? _____
-

Sintoma 2 _____

- En una escala del 0 al 10, donde 10 es el peor, encierre en un círculo el número que mejor describa el síntoma en este momento: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - En una escala del 0 al 10, donde 10 es el peor, encierre en un círculo el número que mejor describa lo peor que sufre el síntoma: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - ¿Cuándo comenzó el síntoma? _____
 - ¿Qué mejora el síntoma? _____ ¿Peor? _____
 - Describa la calidad del síntoma (marque con un círculo todo lo que corresponda)
 - Agudo, sordo, doloroso, ardiente, punzante, palpitante, profundo, molesto, entumecido,
- tieso
- ¿El síntoma se irradia a otra parte de su cuerpo: sí no ¿Dónde? _____
-

Sintoma 3 _____

- En una escala del 0 al 10, donde 10 es el peor, encierre en un círculo el número que mejor describa el síntoma en este momento: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - En una escala del 0 al 10, donde 10 es el peor, encierre en un círculo el número que mejor describa lo peor que sufre el síntoma: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - ¿Cuándo comenzó el síntoma? _____
 - ¿Qué mejora el síntoma? _____ ¿Peor? _____
 - Describa la calidad del síntoma (marque con un círculo todo lo que corresponda)
 - Agudo, sordo, doloroso, ardiente, punzante, palpitante, profundo, molesto, entumecido,
- tieso
- ¿El síntoma se irradia a otra parte de su cuerpo: sí no ¿Dónde? _____
-

Sintoma 4 _____

- En una escala del 0 al 10, donde 10 es el peor, encierre en un círculo el número que mejor describa el síntoma en este momento: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - En una escala del 0 al 10, donde 10 es el peor, encierre en un círculo el número que mejor describa lo peor que sufre el síntoma: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - ¿Cuándo comenzó el síntoma? _____
 - ¿Qué mejora el síntoma? _____ ¿Peor? _____
 - Describa la calidad del síntoma (marque con un círculo todo lo que corresponda)
 - Agudo, sordo, doloroso, ardiente, punzante, palpitante, profundo, molesto, entumecido,
- tieso
- ¿El síntoma se irradia a otra parte de su cuerpo: sí no ¿Dónde? _____
-

Paciente: _____ Fecha de la lesion _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono: _____ Su mano dominante es Izquierda Derecha

Empleador: _____ Ocupación/Título del trabajo _____

Compañía de Seguro de Compensación Laboral: _____ Número de reclamo _____

SSN _____ Fecha de nacimiento _____

Descripción del accidente: _____

¿Qué partes de su cuerpo fueron afectadas debido a este accidente? _____

¿El accidente fue reportado a alguien? () Sí () No – Sí, sí , ¿a quien? _____

¿Quién era su empleador en el momento del accidente? _____

¿Su empleador lo envió a alguna instalación médica? () Sí () No- Sí, sí dónde? _____

¿Consultó a algún otro médico? () Sí () No – Si, si ¿a quien? _____

Diagnóstico del medico: _____

¿Estaba conduciendo un vehículo de trabajo en el momento del accidente? () Sí () No

¿Perdió tiempo de trabajo? () Sí () No – Si, si , ¿cuándo? _____

¿Ha vuelto al trabajo desde el accidente? () Sí () No

¿Alguna otra enfermedad o accidente afecta su empleo? () Sí () No – Si, sí por favor explique: _____

En su trabajo, ¿tiene que favorecer alguna parte de su cuerpo? () Sí () No – Si, si, por favor explique: _____

Describa en detalle su descripción de trabajo y deberes: _____

Por favor indique con qué frecuencia realiza lo siguiente: N=Nunca, O=Ocasionalmente, F=Frecuentemente, C=Continuamente

Flexionar _____ Agacharse/hincarse _____ Girar/girarse _____ Tregar _____ Alcanzar por encima del hombro _____
 Levantar/Cargar _____ Lbs _____ Empujar/Tirar _____ Lbs _____ Escribir en teclado _____ Trabajar con
 sustancias frías/calientes _____ Estar de pie _____ Sentarse _____ Caminar _____

¿Cuántas horas trabaja por semana _____ y cuántas horas trabaja por día ? _____

¿Ha tenido alguna reclamación de compensación laboral antes? () Sí () No, área del cuerpo _____

Antes de esta lesión, ¿era capaz de trabajar en igualdad de condiciones que otros de su edad? () Sí () No

¿Están restringidas sus actividades laborales como resultado de este accidente? () Sí () No

Desde esta lesión, sus síntomas han: Mejorado Empeorado Permanecido Igual

¿Ha contratado a un abogado? () Sí () No – En caso afirmativo, ¿a quién? _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE.

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

Uso y Divulgaciones de la Información de Salud Protegida: Su información de salud protegida puede ser utilizada y divulgada por su médico, nuestro personal y otras personas fuera de nuestra oficina que estén involucradas en su atención y tratamiento con el fin de proporcionarle 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: Utilizaremos y divulgaremos su información de salud 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, divulgaremos su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de atención domiciliar que le brinde atención. Por ejemplo, su información de atención médica puede ser proporcionada a un médico al que haya sido referido para asegurarse de que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratar.

Pago: Su información de salud protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago por sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su información de salud protegida relevante se divulgue al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión hospitalaria.

Operaciones de Atención Médica: Podemos divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida para apoyar 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, licencias, actividades de marketing y recaudación de fondos, y realización o arreglo de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de medicina que atienden pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para atenderlo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para contactarlo o recordarle su cita.

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen según lo requerido por la ley, problemas de salud pública, enfermedades transmisibles, supervisión de la salud, abuso o negligencia, requisitos de la administración de alimentos y medicamentos, procedimientos legales, aplicación de la ley, médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos. Divulgaciones y usos requeridos por la ley, debemos hacer divulgaciones para usted 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 ÚNICAMENTE CON SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZACIÓN O OPORTUNIDAD DE OBJETAR, A MENOS QUE LO EXIJA LA LEY.

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 acción basada en el uso o divulgación indicado en la autorización.

Firma del paciente o representante

Fecha

Nombre impreso

(nombre y relación) tiene permiso para recibir información sobre mis registros.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO

Por la presente solicito y doy mi consentimiento para la realización de ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluidas diversas modalidades de terapia física y radiografías diagnósticas, incluida la descompresión espinal no quirúrgica, y cualquier terapia de apoyo en mí (o en el paciente mencionado a continuación, del cual soy legalmente responsable) por la clínica quiropráctica indicada a continuación y/o médicos quiroprácticos con licencia y personal de apoyo que ahora o en el futuro me traten mientras estén empleados por, trabajando o asociados con o sirviendo como respaldo para la clínica quiropráctica mencionada a continuación, incluidos aquellos que trabajan en la clínica u oficina mencionada a continuación o en cualquier otra oficina o clínica, ya sean firmantes o no de este formulario.

He tenido la oportunidad de discutir con un médico quiropráctico u otro personal de la clínica la naturaleza y el propósito de los ajustes y procedimientos quiroprácticos.

Entiendo que los resultados no están garantizados. Entiendo y estoy informado de que, al igual que en la práctica de la medicina y como en todas las demás modalidades de salud, los resultados no están garantizados, y no hay promesa de cura. Además, entiendo y estoy informado de que, al igual que en la práctica de la medicina, en la práctica quiropráctica existen algunos riesgos para el tratamiento, incluidas, entre otras, fracturas, lesiones de disco, accidentes cerebrovasculares, luxaciones y esguinces. No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en el juicio del médico durante el curso del procedimiento que el médico considera en ese momento, según los hechos conocidos entonces, está en mi mejor interés.

Entiendo completamente que parte de la atención incluida puede no ser reconocida por la Junta/Médica/seguros y puede considerarse nueva/experimental/no médicamente necesaria/no reembolsable/no probada, etc., y acepto el cuidado en esos términos.

Además, entiendo que hay opciones de tratamiento disponibles para mi condición además de los procedimientos quiroprácticos. Estas opciones de tratamiento incluyen, pero no se limitan a, analgésicos de venta libre y descanso autoadministrados; atención médica con medicamentos recetados como antiinflamatorios, relajantes musculares y analgésicos; terapia física; inyecciones de esteroides; soportes; y cirugía. Entiendo y se me ha informado que tengo derecho a una segunda opinión y a obtener otras opiniones si tengo preocupaciones sobre la naturaleza de mis síntomas y las opciones de tratamiento.

Entiendo que si decido interrumpir el tratamiento por cualquier motivo, todas las tarifas acumuladas por la atención recibida se basan en las tarifas actuales de la clínica y se basan por visita y por servicio recibido. Si pre pagué por alguna atención, puede haber un reembolso después de que los servicios recibidos se hayan deducido del monto pagado. Todos los reembolsos se pagarán dentro de los 30 días posteriores a la solicitud por escrito. Cualquier saldo en mi cuenta es debido y pagadero inmediatamente.

He leído, o me han leído, el consentimiento anterior. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido, y al firmar a continuación, acepto los procedimientos mencionados anteriormente. Mi intención con este formulario de consentimiento es cubrir todo el curso del tratamiento para mi condición actual y para cualquier condición futura por la que busque tratamiento.

Clínica: Indian Creek Chiropractic

Firma del Paciente o Representante

Fecha

Nombre Impreso

ACUERDO DE ARBITRAJE

Artículo 1: Acuerdo de Arbitraje Se entiende que cualquier disputa relacionada con la mala praxis médica, es decir, si los servicios médicos prestados bajo este contrato fueron innecesarios, no autorizados o se realizaron de manera incorrecta, negligente o incompetente, se resolverá mediante arbitraje según lo establecido por la ley estatal y federal, y no mediante una demanda o recurriendo al proceso judicial, excepto según lo permita la ley estatal y federal para la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a su derecho constitucional de que cualquier disputa de este tipo sea decidida en un tribunal de justicia ante un jurado, y en su lugar aceptan el uso del arbitraje.

Artículo 2: Todas las reclamaciones deben ser arbitradas También se entiende que cualquier disputa que no esté relacionada con la mala praxis médica, incluidas las disputas sobre si una disputa está sujeta o no al arbitraje, también se resolverá mediante arbitraje vinculante. Es intención de las partes que este acuerdo obliga a todas las partes en cuanto a todas las reclamaciones, incluidas las reclamaciones derivadas o relacionadas con el tratamiento o los servicios proporcionados por el proveedor de atención médica, incluyendo a cualquier heredero o cónyuge(s) pasado, presente o futuro del paciente en relación con todas las reclamaciones, incluida la pérdida de consorcio. Este acuerdo también tiene la intención de obligar a cualquier hijo del paciente, nacido o por nacer en el momento del evento que dé lugar a cualquier reclamación. Este acuerdo está destinado a obligar al paciente y al proveedor de atención médica y/o a otros proveedores de atención médica con licencia o internos de prácticas que ahora o en el futuro traten al paciente mientras estén empleados por, trabajando o asociados con o sirviendo como respaldo para el proveedor de atención médica, incluidos aquellos que trabajen en la clínica u oficina del proveedor de atención médica o cualquier otra clínica u oficina, sean o no firmantes de este formulario. Todas las reclamaciones por daños monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de reclamaciones menores contra el proveedor de atención médica y/o los asociados, asociación, corporación, sociedad, empleados, agentes y patrimonio del proveedor de atención médica deben ser arbitradas, incluidas, entre otras, las reclamaciones por pérdida de consorcio, muerte por negligencia, angustia emocional, alivio por mandato judicial o daños punitivos.

Artículo 3: Procedimientos y Ley Aplicable Una demanda de arbitraje debe comunicarse por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará a un árbitro (árbitro de parte) dentro de los treinta días y un tercer árbitro (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes dentro de los treinta días siguientes. El árbitro neutral será entonces el único árbitro y decidirá el arbitraje. Cada parte en el arbitraje pagará su parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos del arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir honorarios de abogados, honorarios de testigos u otros gastos incurridos por una parte para su propio beneficio. Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de bifurcar los temas de responsabilidad y daños mediante solicitud escrita al árbitro neutral. Las partes consienten la intervención y unión en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otro modo sería una parte adicional adecuada en una acción judicial, y tras dicha intervención y unión, cualquier acción judicial existente contra esa persona o entidad adicional quedará suspendida hasta el arbitraje. Las partes acuerdan que las disposiciones de la ley estatal y federal, cuando corresponda, que establecen el derecho a presentar pruebas de cualquier cantidad pagadera como beneficio al paciente en la medida máxima permitida por la ley, limitando el derecho a recuperar pérdidas no económicas, y el derecho a que se ajuste un fallo por daños futuros a pagos periódicos, se aplicarán a las disputas dentro de este Acuerdo de Arbitraje. Además, las partes acuerdan que las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje regirán cualquier arbitraje realizado conforme a este Acuerdo de Arbitraje.

Artículo 4: Disposición General Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas deberán ser arbitradas en un solo procedimiento. Una reclamación será renunciada y quedará permanentemente prohibida si (1) en la fecha en que se reciba el aviso de la misma, la reclamación, si se afirmara en una acción civil, estaría prohibida por el estatuto de limitaciones legal aplicable, o (2) el reclamante no persigue la reclamación de arbitraje de acuerdo con los procedimientos prescritos aquí con diligencia razonable.

Artículo 5: Revocación Este acuerdo puede ser revocado mediante aviso por escrito entregado al proveedor de atención médica dentro de los 30 días posteriores a la firma y, de no ser revocado, regirá todos los servicios profesionales recibidos por el paciente y todas las demás disputas entre las partes.

Artículo 6: Efecto Retroactivo Si el paciente tiene la intención de que este acuerdo cubre servicios prestados antes de la fecha en que se firma (por ejemplo, tratamiento de emergencia), el paciente debe iniciarlo aquí _____. Si alguna disposición de este Acuerdo de Arbitraje se considera inválida o inejecutable, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y no se verán afectadas por la invalidez de ninguna otra disposición. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este Acuerdo de Arbitraje. Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ESTÁ ACEPTANDO QUE CUALQUIER ASUNTO DE MALA PRAXIS MÉDICA SEA DECIDIDO POR ARBITRAJE NEUTRAL, Y ESTÁ RENUNCIANDO A SU DERECHO A UN JUICIO POR JURADO O EN TRIBUNAL. VÉASE EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Firma del Paciente o Representante

Fecha

Nombre Impreso

Fecha

Firma de la Oficina

Nombre Impreso