

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad _____ Estado matrimonial _____

Nombre del empleador: _____ Ocupación _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

¿Cómo fue referido a nuestra oficina? _____

En cumplimiento con los requisitos para el programa de registros electrónicos de salud del gobierno, necesitamos la siguiente información:

(Por favor, marque con un círculo uno en cada columna)

Estado de tabaquismo: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

¿Tiene Medicare? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene seguro? ☐ Si ☐ No

**** POR FAVOR ENTREGUE UNA COPIA DE TODAS Y CADA UNA DE LAS TARJETAS DE SEGURO AL PERSONAL DE RECEPCIÓN ****

Nombre del titular de la póliza: _____

SALUD ACTUAL (por favor responda todas las preguntas)

¿Estás embarazada? ☐ ☐ Sí ☐ No

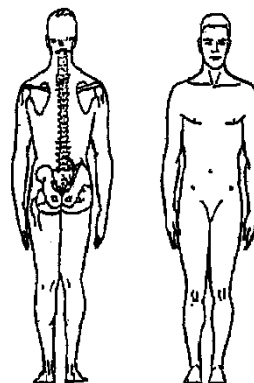
¿Qué preocupaciones le traen a nuestra oficina hoy? (si no hay quejas, escriba ninguna) _____

¿Cuánto tiempo ha tenido estas preocupaciones? _____

Si siente dolor, marque la ubicación de su dolor en el diagrama de la derecha.

¿Es su dolor: ☐ agudo? ☐ ¿Insensibilizado? ☐ ¿Palpitante? ☐ ¿Constante?
☐ ¿Intermitente?

En una escala del 1 al 10, califique la gravedad de sus síntomas: ____/10



Historia clínica confidencial del paciente

¿Utilizas: ☐ Café ☐ Té ☐ Edulcorantes artificiales ☐ Azúcar
☐ Alcohol ☐ Cigarrillos ☐ Drogas recreativas ☐ Ninguna

Haga una lista de cualquier medicamento / medicamento que esté tomando actualmente: (si no está tomando ningún medicamento, verifique ninguno) ☐ Ninguno

Nombre del medicamento	Motivo de uso	Dosis y frecuencia	Vitaminas

***Nota: Si tiene una lista más larga de medicamentos, entregue una copia a la recepción en su próxima cita.**

¿Tienes alguna alergia? ☐ Si ☐ No (En caso afirmativo, enumere las alergias)

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? (Si no tiene ninguno de los siguientes, verifique ninguno)

- | | | | |
|------------------------------------|---|--|---|
| ☐ Neumonía | ☐ Fiebre reumática | ☐ Accidente cerebrovascular | ☐ Diabetes |
| ☐ Pleuresía | ☐ Varicela | ☐ Enfermedad de la | ☐ tiroides ☐ Epilepsia |
| ☐ Cáncer | ☐ Anemia | ☐ Artritis | ☐ Enfermedad cardíaca ☐ Ninguno |

Si le han diagnosticado otra afección, describa: _____

¿Alguna vez ha sufrido de: (Por favor, marque todo lo que corresponda, si ninguno selecciona ninguno)?

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ Presión arterial anormal | ☐ Problemas digestivos | ☐ Problemas hepáticos | ☐ Hormigueo en brazos/manos |
| ☐ Mareos | ☐ Pérdida del sueño | ☐ Problema postrado | ☐ Hormigueo en la espalda |
| ☐ Visión borrosa | ☐ Problemas pulmonares | ☐ Problemas de vejiga Micción | ☐ excesiva / descolorida |
| ☐ Dolor lumbar | ☐ Dolor de hombro | ☐ Dolor de senos/bulto | ☐ Dolor de oído |
| ☐ Migrañas Dolor | ☐ Dolor en el pecho | ☐ Desmayos | ☐ Náuseas / vómitos |
| ☐ Congestión nasal | ☐ Confusión | ☐ Fatiga | ☐ Dolor de cuello |
| ☐ Accidente cerebrovascular | ☐ Extremidades frías | ☐ Fibromialgia | ☐ Falta de apetito |
| ☐ Problemas dentales | ☐ Problemas cardíacos | ☐ Parálisis | ☐ Dificultad para respirar |
| ☐ Latidos cardíacos irregulares | ☐ Dificultad para oír | ☐ Dolor de mandíbula | ☐ Pérdida de peso |
| ☐ Dolor al orinar | ☐ Menstruación dolorosa/anormal | ☐ Apetito/sed excesivos | ☐ Ninguno |

Por favor, compruebe cualquier lesión pasada que haya tenido: (Por favor, marque todo lo que corresponda, si ninguno selecciona ninguno)

- | | | | | |
|--|--|---|--|--------------------------------------|
| ☐ Caída/Accidente | ☐ Lesión en la cabeza | ☐ Lesión deportiva | ☐ Fractura(s) de hueso(s) | ☐ Dislocación |
| ☐ Cirugía | ☐ Spinal Tap | ☐ Trabajo dental extenso | ☐ Inconsciente | ☐ Ninguno |

¿Hay algún otro problema de salud o algo más que le gustaría que supiéramos? _____

Al firmar, estoy de acuerdo en que lo anterior es exacto a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en pagar por los servicios prestados al paciente mencionado anteriormente a medida que se incurre en el cargo. Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud y accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo y que soy personalmente responsable del pago de todos los servicios cubiertos o no cubiertos. También entiendo que, si suspendo o termino mi atención y tratamiento, cualquier tarifa por los servicios profesionales que me prestan será inmediatamente debida y pagadera.

Firma de Paciente

Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO

Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre el estado de su salud y la atención y el tratamiento recomendados que se le proporcionarán para que pueda tomar la decisión de someterse o no a atención quiropráctica después de haber sido informado de los beneficios, riesgos y alternativas conocidos.

QUIROPRÁCTICA

La quiropráctica es una ciencia y un arte que se ocupa de la relación entre la estructura (principalmente la columna vertebral) y la función (principalmente el sistema nervioso), ya que esa relación puede afectar la restauración y preservación de la salud. La salud es un estado de bienestar físico, mental y social óptimo, no simplemente la ausencia de enfermedades o dolencias. La atención médica quiropráctica busca restaurar la salud a través de medios naturales sin el uso de medicamentos o cirugía. Esto le da al cuerpo la máxima oportunidad de utilizar sus poderes curativos inherentes.

ANÁLISIS

Un Doctor en Quiropráctica realiza un análisis clínico con el propósito expreso de determinar si hay evidencia de Subluxación Vertebral. Una subluxación ocurre cuando una o más de las 24 vértebras en la columna vertebral se desalinean y / o no se mueven correctamente. Esto causa alteración de la función nerviosa e interferencia al sistema nervioso. Esto puede provocar dolor y disfunción o puede ser completamente asintomático. Las subluxaciones se corrigen y/o reducen mediante un ajuste. Un ajuste es la aplicación específica de fuerzas para corregir y/o reducir la subluxación vertebral. Nuestro método quiropráctico de corrección es mediante ajustes específicos de la columna vertebral. Los ajustes generalmente se realizan a mano, pero pueden realizarse con instrumentos de mano. Además, se pueden incluir procedimientos auxiliares como fisioterapia y / o procedimientos de rehabilitación.

DIAGNÓSTICO

El éxito de los procedimientos del médico quiropráctico a menudo depende del entorno, las causas subyacentes, las condiciones físicas y espinales. Debido a las complejidades de la naturaleza, ningún médico puede prometerle resultados específicos. Esto depende del mecanismo de curación de su cuerpo. Si durante el curso de la atención encontramos hallazgos no quiroprácticos o inusuales, le informaremos de esos hallazgos y le recomendaremos que busque los servicios de otro proveedor de atención médica.

BENEFICIOS Y RIESGOS

El tratamiento quiropráctico, incluido el ajuste espinal, ha sido objeto de informes gubernamentales y estudios multidisciplinarios realizados durante muchos años y se ha demostrado que es un tratamiento altamente efectivo para el dolor espinal, dolores de cabeza y otros síntomas similares. La atención quiropráctica contribuye a su bienestar general. El riesgo de lesiones o complicaciones del tratamiento quiropráctico es sustancialmente menor que el asociado con muchos tratamientos médicos u otros, medicamentos y procedimientos administrados para los mismos síntomas.

Todas las preguntas relacionadas con el objetivo del médico relacionadas con mi atención en esta oficina han sido respondidas a mi completa satisfacción. Los beneficios, riesgos y alternativas de la atención quiropráctica me han sido explicados a mi satisfacción. He leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores anteriores. Doy mi consentimiento a los tratamientos quiroprácticos que me ofrece o me recomienda mi quiropráctico, incluido el ajuste espinal. Tengo la intención de que este consentimiento se aplique a toda mi atención quiropráctica presente y futura.

Nombre

Firma de Paciente

Fecha

Consentimiento para evaluar y ajustar a un menor de edad:

Yo, _____

Nombre

Firma

Fecha

Consentimiento para el uso o divulgación de información médica protegida para pagos, tratamiento y operaciones de atención médica

Al firmar a continuación, usted acepta que Lufkin Clinic of Chiropractic use o divulgue información sobre usted (o la persona para quien tiene la autoridad para firmar) que está protegida por la ley federal, con el único propósito de tratamiento, pago y operaciones de atención médica a: COMPAÑÍA DE SEGUROS, ABOGADO O AJUSTADOR con el fin de determinar la elegibilidad, beneficios disponibles y obtención de pago por los servicios prestados.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA/FINANCIERA (VERBAL Y COPIAS)

De acuerdo con las reglas de privacidad del gobierno federal implementadas a través de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996, para que los médicos o el personal de Lufkin Clinic Chiropractic puedan dar copias y / o discutir su condición / examen / procedimientos / radiografías o finanzas con miembros de su familia u otras personas, debemos obtener su autorización antes de hacerlo. En el caso de un episodio crítico o si no puede dar su autorización debido a la gravedad de su condición médica, la ley estipula que estas reglas pueden ser eximidas.

Formulario de consentimiento y política de rayos X: Especial para paciente nuevos, incluye consulta, examen y radiografía, a \$ 225.00. El valor normal del nuevo paciente especial es de \$400.00 Al firmar este formulario de consentimiento, si algún paciente necesita una copia de su radiografía e informes. El paciente es totalmente responsable de la cantidad total de \$50

Inicial: _____

Autorizo a Lufkin Clinic of Chiropractic a divulgar toda la información (incluida información verbal, copias de radiografías y documentos médicos, y / o información financiera) relacionada con las siguientes personas:

Nombre (por favor imprima)	Nombre de la relación	(por favor imprima)	Relación
----------------------------	-----------------------	---------------------	----------

_____ NO autorizo a Lufkin Clinic of Chiropractic a divulgar ninguna información relacionada con mi atención a ninguna persona.

☐ Autorizo a Lufkin Clinic of Chiropractic a dejar un mensaje a los números que figuran en la información de mi paciente con respecto a los horarios de las citas.

☐ Autorizo a Lufkin Clinic of Chiropractic a enviarme correspondencia a la dirección que figura en mi información del paciente.

☐ Entiendo que no necesito proporcionar dirección o números de teléfono siempre que no desee ser contactado. En tal caso, acepto pagar todos los cargos incurridos en el momento del servicio.

☐ Por la presente doy mi permiso para publicar mi nombre y foto (s) en su totalidad o en parte en cualquiera de las publicaciones de Lufkin Clinic of Chiropractic.

☐ Entiendo que puedo negarme a que mi foto esté archivada en la oficina si no deseo que mi foto sea publicada por Lufkin Clinic of Chiropractic.

_____ Elijo rechazar la recepción de mi resumen clínico después de cada visita (Estos resúmenes a menudo están en blanco como resultado de la naturaleza y frecuencia de la atención quiropráctica. Si desea una copia de esto, por favor escriba aquí _____).

Al firmar a continuación, he leído y entiendo este formulario y acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad. Mi firma representa un acuerdo con estas prácticas.

Firma del paciente/tutor legal

Fecha

Tiene derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Sin embargo, su solicitud por escrito no es efectiva en la medida en que ya hayamos proporcionado servicios o tomado medidas basadas en su autorización previa. La revocación no es efectiva hasta que sea recibida por el funcionario de privacidad. Si me niego a firmar esta autorización, Lufkin Clinic of Chiropractic no rechazará el tratamiento, sin embargo, no será posible que Lufkin Clinic of Chiropractic presente una facturación de terceros en mi nombre, y seré responsable del pago en el momento en que se me brinden

los servicios y de programar mis propias citas. Cualquier actividad de recolección según lo permitido por la ley no se renuncia por la negativa a firmar la autorización.

POLÍTICAS DE OFICINA

CITAS PERDIDAS:

1. Nos esforzamos por brindar la mejor atención posible a nuestros pacientes. Para cumplir con este objetivo, reservamos horarios de citas para cada paciente y tratamos de evitar que nuestros pacientes esperen. Una cita es un acuerdo mutuo de que estaremos aquí para servirle y que usted estará presente para la cita. Es importante estar presente en sus citas programadas para que el Doctor pueda tratarlo de acuerdo con su plan prescrito. Si no puede asistir a su cita por cualquier motivo, le pedimos que nos llame de inmediato para reprogramarla. Tenga en cuenta que puede haber una tarifa de cita rota de \$ 60 cargada a su cuenta por cualquier cita programada perdida o no cancelada dentro de las 24 horas. Iniciales: _____
2. Intentamos honrar todas las citas a la hora programada. Si llega tarde, es posible que tenga que esperar hasta la próxima cita disponible.
3. Si transcurre más de un período de 6 meses entre las visitas al consultorio, es necesaria una reevaluación antes de restablecer el tratamiento.

FINANCIERO:

4. El pago vence en el momento del servicio, a menos que se haya hecho un acuerdo previo. A los pacientes con un saldo pendiente de 60 días o más de retraso se les cobrará un cargo por pago atrasado del 1.5% (18% anual) sobre su saldo cada mes y deben hacer arreglos para el pago antes de programar citas. Cualquier saldo de más de 90 días será enviado a una agencia de cobro. Si el paciente es referido a otro especialista o interrumpe la atención por cualquier motivo que no sea el alta por el médico, la factura es debida y pagadera en su totalidad inmediatamente; independientemente de cualquier acuerdo o descuento previo.

SEGURO:

5. Muchas compañías de seguros cubren nuestra atención; sin embargo, no aceptamos asignaciones para lesiones médicas mayores, Medicare o personales. Por favor, dénos sus tarjetas de seguro y estaremos encantados de presentar sus reclamaciones a su compañía de seguros principal una vez como cortesía para usted.
6. Su primera visita no se enviará al seguro si está utilizando un regalo promocional para ayudar en el costo.
7. No presentamos reclamaciones para compañías de seguros secundarias. Le proporcionaremos una súper factura que enumera todos los códigos, cargos y números requeridos para la facturación que puede enviar a su seguro secundario una vez que la primaria le haya pagado.

He leído y entiendo las directivas de Office. Estoy de acuerdo en asignar beneficios de seguro a Lufkin Clinic of Chiropractic siempre que sea necesario. También acepto que, si es necesario enviar mi cuenta a una agencia de cobro, además de la cantidad adeudada, también seré responsable de la tarifa cobrada por la agencia de cobro por los costos de cobranza.

Si tiene alguna pregunta sobre este o cualquier otro asunto, hable con la recepcionista antes de ver al médico.

Reconocimiento – Aviso de prácticas de privacidad (en el reverso)

Por la presente acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad de Lufkin Clinic of Chiropractic. El Aviso de prácticas de privacidad proporciona información detallada sobre cómo la práctica puede usar y divulgar mi información confidencial de salud. Entiendo que Lufkin Clinic of Chiropractic se ha reservado el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad que se describen en el Aviso. También entiendo que se me proporcionará o pondrá a mi disposición una copia de cualquier Aviso revisado.

Firma _____

AVISO DE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, según lo requiera la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA)

POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE

Estamos obligados por ley a cumplir con los términos de este Aviso y a proporcionarle una copia de este aviso. Podemos cambiar los términos de nuestro aviso en cualquier momento. El nuevo aviso será efectivo para toda la información protegida que mantengamos en ese momento.

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que podemos usar y divulgar su información:

1. **Tratamiento:** Usaremos y divulgaremos su información para proporcionar, coordinar o administrar su atención quiropráctica y cualquier servicio relacionado. Cualquiera de las personas que trabajan para nuestra práctica, incluidos, entre otros, nuestro personal y cualquier proveedor al que lo remitamos, puede usar o divulgar su información para tratarlo o para ayudar a otros en su tratamiento.
2. **Pago.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su información para facturar y cobrar el pago de los servicios y artículos que pueda recibir de nosotros. Por ejemplo, podemos comunicarnos con su aseguradora de salud para certificar que usted es elegible para los beneficios (y para qué rango de beneficios), y podemos proporcionarle a su aseguradora detalles sobre su tratamiento y estado de salud para determinar si su aseguradora cubrirá o pagará su tratamiento. También podemos usar y divulgar su información para obtener pagos de terceros que pueden ser responsables de dichos costos, como miembros de la familia o compañías de seguros. Además, podemos usar su información para facturarle directamente por servicios y artículos.
3. **Operaciones de atención médica.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su información para operar nuestro negocio. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a: actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación del personal / estudiantes, quiroprácticos sustitutos u observadores y marketing.

Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera o ajuste. Su nombre o imagen puede ser utilizado en nuestra oficina en tableros de anuncios, en boletines informativos, o en nuestro sitio web o sitios de marketing social a menos que usted haya solicitado específicamente que no lo hagamos.

4. **Recordatorios de citas.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su información para contactarlo a usted o a un miembro de la familia que contesta el teléfono (o para dejar un mensaje grabado) para recordarle una próxima cita. Podemos enviar recordatorios de citas, anuncios o tarjetas de felicitación a su hogar.
5. **Opciones de tratamiento.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su información para informarle sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento.
6. **Divulgación de información a familiares/amigos.** Nuestra práctica puede divulgar su información a un amigo o familiar que esté involucrado en su cuidado, o que ayude a cuidarlo. Por ejemplo, un padre o tutor puede pedir que una niñera lleve a su hijo a nuestra oficina para que lo cuiden. En este ejemplo, la niñera puede tener acceso a la información médica de este niño.
7. **Divulgaciones requeridas por la ley.** Nuestra práctica usará y divulgará su información cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales. Podemos divulgar su información a las autoridades de salud pública autorizadas por la ley para recopilar información con el propósito de riesgos para la salud pública, demandas, etc.

Cuestionario de Nutrición Básica

¿Alguna vez te han dicho que tienes colesterol o triglicéridos altos? Si{ } NO{ }

¿Alguna vez le han diagnosticado presión arterial alta? Sí{ } NO{ }

¿Alguna vez te han diagnosticado diabetes? Sí{ } NO{ }

¿Te han diagnosticado prediabético o síndrome metabólico? Sí{ } NO{ }

¿Cuántos días a la semana te saltas una comida? _____

¿Cuántas comidas "rápidas", "comidas refinadas" o "preparadas" comes a la semana?
{0} {1-3} {4-6} {7+}

¿Cuántas raciones de fruta comes al día?
{0-1} {2-3} {4-5}

¿Cuántas raciones de verduras comes al día?
{0-1} {2-3} {4-5}

¿Bebe regularmente 1 o más por día de lo siguiente: { Marque con un círculo todo lo que corresponda}

Refrescos Dietéticos Refrescos Café Jugo Leche Alcohol

¿Cuántas porciones de azúcar refinada comes al día? { Dulces, galletas, pasteles, etc.}
{0-1} {2-3} {4-5}

Enumere todos los suplementos nutricionales / vitaminas que toma regularmente:
{ El personal puede fotocopiar una lista si tiene una}

Nombre del suplemento / Tipo	Frecuencia	Marca o dónde se compró
------------------------------	------------	-------------------------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------