



VALENCIA CHIROPRACTIC



CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE AUTO PAGO O SEGURO MEDICO

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Seguro Social : _____ - _____ - _____ Correo Electrónico: _____ Masculino Femenino

Teléfono (_____) _____ Celular (_____) _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Estado Civil: C V D S Nombre de Esposa/o: _____ Tel. de Esposa/o (_____) _____

En caso de emergencia, notifique _____ Relación: _____ Teléfono (_____) _____

Razón por su visita a esta clínica: _____

Día que empezó con sus síntomas: _____

Qué hace que sus síntomas mejoren? _____ Qué hace que sus síntomas empeoren? _____

Son sus síntomas: Constante >76% Frecuente 51-75% Ocasional 26-50% Intermedio <25% al despertar?

<p>Escriba en el diagrama de su derecha las abreviaciones de acuerdo a sus síntomas:</p> <p>ES = Espasmos PI = Piquezón DR = Dolor rígido HO = Hormigueo DF = Dolor fuerte SS = Sin sensación DP = Dolor punzante O = Otro</p>			
--	--	--	--

<u>Por favor liste sus medicamentos y dosis:</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Para qué Enfermedad?</u>
--	-------------------	-----------------------------

Liste cualquier alergia a medicamentos, comida u otras cosas: _____

Está embarazada? Si No Último ciclo menstrual: _____

Fuma? Sí No Cuánto? _____ Toma? Sí No Cuánto? _____

El paciente es menor de edad? Si No Si es menor, nombre de padre/ madre: _____



VALENCIA CHIROPRACTIC



Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Por favor liste serios accidentes y enfermedades: **Año y Mes** **Estado y ciudad**

Por favor liste exámenes de laboratorio y rayos-x: **Fecha** **Doctor**

TIENE USTED ALGÚN HISTORIAL DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?:

- | | | |
|--|---|--|
| Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de pulmones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Gota <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad del riñón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad estomacal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ciática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Presión sanguínea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Transfusiones de sangre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Polio / MS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad colón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Sangrado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Parálisis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataques epilépticos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dependencia en alguna droga <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Otras Condiciones que el doctor debería saber: _____

Cumplimiento de HIPAA

En Valencia Chiropractic por ley somos requeridos de mantener su información personal y de salud confidencial privada por medio del código HIPAA. Favor de firmar esta forma para comprobar que ha leído lo anterior.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Como supo de nosotros? _____





VALENCIA CHIROPRACTIC



Consentimiento informado

El Dr. Verant usara sus manos, un instrumento o ambos para mover las articulaciones de tu cuerpo; esto puede resultar en un "clic o pop" audible. Al igual que con cualquier procedimiento de atención médica, existen ciertas complicaciones que pueden surgir durante una manipulación quiropráctica. Esto puede incluir: distensiones, dislocaciones, fracturas, lesiones de disco y accidente cerebrovascular. Esta lista no es del todo inclusiva.

Las fracturas son raras y pueden resultar de una debilidad subyacente en los huesos. Las otras complicaciones enumeradas se consideran raras. Una fuente afirma que el accidente cerebrovascular es una posible ocurrencia en 1 / 1,000,000 de casos o más, incluso así empleamos pruebas durante nuestro examen para identificar si puede ser susceptible a ese tipo de lesión.

Tratamientos complementarios usados en Valencia Chiropractic: hielo, masaje vibratorio, tracción intersegmentaria, diatermia, estimulación muscular eléctrica y ultrasonido.

Riesgos relacionados con los tratamientos auxiliares recomendados: El hielo puede causar quemaduras. La tracción intersegmentaria y el masaje vibratorio pueden causar dolor temporal post-tratamiento o espasmos musculares (reflejos). La reeducación neuromuscular puede causar dolor o síntomas de esguince /distensión. Esta lista no es del todo inclusiva.

Otras opciones de tratamiento para su afección pueden incluir: atención médica con medicamentos recetados, autocontrol con medicamentos de venta al público, descanso y /o cirugía. Existen riesgos materiales inherentes a cada una de estas opciones, que incluyen, entre otros, la adicción a los medicamentos, efectos secundarios de los medicamentos, las sobre dosis inapropiadas y los riesgos quirúrgicos, incluidas las complicaciones del procedimiento y la anestesia.

No firme hasta que haya leído y comprendido lo anterior.

He leído la explicación anterior del ajuste quiropráctico y el tratamiento relacionado. Al firmar a continuación, declaro que he leído los riesgos que implica someterme a un tratamiento y he decidido que lo mejor para mí es recibir este tratamiento recomendado. También, con firmar, verifico que he dado mi historial medica para que el Dr. Verant decida que es. Habiendo sido informado de los riesgos, doy mi consentimiento para el tratamiento.

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Firma del paciente _____



VALENCIA CHIROPRACTIC



Asignación de Beneficios

Responsabilidad financiera:

He solicitado los servicios profesionales de Valencia Chiropractic / Dr. Michael E. Verant, D.C. en mi nombre y de mis dependientes, entiendo que al realizar esta solicitud soy responsable de todos los cargos incurridos durante el curso de dichos servicios. Entiendo que el balance se debe pagar el mismo día y acepto pagar en su totalidad o al menos que se haya hecho un arreglo por adelantado.

Asignación de beneficios del seguro:

Por la presente, asigno todos los seguros de salud aplicables y otros beneficios de seguro a los que yo y mis dependientes tenemos derecho a Valencia Chiropractic, certifico que la información del seguro de salud y otra información del seguro que proporcione a Valencia Chiropractic es precisa en la fecha que figura a continuación y que soy responsable de mantenerla actualizada.

Por la presente autorizo a Valencia Chiropractic a presentar reclamaciones a _____
(Nombre de seguro médico)

en mi nombre y mis dependientes al plan de beneficios o cualquier seguro (o su administrador) que figure en el seguro actual que proporcioné a Valencia Chiropractic de buena fé. Por la presente, también ordeno que mi plan de beneficios (o su administrador), que pague a Valencia Chiropractic directamente por los servicios prestados a mí o a mis dependientes.

Soy plenamente consciente de que tener un seguro de salud o el seguro que proporcione, no me exime de mi responsabilidad de garantizar que mis facturas por servicios profesionales de Valencia Chiropractic se paguen en su totalidad. También entiendo que soy responsable de todas las cantidades no cubiertas por mi seguro de salud, incluidos los copagos y deducibles, etc.

Autorizo divulgar información: Por la presente autorizo a Valencia Chiropractic a: (1) divulgar cualquier información necesaria para el seguro o mi plan de beneficios de salud (y a su administrador) con respecto a mi enfermedad y tratamiento; (2) procesar las reclamaciones de seguro generadas en el curso del examen o tratamiento; y (3) permitir que se use una fotocopia de mi firma para procesar reclamaciones de seguros. Esta orden permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí por escrito.

Autorización:

Por la presente designo, autorizo y comunico a Valencia Chiropractic, Dr. Michael E. Verant, DC en la medida que lo permita la ley y cualquier póliza de seguro aplicable y / o plan de beneficios de atención médica para empleados, como mi representante autorizado: (1) el derecho y la capacidad de actuar en mi nombre en relación con cualquier reclamo, derecho o causa en acción que pueda tener bajo dicha póliza de seguro y / o plan de beneficios; y (2) el derecho y la capacidad de actuar en mi nombre para presentar dicha reclamación, derecho o causa de acción en relación con dicha póliza de seguro y / o plan de beneficios (incluido, entre otros, el derecho a actuar en mi nombre) con respecto a un plan de beneficios regido por las disposiciones de ERISA según lo dispuesto en 29 CFR §2560.5031 (b) (4) con respecto a cualquier gasto de atención médica incurrido como resultado de los servicios que recibo de Valencia Chiropractic y, en la medida en que lo permita la ley, para reclamar en mi nombre tales beneficios, reclamos o reembolsos, y cualquier otro recurso aplicable, incluyendo las multas.

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Firma del paciente _____