

¡BIENVENIDOS!

Fecha: _____

Seguro Social: _____ Licencia: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado Matrimonial: C S V D, # of Hijos: _____

Ocupación: _____

Empleador: _____ Dirección: _____ # de oficina: _____

Nombre de esposo(a) _____ Empleador: _____

de oficina: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

¿A quien le debemos gracias por su referencia?: _____

¿Has tenido cuidado Chiropractico antes? ¿Cuándo?: _____

¿Porque razón? _____

FAVOR DE DARNOS UN HISTORIAL MEDICO FAMILIAR Y PERSONAL LO MAS COMPLETO POSIBLE

¿Que tratamiento has tenido para su condición? Marque todo los que apliquen.

Medicamentos Terapia Física Cirugías Nada

¿Ha sufrido usted de?	¿Tienes historial	personal o familiar de?	
<input type="checkbox"/> dolor de cuello	<input type="checkbox"/> Migra a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> tiesura de cuello	<input type="checkbox"/> asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> dolor de espalda	<input type="checkbox"/> depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> dolor a media espalda	<input type="checkbox"/> ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> dolor de cintura	<input type="checkbox"/> alta presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> dolor en los hombros	<input type="checkbox"/> defectos de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> dolores en el pecho	<input type="checkbox"/> defectos digestivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> dolor o entorpecimiento de piernas	<input type="checkbox"/> ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> entuerto de miembros	<input type="checkbox"/> alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> dificultad al doblar o recoger	<input type="checkbox"/> cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> dificultad al pararse o sentarse	<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> dolor en las coyunturas	<input type="checkbox"/> temblor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> artritis	<input type="checkbox"/> defectos de ri ones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> túnel carpiano	<input type="checkbox"/> desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> entorpecimiento/hinchazón de pies/manos	<input type="checkbox"/> defectos de hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> manos/pies fríos	<input type="checkbox"/> bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mareos	<input type="checkbox"/> convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> infecciones de oído o perdida de audición	<input type="checkbox"/> defectos menstruales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> resfriados frecuentes	<input type="checkbox"/> defectos aprendizajes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> flu	<input type="checkbox"/> tremors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> emphysema	<input type="checkbox"/> fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> sinusitis o dolor en los ojos	<input type="checkbox"/> otra queja _____		

¿Has perdido tiempo de su trabajo S o N? Cuanto tiempo: _____

¿Su condición interfiere con su trabajo sue o rutina diaria recreación?

¿Ud tiene interés de? _____ Aliviar su defectos, síntomas o padecimientos
_____ Prevenir enfermedad, síntomas o padecimientos.
_____ Aumentar el potencial de su salud personal.
_____ Mejorar la salud familiar y/o de su comunidad.

¿Estas tomando ud. alguna medicación? S o N Nombres: _____

¿Has tenido ud. lesiones/cirugías? S o N, ¿Cuales y cuando? _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO (FAVOR DE PROVEER PARA FOTOCOPIA)

Accidentes Automovilísticos: Has tenido un accidente de auto S o N ¿Cuándo? _____

Nombre de su compañía de seguro: _____ numero de póliza _____

Nombre y teléfono de su abogado (si aplica) _____

Accidentes en el trabajo o caídas:

¿Has tenido una lesión personal, caída o lesión relacionado a su trabajo S o N Cuando? _____

Nombre de compañía de seguro: _____ numero de póliza _____

Nombre y teléfono de su abogado (si aplica) _____

Seguro medio tradicional: ¿Tuvo ud. seguro medico S o N?

Persona asegurada _____ Relación (escoja uno): Ud. Esposo(a) Pariente

Nombre de compañía _____ numero de póliza _____

¿Tiene ud. Medicare S o N? numero de identificación _____

¿Tiene ud. Medicaid S o N?, ¿Es un HMO S o N?

¿COMO VERIFICACIÓN DE COBERTURA NO ES INMEDIATAMENTE, COMO UD. CUBRIRÁ LA CITA DE HOY? _____ Cash _____ Cheque _____ Visa/MC/Amex

¡IMPORTANTE - - FAVOR DE LEER!

Entiendo y acepto que la póliza de seguro o accidente es un arreglo entre yo y el seguro. Entiendo completamente y acepto que todos los servicios serán cobrados a mi directamente y que yo soy personalmente responsable por el pago. Acepto ser financieramente responsable por todos los incurridos en esta clínica, incluyendo me deducible de seguro, co-pago e cualquier servicio no cubierto por mi compañía de seguro. Entiendo completamente que si yo descontinuo o termino mi terapia, cuyo cargos profesionales rendidos a mi serán inmediatamente merecidos. **Si cualquier balance is debido mas de 30 dias después de la fecha de discontinuanza o terminación de mi tratamiento, habrá un cargo de finanza del 18% sera agredido.**

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por este medio, instruyo que mi compañía de seguro pague por medio de cheque a esta clínica por la terapia profesional o gasto medico permitido. Fotocopia de esta ASIGNACIÓN sera considerado efectivo e valido tanto como la original.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Permito a esta que supla INFORMACIÓN sobre mi tratamiento o caso a cualquier compañía de seguro, tasador, e abogado envuelto e la misma, e por este medio esculpo a la clínica de toda consecuencia.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

VERIFICACIÓN DE NO EMBARAZO

Yo, _____, por este medio informo a todos en esta clínica que no tengo sospecha ni tengo seguridad en este tiempo que puedo estar or estoy embarazada. Libero a esta clínica de cualquier responsabilidad surgiendo de todos los procedimientos, diagnósticos o tratamiento con referencia a la posibilidad de embarazo.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN MENOR

Yo, siendo el pariente o guardian de _____ un menor de edad de _____ doy el consentimiento, autorizo que el Dr. George J. Lubertazzo, D.C. administre tratamiento necesario para este menor. Fecha de nacimiento de el menor:

Firma de Pariente o Guardian: _____ Fecha: _____

ACEPTACIÓN DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN

DR. GEORGE J. LUBERTAZZO, D.C. FAMILY CHIROPRACTOR
39 MEADOW RD. RUTHERFORD, NJ 07070

Como requerido por las Regulaciones de Privacidad de HIPAA, Por este medio acepto que e leído una copia corriente de la Noticia de Practicas de Privacidad de Dr. George J. Lubertazzo, DC Family Chiropractic's según puestas en la oficina e revisadas en Abril, 2003.

Según las Reglas de Privacidad, la administradora de la oficina de Dr. Lubertazzo's me fueron explicadas. También se me explico por las mismas reglas, que el Dr. Lubertazzo a incluido una provisión de reservación para cambiar los términos de esta e incluir nuevas noticias para proteger la INFORMACIÓN medica de todos.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Good faith effort to obtain receipt: Patient declined to sign the ACKNOWLEDGMENT of receipt of notice but was made aware of the "Notice of Privacy Practice" as posted in the reception of the office.

Staff Signature: _____ Date: _____

AUTORIZACIÓN DE PACIENTE PARA USO DE TARJETA DE CRÉDITO

___ Todo cheque que yo reciba por mi tratamiento sera inmediatamente entregada a la oficina. SI fallo al entregar el pago dentro de una semana, doy permiso para el uso de mi tarjeta de CRÉDITO para colectar la cantidad debida.

___ Cualquier balance debida por mi cuenta sera pagada dentro de treinta (30) dias de NOTIFICACIÓN de la cantidad debida. Si mantengo mi balance por mas de treinta (30) dias, le doy AUTORIZACIÓN para el uso de mi tarjeta de CRÉDITO para la cantidad debida.

___ Esta AUTORIZACIÓN para el uso de mi tarjeta de CRÉDITO es SOLO para los servicios rendidos el la oficina de Dr. George J. Lubertazzo, Family Chiropractic Center.

Nombre del Paciente Nombre en la tarjeta de crédito _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cogido Postal _____ Tipo de tarjeta de CRÉDITO: ___ Visa ___ MC ___ Amex ___ Discover _____

Numero de tarjeta: _____ Fecha de Expiración: _____

Firma del Paciente: _____