



BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

Quisiéramos hacer su visita agradable... por lo tanto, si tiene cualquier pregunta con respecto al tratamiento, arreglos financieros, o sus citas, por favor pregunte.
¡Estamos aquí para ayudarle!

Hay varias alternativas de pago disponibles. Por favor marque el plan de pago que le aplica a usted.

_____ **Seguro Médico-** Yo tengo una póliza de seguro que me cubre y seré responsable de pagar mi porción del co-seguro sobre una base diaria o semanal. También, el deducible y cualquier porción no pagados por mi compañía de seguro médico serán mi responsabilidad.

Por favor de mostrar su tarjeta médica a la recepcionista

_____ **Medicare-** Estoy enterado que los doctores en esta oficina son proveedores que participan con el Seguro de Medicare. Esto significa que someterán las cuentas medicas a Seguro de Medicare por mí, sin embargo, yo soy responsable de pagar mi co-pagas (a menos que tienes un seguro suplementario que pague). También, estoy enterado que el Seguro de Medicare solamente cubre ciertos tratamientos, por lo tanto, yo pagare por los tratamientos que no cubra.

_____ **Accidente de Auto, Accidente de Trabajo, o Caída-** (hay otro partido responsable) Esto cubre generalmente sus cuentas médicas al 100%. Para los casos de accidentes de auto, estoy enterado que mis beneficios médicos se pueden agotar, y en esos casos yo seré responsable de cualquier balance en mi cuenta. Tomo en cuenta si ustedes aceptan esperar la liquidación, yo seré responsable de cerciórame de que esta oficina reciba reembolso por mi tratamiento cuando la liquidación sea hecha. En el acontecimiento que un problema se presente con la liquidación, tomare las medidas necesarias para que esta oficina reciba el pago completo.

Por favor de mostrar a la recepcionista la dirección de correo, número de teléfono, numero de reclamo y nombre del ajustador/representante del partido responsable de sus cargos médicos

_____ **Base de efectivo-** Pagaré a diario o semanalmente sobre una base de efectivo.

_____ **Ninguno del Antedicho-** Ninguno del antedicho aplica a mí.

Los cheques y los equilibrios devueltos en 30 días hay un cobro de colección y a cargos de interés adicionales de 1.5% por mes.

ENTIENDO QUE TODOS LOS CARGOS NO CUBIERTOS POR MI SEGURO, SIN IMPORTAR LA RAZÓN, SON MI RESPONSABILIDAD COMPLETA.

(Imprimir Nombre)

(Firma)

(Fecha)



DATOS DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE

Por favor de imprimir todas sus respuestas.

Nombre completo _____

Dirección _____

Números de Teléfono

Esta bien dejar mensaje?

Casa () _____ Y N

Celular () _____ Y N

Correo Electrónico _____

Seguro Médico (Primario)

Nombre de Seguro Médico _____

Numero de Póliza _____

Numero de Grupo _____

Nombre del Asegurado/a _____

Relación: ☐ Propio ☐ Esposo/a ☐ Padre

Empleo

Estado Laboral: ☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo

☐ Jubilado ☐ Desempleado

Nombre _____

Dirección _____

Tel () _____ Fax () _____

¿Como se enteró de nuestra clínica? (A quien podemos agradecer) _____

Fecha de Nacimiento: _____

Genero: Masculino Femenino

Número de Seguro Social _____

Estado Civil _____

Contacto de Emergencia _____

Teléfono () _____

Relación _____

Seguro Médico (Secundario)

Nombre de Seguro Medico _____

Numero de Póliza _____

Numero de Grupo _____

Nombre del Asegurado/a _____

Relación: ☐ Propia ☐ Esposo/a ☐ Padre

Escuela

Estado del alumno: ☐ Tiempo Completo

☐ Medio Tiempo ☐ No es Estudiante

Nombre de la Escuela _____

Dirección _____

Tel () _____ Fax () _____

Al mejor de mi conocimiento la información contenida en esta forma esta correcta y exacta.

(Imprimir Nombre)

(Firma)

(Fecha)

HISTORIA DE SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha _____

Razon por su visita hoy? _____

Indique los síntomas que tiene actualmente o que ha tenido en el último año

GENERAL

- ☐ Resfriado
- ☐ Depresión
- ☐ Mareo
- ☐ Desmayo
- ☐ Fiebre
- ☐ Olvido
- ☐ Dolor de Cabeza
- ☐ Perdida de sueño
- ☐ Pérdida de peso
- ☐ Nerviosismo
- ☐ Entumecimiento
- ☐ Sudores

GASTROINTESTINAL

- ☐ Hinchazón
- ☐ Cambio intestinal
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Diarrea
- ☐ Hambre excesiva
- ☐ Sed excesiva
- ☐ Gas
- ☐ Hemorroides
- ☐ Indigestión
- ☐ Nausea
- ☐ Sangrado Rectal
- ☐ Vomito

CARDIOVASCULAR

- ☐ Dolor de Pecho
- ☐ Presión Alta
- ☐ Mala Circulación
- ☐ Latidos Rápidos
- ☐ Tobillos hinchados
- ☐ Venas varicosas

PIEL

- ☐ Moretones
- ☐ Urticaria
- ☐ Comezón
- ☐ Lunares
- ☐ Cicatrices

MUSCULOS/HUESOS

- ☐ Brazos
- ☐ Cuello
- ☐ Espalda
- ☐ Caderas
- ☐ Piernas
- ☐ Hombro
- ☐ Codo
- ☐ Muñeca
- ☐ Rodilla
- ☐ Pies

GENITOURINARY

- ☐ Sangre en la Orina
- ☐ Micción frecuente
- ☐ Dolor al orinar
- ☐ Decoloración de la Orina
- ☐ Falta de control de la vejiga

HOMBRES

- ☐ Bulto en el pecho
- ☐ Dificultades de erección
- ☐ Bulto en los testículos
- ☐ Descarga del pene
- ☐ Dolor en el pene
- ☐ Otro _____

MUJERES

- ☐ Bulto en el pecho
- ☐ Sofocos
- ☐ Secreción pezón
- ☐ Secreción vaginal
- ☐ Otro _____
- ☐ Estas embarazada
Yes/No

CONDICIONES

- ☐ SIDA
- ☐ Alcohólico
- ☐ Anemia
- ☐ Anorexia
- ☐ Apendicitis
- ☐ Artritis
- ☐ Asma
- ☐ Sangramiento
- ☐ Bulto en el seno
- ☐ Bronquitis
- ☐ Bulimia
- ☐ Cáncer
- ☐ Cataratas

- ☐ Dependencia Química
- ☐ Varicela
- ☐ Diabetes
- ☐ Enfisema
- ☐ Epilepsia
- ☐ Glaucoma
- ☐ Coto
- ☐ Gonorrea
- ☐ Gota
- ☐ Enfermedad del corazón
- ☐ Hepatitis
- ☐ Hernia
- ☐ Herpes

- ☐ Presión alta
- ☐ HIV Positivo
- ☐ Kidney Disease
- ☐ Problema del hígado
- ☐ Sarampión
- ☐ Migrañas
- ☐ Aborto espontaneo
- ☐ Mononucleosis
- ☐ Esclerosis Múltiple
- ☐ Paperas
- ☐ Marcapasos
- ☐ Neumonía
- ☐ Polio

- ☐ Próstata
- ☐ Psychiatric Care
- ☐ Fiebre reumática
- ☐ Fiebre escarlata
- ☐ Ataque al corazón
- ☐ Intento suicido
- ☐ Tiroides
- ☐ Amigdalitis
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Fiebre Tifoidea
- ☐ Ulceras
- ☐ Infección vaginal
- ☐ Venéreas

MEDICACIONES

Liste los medicamentos que está tomando actualmente

ALERGIAS



Historia Familiar

Relación	Edad	Estado de Salud	Edad de muerte	Causa de muerte	Verifique si sus parientes de sangre tienen algunos de las siguientes condiciones:		
Padre					√	Enfermedad	Relación a ti
Madre						Artritis, Cota	
Hermanos						Asma, Fiebre de heno	
						Cancer	
						Dependencia química	
						Diabetes	
Hermanas						Enfermedad del corazón	
						Presión Alta	
						Trastorno del riñon	
						Tuberculosis	
						Otro	

Hospitalizaciones/Enfermedad/Lesiones

Fecha	Hospital	Razon y Resultado de Hospitalización

Embarazos

Año de Nacimiento	Sexo del Bebe	Complicaciones

Ocupación

Occupation:			
Indique si su trabajo lo expone a lo siguiente:			
	Estrés		Substancias peligrosas
	Levantar pesado		Otro

Yo afirmo que toda la información esta correcta. Yo seré responsable de algún error con esta información, no los doctores o asistentes.

(Imprimir Nombre)

(Firma)

(Date)



ASIGNACION DE BENEFICIOS

DERECHO A DISPONER INFORMACION

Yo autorizo disponer cualquier información que juzgues apropiado referente a mi condición médica a cualquier compañía de seguro, abogado, ajustador, representante o a cualquier otra persona necesaria para poder procesar cualquier cuenta médica para recibir reembolso de costos incurridos por mí en tu centro de tratamiento.

DERECHO DE RECIBIR PAGO

Yo autorizo y asigno al proveedor médico, el derecho de recibir el pago directo de mi abogado, la compañía de seguros médicos, o a cualquier otro partido que pueda obligarse a pagar mi cuenta medica que contiene mi nombre a el cual tienes el derecho legalmente.

ASIGNACIÓN DE EL DERECHO DE DEMANDAR

En el acontecimiento que cualquier compañía de seguros médicos, abogado, o cualquier otra persona obligada por el acuerdo contractual de hacer el pago a mí por tus servicios cobrados, rechazaran hacer tal pago sobre demanda de ti, asigno y transfiero por este medio a ti la acción en mi favor contra cualquier compañía, abogado, o persona y autorizo a procesar la acción dicha en mi nombre o tu nombre y para resolver dicha cuenta medica la mejor manera que veas. Entiendo que continuaré siendo responsable de cualquier balance no colectado de mi cuenta médica.

POSICION DEL ABOGADO

Yo ordeno a mi abogado que no interfiera con el reclamo o derecho de retención sobre cualquier beneficio pagado para mis cuentas médicas o beneficios. Y si algunos de los cheques para pagos médicos incluyen a mi abogado para firmar su nombre en ellos, que sean para beneficio del proveedor médico.

GARANTÍA DE PAGO

Entiendo que soy últimamente responsable del pago por este/estos servicios(s) rendidos y concurro en pagar por completo para todos los servicios en el plazo de 30 días de recibir una cuenta del proveedor médico antedicho.

(Imprimir Nombre)

(Firma)

(Fecha)



CONSENTIMIENTO DE SER INFORMADO AL CUIDADO QUIROPRACTICO Y AJUSTES

Solicito y consiento por este medio al funcionamiento de los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos del quiropráctico incluyendo varios modos de la fisioterapia, terapia física y las radiografías diagnósticas, en mí (o el paciente nombrado abajo, de quien soy legalmente responsable) por el doctor quiropráctico nombrado abajo y/o otros doctores quiroprácticos licenciados con quien ahora o en el futuro me de tratamiento mientras que este empleado, trabajando, asociado, o sirviendo como respaldo para el doctor de quiropráctica nombrado abajo o cualquier otra oficina o clínica.

He tenido una oportunidad que discutir con el doctor de quiropráctica nombrado abajo y/o con otro personal de la oficina o de la clínica la naturaleza y propósito de los ajustes quiroprácticos y de otros procedimientos. Entiendo que los resultados no están garantizados.

Entiendo y estoy informado(a) que en la práctica de medicina, en la práctica de la quiropráctica hay algunos riesgos en el tratamiento, incluyendo, pero no limitado a, fracturas, lesiones del disco, dislocaciones y torceduras. No espero que el doctor pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en el doctor para ejercitar el juicio durante el curso del procedimiento que el doctor se decida en ese momento, basado en los hechos conocidos, y en mi mejor interés.

He leído, o me han leído el consentimiento antedicho. También he tenido una oportunidad para hacer preguntas acerca de su contenido, y firmando abajo concuro con los procedimientos nombrados arriba. Yo tomo esta forma de consentimiento para cubrir el curso del tratamiento para mi actual condición y para cualquier condición más cuya busque tratamiento.

RECONOCIMIENTO DE RECIBIR EL AVISO DE LA PRIVACIDAD DE PRÁCTICAS

Yo, _____, he recibido una copia de Aviso de la Privacidad Practicas de Consolidated Chiropractic Health Associates Inc.

(Imprimir Nombre)

(Firma)

(Fecha)