

NEW BALANCE CHIROPRACTIC
10242 16th Ave SW Seattle, WA 98146 – (206) 764-9600

Nombre _____ Teléfono/casa (____) _____ Hombre
Dirección _____ # Celular (____) _____ Mujer
_____ E-mail _____ Soltero
Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ SSN _____ Ocupación _____ Casado
Referido por Dr./Paciente/Otro _____ Otro
Empleador/Escuela _____ Teléfono (____) _____
Nombre Esposo/Padre _____ Teléfono (____) _____
Contacto de emergencia _____ Teléfono (____) _____
Contacto de emergencia no familiar _____ Teléfono (____) _____

INFORMACIÓN DE SALUD ACTUAL/PASADA

Por favor enliste sus quejas en orden de severidad (dolor, síntomas, etc.) También complete los diagramas de atrás.

1. _____ desde cuando _____
2. _____ desde cuando _____
3. _____ desde cuando _____

¿Qué tratamiento ha recibido para su condición: Medicina Cirugía Quiropráctico
 Terapia Física Masaje Otro

Liste otros doctores consultados por su condición: 1. _____ 2. _____

Brevemente describa cuando, como y donde ocurrió su lesión: (maneja, en el trabajo, en casa, etc.)

¿Qué actividades empeoran sus síntomas? _____

¿Ha tenido alguna cirugía u hospitalización? _____ Si así es, especifique _____

Liste otras condiciones médicas no mencionadas antes _____

Liste los medicamentos que tome actualmente: Aspirina/Tylenol Pastillas para dolor
 Relajantes musculares Control prenatal Otros _____

¿Ha estado envuelto en un accidente de auto en los últimos 12 meses? _____ Si así es, Cuando? _____

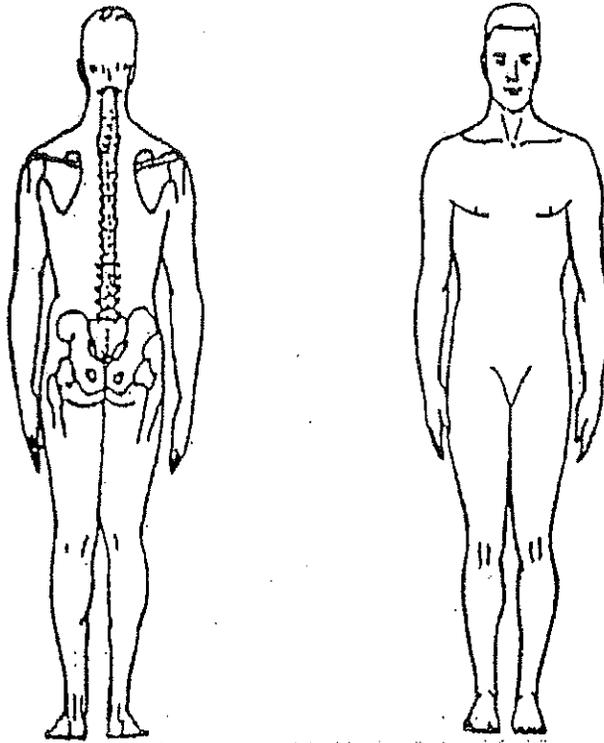
RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Accidente de Auto Lesión de Trabajo Seguro Personal Efectivo
Compañía de Seguro _____ ID /RECLAMO _____
Abogado _____ # Teléfono _____

COMPLETE LOS SIGUIENTES DIAGRAMAS

Por favor indique las áreas de queja listadas en el frente de esta forma.

Escriba el tipo y frecuencia de su dolor. (liviano, agudo, constante, intermitente, al sentarse, pararse, caminar, etc.)



AVISO: NO TODO PACIENTE REQUIERE RADIOGRAFÍAS PARA DETERMINAR UN DIAGNÓSTICO Y EL TIPO DE TRATAMIENTO NECESARIO. SI SU EXAMEN REQUIERE RAYOS-X, LA SIGUIENTE POLÍTICA DE LA OFICINA APLICA;

1. Todos los servicios deben pagarse el día recibidos.
2. El cargo por radiografías es por el análisis solamente. Las imágenes son propiedad de la oficina. Una vez usadas para análisis, pueden ser prestadas temporalmente firmando el permiso correspondiente.

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre/tutor en caso de ser menor

Fecha

New Balance Chiropractic

TERMINOS DE ACEPTACIÓN

En el curso de su cuidado de salud quiropráctico, es esencial para el doctor y el paciente trabajar juntos hacia el mismo objetivo. Como paciente, usted debe entender la meta y los métodos del quiropráctico que serán usados para evitar alguna confusión o queja.

Ajuste:

Un ajuste es la aplicación específica de fuerzas para facilitar la colección de subluxaciones vertebrales. Nuestro metodo quiropráctico de corrección es mediante ajustes específicos en la columna.

Salud:

El estado optimo físico, mental y social, no solo la ausencia de dolor.

Subluxación vertebral:

Una mala alineación de uno o mas de las 24 vertebras en la columna espinal (lo cual causa alteraciones en la función de los nervios y la interferencia a la transmission de los impulsos mentales), esto puede impedir la habilidad del cuerpo para lograr su potencial máximo de salud.

No ofrecemos diagnosticar o tratar alguna enfermedad o condición diferente a una subluxación vertebral. Sin embargo, si durante el curso de su examen encontramos algo inusual, le advertiremos. Si usted desea orientación, diagnóstico o tratamiento para esos hallazgos, le recomendaremos que busque los servicios de un proveedor de cuidado para la salud especializado en esa área.

No ofrecemos orientación referente a algun tratamiento recetado por otros. Nuestro único objetivo es eliminar una mayor interferencia a la expresión de la sabiduria innata de el cuerpo.

Yo, _____ he leído y entendido completamente los términos enlistados.
(nombre impreso)

Todas las preguntas referentes a los objetivos del doctor concernientes a mi cuidado en esta oficina, han sido contestados a mi entera satisfacción. Por consiguiente, acepto el cuidado quiropráctico en estas bases.

(Firma)

(Fecha)

New Balance Chiropractic

Christopher V. Hill, D.C.
10242 16th Ave SW
Seattle, WA 98146
(206) 764-9600
(206) 762-6600

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA Y QUIROPRÁCTICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE.

En el curso de su cuidado como paciente en New Balance Chiropractic podemos usar o revelar información personal y relacionada con su salud de las siguientes maneras:

- Su información protegida, incluyendo archivos clínicos, puede ser revelada a otro proveedor de salud u hospital si es necesario para diagnosticos, asesoramiento o tratamiento adicional.
- Sus archivos clínicos así como sus registros financieros pueden ser revelados a otros miembros, como aseguranza, un HMO, un PPO, o a su empleador, si estos son responsables por el pago de los servicios otorgados a usted.
- Su nombre, dirección, teléfono y archivos clínicos pueden ser usados para contactarle y recordarle sus citas, información alternativa para su cuidado u otra información concerniente a su salud.

Usted tiene el derecho de restringir el uso de su información médica para propósitos de tratamiento, pagos o cirugías. Dichas restricciones no son automáticas y requieren el consentimiento de esta oficina.

Si usted no se encuentra en casa para recibir el recordatorio de su cita o alguna otra información, un mensaje sera dejado en su contestador o con un miembro de su hogar. Usted tiene el derecho a comunicación confidencial y restringir dichos contactos. Usted tambien tiene el derecho a ser contactado por medios alternativos.

Se nos permite y requiere usar o revelar su información sin su autorización en las siguientes circunstancias:

- Si proveemos servicios de cuidado de salud a usted en una emergencia.
- Si se nos requiere por ley proveerle cuidado y no es posible obtener su consentimiento despues de intentarlo.
- Si existen barreras sustanciales para comunicarnos con usted, pero a juicio profesional creemos que usted espera que le proveamos cuidado.
- Si se nos ordena por corte u otra agencia autorizada

Usted tiene el derecho de recibir cuentas de dichas revelaciones hechas por esta oficina.

Cualquier uso o revelación de su información médica, diferente a las descritas arriba, seran hechas sobre su consentimiento. Si usted provee autorización para revelar su información usted tiene el derecho de revocar dicha autorización en el futuro.

La información que usemos o revelemos basada en este aviso de privacidad puede ser sujeta a ser revelada por la persona a quien la proveamos y no sera protegida por las leyes federales de privacidad.

Normalmente proveemos información sobre su salud a usted personalmente al tiempo que recibe cuidado de nosotros. Podemos enviar por correo información a usted sobre su salud o el estado de su cuenta. Si desea recibir esta información a una dirección diferente o de alguna forma en especifico, por favor indiquenos sus preferencias por escrito.

Somos requeridos por la ley federal y estatal de mantener la privacidad de su expediente como paciente y la información médica que en ella se encuentre. Somos requeridos tambien de proveerle aviso sobre nuestras medidas de privacidad con respecto a su información médica. Somos adicionalmente requeridos por ley a cumplir los términos de este aviso mientras esté en efecto.

Nos reservamos el derecho de alterar o enmendar los términos de este aviso. Si existen cambios en nuestro aviso de privacidad le notificaremos por escrito tan pronto como sea posible. Cualquier cambio aplicará a toda su información médica en nuestros expedientes.

Si usted tiene alguna queja relacionada a esta noticia de privacidad, o algún aspecto de nuestras actividades de privacidad, deberá dirigir su queja directamente con el doctor Christopher V. Hill, D.C.

Usted tiene el derecho de presentar su queja a la Secretaria de ei Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si usted decide presentar alguna queja en esta oficina o a la Secretaria su cuidado seguirá y no se le tratará desfavorablemente por nuestro personal en ninguna manera.

Esta oficina utiliza un ambiente de "ajuste abierto" a pacientes en el curso de su tratamiento. "Ajuste abierto" envuelve varios pacientes siendo atendidos en la misma sala de ajuste. Pacientes están dentro de la vista de otros y algunos detalles en la rutina de su cuidado son discutidos al alcance del oído de otros incluyendo el personal. Este ambiente es usado para tratamiento en curso y NO es el ambiente usado para hablar de historial médico, exámenes, o reporte de hallazgos. Estos procedimientos son llevados a cabo en un lugar privado y confidencial. El uso de este formato tiene como propósito hacer de su experiencia en nuestra oficina más eficiente y productiva, así como mejorar su acceso a información y cuidado de salud de calidad. Si usted escoge no ser tratado en un ambiente abierto, otras medidas pueden ser tomadas.

Este aviso es efectivo a partir de _____ . Este aviso, y cualquier alteración hecha en el futuro expirará siete años después de la fecha que su expediente fue creado. Mi firma señala que he recibido una copia de este aviso.

Nombre impreso

Firma

Fecha

Si usted es un menor, o está siendo representado por otra persona

Representante Personal (impreso)

Representante Personal (firma)

Fecha

Descripción de la autoridad en beneficio del paciente

Autorización del paciente para recordatorios de citas y asuntos relacionados

Esta autorización nos permite el contacto con usted a través del uso de su nombre, dirección, e-mail y número telefónico para recordarle citas establecidas, reevaluaciones, y otros asuntos relacionados.

Autorización del paciente para el uso de su nombre en el Tablero de Referencias

Esta autorización nos permite colocar su nombre en nuestro "Tablero de Gratitud por Referencias" si usted refiere amigos, familiares o compañeros de trabajo a nuestra oficina.

Autorización del paciente para el uso de su nombre y dirección para envíos internos de oficina

Esta autorización nos permite enviarle por correo/correo electrónico información relacionada con su salud, noticias, correspondencia para propósitos de educación, actualización, promociones, ofertas especiales, etc.

El uso de esta información es con el propósito de hacer su experiencia en nuestra oficina más eficiente y productiva. Si usted decide no autorizar el uso de esta información, su decisión no tendrá ningún efecto adverso en su cuidado en New Balance Chiropractic, o su relación con nuestro personal.

Su firma indica su autorización de esta actividad.

Nombre impreso

Firma

Fecha

Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento por usted. La revocación puede ser efectuada avisándonos por escrito de su deseo de eliminarla. Por favor permítanos tiempo razonable para efectuar el cambio en nuestros procedimientos.