

Insurance**MINOR**

Nombre _____
 Apellido Paterno Primer Nombre Segundo Nombre

Masculino ___ Femenino ___ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Idioma Preferido _____ No. de Seguro Social _____

Dirección _____
 Calle Ciudad Estado Código

Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____

Tenemos tu autorización para que la clínica te mande mensajes de textos y/o correos de voz? **SI NO**

Correo Electrónico (E-Mail) _____

Compañía de Empleo _____ Ocupación _____

Dirección _____ # de Teléfono _____

Contacto de Emergencias _____ # de Teléfono _____

Nombre del Padre _____ # de Teléfono _____

Compañía de Empleo _____ # de Seguro _____

Nombre de Madre _____ # de Teléfono _____

Compañía de Empleo _____ # de Seguro _____

¿A quien le podemos agradecer por referirlo/a? _____

¿Alguna vez a tenido tratamiento quiropráctico? _____

Autorización Para Eximir Información de Pago o de Beneficios Médicos

Yo entiendo que soy el único responsable por todo los cobros que serán incurridos por mi persona. Yo asigno cualquier pago medico a la Clínica Quiropráctica Keith (Keith Clinic of Chiropractic). Si hay algún sobre pago en mi cuenta se me reembolsara lo mas pronto posible. Yo estoy de acuerdo a pagar todos los cobros de colección, cobros de corte, o de abogado adicionales a mi cuenta en esta clínica si así son necesarios. Yo autorizo a la Clínica Quiropráctica Keith (Keith Clinic of Chiropractic) que endorsen todos los cheques hechos a mi nombre para asi pagar mi cuenta. Yo entiendo que estoy expuesto a una averiguación de crédito en caso de que yo solicite uno por mis gastos.

Firma del Paciente

Fecha

POLIZA FINANCIERA PARA PACIENTES QUE TIENEN ASEGURANZA

Asegurancia Medica: Su póliza de Asegurancia es un contrato entre usted y su compañía de seguro medico. Nuestros servicios son para usted y no para su seguro medico. Como cortesía, se le mandara la cuenta a su asegurancia. Sin embargo, usted es responsable por todo lo que su asegurancia no pague. Si su asegurancia no tiene cobertura quiropráctica o si usted no quiere usar su asegurancia, se le pedirá que pague en el día que se le den los servicios.

Si usted tiene un deducible, le pedimos que pague en cada visita hasta que se pague su deducible. Si usted tiene un co-pago, le pedimos que lo pague en cada visita a nuestra oficina.

Tenga en cuenta que todos los datos que se nos proveen, no garantizan pagos ni elegibilidad. Todos los beneficios son sujetos a necesidad medica, condiciones y términos de su póliza durante el tiempo que fueron proveídos los servicios.

Nombre de Asegurancia principal: _____

Nombre completo del subscriptor: _____

Numero de seguro del subscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Lugar de Empleo del subscriptor: _____

Nombre de Asegurancia secundaria: _____

Nombre completo del subscriptor: _____

Numero de seguro del subscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Lugar de Empleo del subscriptor: _____

“Yo he leído y comprendo esta POLIZA FINANCIERA y estoy de acuerdo con los términos que aquí están establecidos.”

Firma del Paciente o Guardián

Fecha

CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

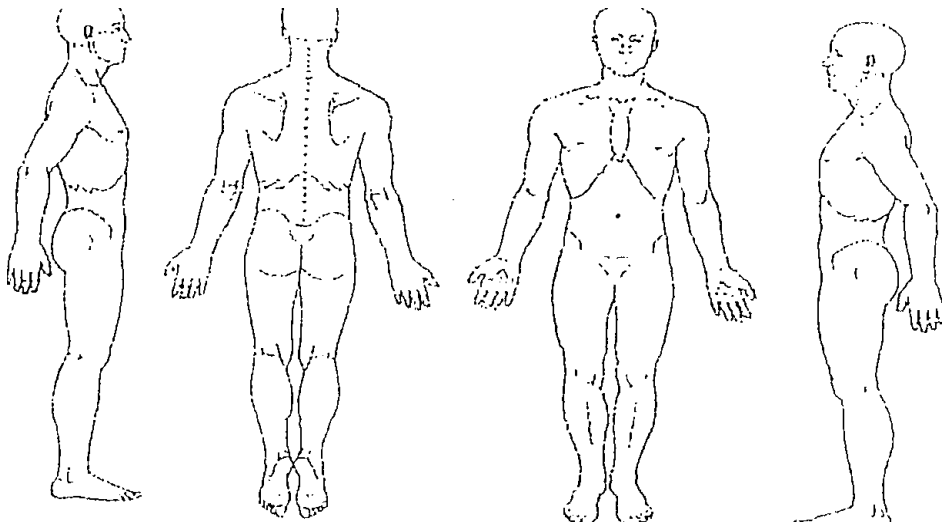
1. Describa sus síntomas _____

a. ¿Cuándo empezaron sus síntomas? _____

b. ¿Cómo empezaron sus síntomas? _____

2. ¿Que tan seguido sufre sus síntomas? Indique donde siente el dolor o tiene otros síntomas

- a. Constantemente (75–100 % del día)
- b. Frecuentemente (51-75 % del día)
- c. Ocasionalmente (26-50 % del día)
- d. Raramente (0-25 % del día)



3. ¿Que describe la naturaleza de sus síntomas?

- ___ Punzante ___ Agudo
- ___ Opaco ___ Ardor
- ___ Adormecido ___ Hormigueo

4. ¿Cómo están cambiando sus síntomas?

- ___ Mejorando
- ___ Igual
- ___ Empeorando

5. **Durante las 4 semanas pasadas:**

- a. Indique la intensidad de sus síntomas Ninguno 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Intolerable 10
- b. ¿Cuánto interfiere su dolor con su trabajo normal? (incluyendo trabajos fuera del hogar y domésticos)
 ___ Nada ___ Un Poco ___ Moderadamente ___ Bastante ___ Extremadamente

6. **En las ultimas 4 semanas ¿qué tanto tiempo ha interferido su condición con sus actividades sociales? (Por ejemplo, visitando a sus amigos o familiares)**

- ___ Todo el tiempo ___ Mayor parte del tiempo ___ Algún tiempo ___ Poca parte del tiempo ___ Ninguna parte del tiempo

7. **En general diría usted que su salud ahora es....**

- ___ Excelente ___ Muy Bien ___ Buena ___ Estable ___ Mal

8. **¿A quien ha visto para sus síntomas?** _____

- a. ¿Que tratamiento recibió usted y cuando? _____
- b. Que exámenes ha tenido usted para sus _____ rayos-X fecha _____ CT Scans fecha _____
 síntomas y cundo fueron realizados? _____ MRI fecha _____ Otros fecha _____

9. **¿Ha tenido usted estos mismos síntomas en el pasado?** _____
¿Ha quien vio usted por sus síntomas? _____

10. **¿Cuál es su oficio?** _____

- a. Si no es jubilado, ama de casa o estudiante,
 ¿Cual es su posición actual de trabajo? _____

QUESTIONARIO DE SALUD (PHQ) – Pagina 2

Nombre del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

¿Que tipo de ejercicio regular hace? Ninguno Ligero Moderado Pesado

¿Cuál es su estatura y su peso?

Estatura

Box for height measurement with labels 'Pies' and 'Pulgadas'

Peso

Box for weight measurement

Por cada síntoma listado abajo, ponga un tache en la columna de *Pasado* sí alguna vez tubo ese síntoma. Y un tache en la columna de *Presente* si es que tiene ese síntoma ahora.

Table with 3 columns of symptoms and 2 columns for 'Pasado' and 'Presente' status. Symptoms include Dolor de Cabeza, Dolor de Cuello, Dolor de Espalda Arriba, etc.

Indique si algún familiar cercano tiene alguno de estas enfermedades:

Artritis Reumatoide Problemas del Corazón Diabetes Cáncer Lupus _____

Liste todos los medicamentos y suplementos herbales que esta tomando:

Blank lines for listing medications and supplements

Liste todas las operaciones que ha tenido y las veces que ha sido hospitalizado:

Blank lines for listing surgeries and hospitalizations

Firma del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Doctors Additional Comments:

Blank lines for doctor's additional comments

Doctor's Signature _____ Date: ____/____/____

¿Síntomas Que Presenta Su Hijo/a Hoy?

- ¿Su hijo/a a estado inconsciente anteriormente? Si No
- ¿Alguna ves su hijo/a a usado muletas o aparatos ortopédicos? Si No
- ¿Su hijo/a es propenso a accidentes? Si No
- ¿Alguna ves su hijo/a se a caido de unos escalones? Si No
- ¿Su hijo/a a estado involucrado en un accidente automovilístico? Si No
- ¿Su hijo/a a estado hospitalizado o han tenido alguna cirugia? Si No
- ¿Su hijo/a a tenido algun hueso roto o alguna torcedura? Si No
- ¿Su hijo/a tiene todos su vacunas? Si No
- ¿Su hijo/a es activo en algún deporte?
Si asi es ¿Cuál? _____
- ¿Su hijo/a tiene mala postura? Si No

¿Hay alguna otra cosa de su hijo/a que le gustaría compartir con nosotros para que nosotros podamos entender a su hijo mejor? _____

Yo autorizo al Dr. Keith Pittman de la Clínica Quiropráctica y a cualquier persona designada a dar el cuidado necesario a mi hijo/a.

Nombre del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

SU PRIVACIDAD CUENTA

Este documento describe como su información medica será usada y/o compartida y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor lea esto cuidadosamente. Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar este contrato. Si hay un cambio en nuestras pólizas, le enviaremos un contrato nuevo a la dirección que usted nos proporcione.

Comprendiendo su INFORMACION MEDICA:

Cada vez que usted visite a un medico o un proveedor de salud medica, él hará un historial medico por cada visita. Típicamente, este historial medico contiene información sobre su salud en el pasado, sus síntomas actuales, exámenes, resultados de exámenes, diagnósticos, tratamiento, y un plan de cuidado para usted. Este historial medico sirve para:

- La base en planear su cuidado medico.
- Como base de comunicación entre doctores y proveedores de salud medica que contribuyen en su cuidado.
- Documentación legal describiendo los cuidados que recibió y él por que de ellos.

Saber que contiene su historial medico y comprendiendo como esta información será usada le ayudara a:

- Asegurarse que sus cuidados sean correctos y completos.
- Comprender quien, que, cuando, porque y como otros proveedores obtienen su información.

Sus Derechos Bajo El Estándar de Privacidad Federal:

Aunque su historial medico sea físicamente propiedad del proveedor medico que lo haya completado, usted tiene ciertos derechos sobre la información que están en ellos. Usted tiene el derecho a:

- Restringir el uso y divulgación de la información de tratamiento, pagos, y cuidados médicos. Los cuidados médicos consisten en las actividades que sean necesarias para llevar acabo el tratamiento, así como la calidad de las cosas y segunda opiniones. Su derecho para pedir una restricción no incluye el uso o divulgación de la información permitida [164.502(a)(2)(I)(para usted), 164.510(a)(para el uso de oficina), o 164.512 (no necesita consentimiento o autorización. En caso de enfermedades contágiales no tiene el derecho de restringir. En aun en los casos que usted halla pedido una restricción, reservamos el derecho de aceptar la restricción. Si aceptamos, de cualquier modo, nos basaremos en ella al menos que usted haga otra petición.
- Pedir que nos comuniquemos con usted de otra manera, si es razonable, nosotros deberemos honrar esa petición.
- Recibir y mantener una copia de este documento de información practica, así como nosotros pondremos una copia en su fólder, como requiere la ley que usted este informado y reciba una copia.
- Inspeccionar y copiar su información medica. Nosotros nos reservamos el derecho de negarle esta petición si creemos que causara daños a terceras personas.

Usted no tiene el derecho a lo siguiente:

- ❖ Notas de Psicoterapia
- ❖ Información recopilada con una razonable anticipación de o para ser usada en procedimientos o acciones civiles, criminales, o administrativos.
- ❖ Cualquier información que sé a sujeta a CLIA de 1988, 42U.S.C.
- ❖ Información que fue obtenida por alguien mas aparte del proveedor de cuidado medico, bajo el juramento de confidencialidad y que revele el nombre del proveedor de dicha información.
- Pedir correcciones o alteraciones en su historial medico. Pero no tenemos que corregirlo sí:
 - ❖ Nosotros no creamos el historial medico.
 - ❖ Los historiales médicos no están a su disposición como explicamos previamente.
 - ❖ El historial medico esta correcto y completo.

Si le negamos su petición para alterar, le notificaremos él porque, el cómo usted puede adjuntar una declaración de desacuerdo a su historial medico, y el cómo usted puede solicitar un reclamo al departamento de salud. Si la petición es aceptada, nosotros haremos las correcciones y distribuciones a quienes usted nos indique.

En otras ocasiones, el proveedor puede negarle acceso, pero si lo hace, el proveedor deberá proveerle con un resumen de su decisión en los siguientes 60 días. Si le damos acceso, le indicaremos que, si hay algo, debe hacer para obtener acceso. Nosotros nos reservamos el derecho a cobrar una cuota razonable por las copias. Las situaciones en las que podríamos negarle un resumen medico son:

- ❖ Cuando un profesional determine que dicha información ponga su vida en peligro o de otro individuo.
- ❖ Cuando la información haga referencias a otra persona y esta información sea dañina a esta persona.
- ❖ La petición se echa por el representante del individual y que un profesional crea que dicha información cause daño al individuo o a otra persona.

Usted puede obtener una explicación de los usos no rutinarios y divulgaciones de esos, aparte del tratamiento, pagos y cuidados médicos. Si no le proveemos con una explicación en el momento, se le dará en 60 días. Nosotros no tenemos que proveer una explicación por:

- ❖ Divulgaciones para usted
- ❖ Divulgaciones autorizadas por usted

- ❖ Divulgaciones de datos limitados
- ❖ Directorio de la Facilidad o a otra persona involucrada con el cuidado o para propósitos de notificaciones
- ❖ Seguridad Nacional o Propuestas de Inteligencia Nacional
- ❖ Institutos Correccionales o en forzamientos de leyes
- ❖ Datos que ocurrieron antes de Abril 14, 2003

El Estándar de Privacidad Federal Nos Exige Que:

- ❖ Mantengamos la privacidad de su información de salud.
- ❖ Proverlo con un aviso de sus obligaciones y practicas de privacidad con respecto a su información de salud
- ❖ Acatemos los términos de este contrato
- ❖ Implementar una póliza de autorización de la oficina y sus normas.
- ❖ Disminuir los efectos de cualquier división de privacidad.

Usos y Divulgaciones Aparte de Tratamientos, Pagos o Cuidados médicos:

Asociados de Negocios: Nosotros podemos proveer algunos servicios a través de contactos con otros asociados. Eje. : Transcripciones Medicas es contratada y ellos tendrán acceso a su información para que ellos puedan hacer su trabajo.

Directorio: Al menos que usted nos notifique de alguna objeción, nosotros podemos usar su nombre y información general para nuestro directorio.

Notificaciones: Nosotros podemos usar o divulgar su información para notificarlo o notificar a un familiar o persona responsable sobre su cuidado medico, de su ubicación, y condición general.

Comunicación Familiar: Al menos que usted tenga una objeción, el personal medico, usando su mejor criterio, puede informar a un familiar, a un relativo, a un amigo, u otra persona indicada por usted, sobre su información de salud o pagos sobre sus cuidados médicos.

Investigaciones: Nosotros podemos divulgar su información a investigadores cuando un grupo de revisión halla asegurado los protocolos y la privacidad de su información de salud y este de acuerdo con la investigación.

Directores Fúnebres: Nosotros podemos divulgar su información de salud a los directores fúnebres que concuerden con las leyes para que ellos puedan llevar acabo su trabajo.

Mercado / continuidad de Cuidados: Nosotros podemos contactarlo para informarle de una cita o sobre su tratamiento(s), tratamientos alternativos, o otros beneficios médicos, tarjetas de cumpleaños, anuncios y otros servicios que puedan ser de su interés.

Recaudación de fondos: Nosotros podemos llamarlo para formar parte de nuestra recaudación de fondos.

Administración de Comida o Drogas: Nosotros podemos divulgar ala FDA cualquier información de salud relevante a los efectos adversos con respecto a comida, drogas, suplementos, productos, o productos defectos para posibilitar una retirada, una reparación, o reemplazo del producto.

Compensación Laboral o Aseguranzas: Nosotros podemos divulgar información de salud a las personas autorizadas. Podemos otorgar información medica a otros proveedores médicos, hospitales, y toda o cualquier parte de sus pagos por los servicios rendidos. Esto también incluye a los programas de aseguranzas, HMO, PPO, su empleador, y otras organizaciones o grupos de información (Ej. La Asociación de Quiroprácticos de Carolina del Norte, La Asociación Tercera de Responsabilidad, Aseguranza Med Pay, etc.) que pueden solicitar información medica, o requerir que se les asistan en obtener, distribuir, y/o rembolsar servicios por y en un extensivo necesario a cumplir con las leyes que se relacionan con la compensación laboral o otros programas similares organizados por la ley.

Salud Publica: Como requiere la ley, nosotros podemos divulgar su información medica a la salud publica o autoridades legales que son responsables por prevenir o controlar enfermedades, lesiones, o discapacidades.

Instituto Correccional: Si usted es un preso de un instituto correccional, nosotros podemos divulgar su información medica al instituto o agentes para el cuidado de su salud y el cuidado de salud de otros presos.

en forzamientos de Ley: Nosotros podemos divulgar su información medica como requiere la ley o en respuesta a una petición legal.

Agencias de Cuidado de Salud y Autoridades de Salud Publica: Si un miembro de nuestro en forzamientos de trabajo o un asociado cree que, en su mejor criterio, hemos hecho algo fuera de la ley o violado un protocolo profesional o clínico y estamos en poniendo en peligro a nuestros pacientes, trabajadores, o publico, ellos podrán darle su información medica a agencias de salud y/o autoridades de salud publica, como al Departamento de Salud.

El Departamento Federal de Salud y Servicios Humanitarios (DHHS): Bajo la ley de privacidad, nosotros podemos divulgar su información medica al DHHS como sea necesaria para que ellos determinen nuestros servicios con sus estándares.

Si tiene alguna pregunta o quisiera información adicional, usted puede contactar al Supervisor de la Oficina al 704-392-1338.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** ____/____/____

Firme del Paciente: _____

Testigo/Empleado/a de Keith Clinic: _____

**Asignación y autorización
Ajustes y Cuidados Quiroprácticos**

Al Paciente: Usted tiene el derecho como nuestro paciente de ser informado de su condición y de los procedimientos quiroprácticos recomendados por el doctor para que usted tome la mejor decisión en seguir o desistir con los tratamientos sabiendo los riesgos involucrados. Este aviso no es para asustarlo o alarmarlo; es simplemente un esfuerzo de nuestra parte para que nuestros pacientes estén bien informados y sepan si dar o no dar su consentimiento.

Yo autorizo y pido que los procedimientos recomendados, incluyendo varias formas de terapia física y rayos X, sean administrados a mi persona (o a la persona nombrada abajo, por la que soy legalmente responsable) por el Doctor Quiropráctico nombrado abajo y/o por otros Doctores licenciados o por el personal de la clínica o oficina en la cual seré tratado hoy y/o en el futuro.

He tenido la oportunidad de hablar con el Doctor Quiropráctico nombrado aquí abajo sobre mi diagnóstico, el porque de los ajustes quiroprácticos y las alternativas. Yo entiendo y se me fue informado que, en la practica de quiropráctica hay riesgos en el examen y tratamiento incluyendo, pero no limitado ha, fracturas, lesiones a los discos, ataques, dislocaciones, torceduras, y el incremento de los síntomas y del dolor. Yo no espero que el doctor sea capaz de anticipar y explicar todos estos riesgos mas otras complicaciones, aun así deseo dar mi consentimiento al doctor para ejercer el tratamiento que él considere mejor para mi, basándose en los hechos que el sabe. No se me han dado ninguna garantía o asegurando nada en concreto sobre los resultados del tratamiento.

He leído, o se me ha explicado, la autorización de arriba. He tenido la oportunidad de preguntar todas mis preocupaciones y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Firmando este acuerdo, yo autorizo el tratamiento recomendado. Este acuerdo será efectivo por todo el tiempo que dure el tratamiento para mis síntomas y por algún síntoma en el futuro.

Para que lo llene el Paciente:

Para Que lo llene el Representante
Legal del Paciente:

Escriba su Nombre

Escriba el Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Escriba el Nombre del Representante

Fecha

Firma del Representante

Fecha

Doctor Signature of Keith Clinic of Chiropractic, PA

Date Signed

Autorización Para Compartir Información de Salud

Yo autorizo que mi información de salud sea compartida y divulgada como describe aquí abajo. Entiendo que esta autorización es completamente voluntaria.

Nombre del Paciente: _____ Seguro Social o W7: _____ - _____ - _____

Dirección del Paciente: _____
Nombre de Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Persona/Organización que Proveerá la Información: _____

Dirección: _____

Persona/Organización que recibirá la Información: _____

Dirección: _____

Para el Propósito de: _____

Información Especifica de salud de la fecha de ____/____/____ a ____/____/____

- _____ Historiales Médicos Completos
- _____ Reportes de Laboratorio o Rayos X
- _____ Otros (Por favor Explique)

Almenos que este acuerdo sea revocado, la autorización se terminara en la siguiente fecha, evento, o condición _____. Si no pongo una fecha de expiración, evento o condición, esta autorización será terminada en seis meses.

Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiéndoles a los médicos participantes. Esta revocación no valdrá en cosas echas antes de mi petición.

La información usada o divulgada antes de la petición de revocación, por mi parte, no podrá ser pretejida por esta ley.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Si Firmo un Representante Legal Cual es su relación con el Paciente

Firma del Testigo