

## Registro de Paciente

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Apt/Unidad \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Casado/a  Solo/a  Viudo/a  Divorciado/a  
Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Numero de Social: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_  
Código postal \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Apt/Unidad: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer  
Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Persona Responsable de Accidente de Vehículo de Motor/ Compensación de Trabajadores

Es su lesión debido a un accidente de vehículo de motor:  Sí  No

Compensación de Trabajadores  Si  No

En caso afirmativo, por favor proporcione los siguientes...

¿Nombre de la empresa responsable de su cuenta? \_\_\_\_\_

Caso de Contacto Representante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Cobertura Primaria: Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_

Cobertura secundaria: Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_

➡ Autorizo a prestaciones médicas facturadas a mi seguro a pagar el Dr. Jim A Sweeney, DC.  
Acepta responsabilidad de pago de cualquier servicio proporcionado a mí que no está cubierto por mi seguro.  
También acepto la responsabilidad por cargos que excedan o no estén cubiertos por el pago de mi seguro.  
Entiendo y asumir la responsabilidad de los gastos por los servicios prestados.  
En caso de incumplimiento en el pago de la cantidad adeudada, y si esta cuenta se pone en manos de una agencia o abogado para colección o acción legal, un cargo adicional equivalente al costo de colección, como la Agencia de cobranza, honorarios y cualesquiera gastos de corte, serán pagado por mí.  
Autorizo al Doctor a ordenar los equipos DME que estime necesario para mi recuperación, y bill dijo DME a mi compañía de seguros.  
Estoy de acuerdo en pagar todos los copagos, coaseguros y deducibles en el momento que se procesa el servicio, a menos que otros arreglos se han hecho por mí y por el Dr. Jim A Sweeney, DC.  
También autorizo a Dr. Jim A Sweeney, DC dejar información o un mensaje sobre mi tratamiento en mi buzón de voz incluyendo número teléfono o respondiendo a los dispositivos.

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o tutor*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

# Comunicados y Autorizaciones

## Información de salud del paciente y de la política de privacidad

Esta política describe la forma de información de salud del paciente (PHI) se utilizará en esta oficina y los derechos del paciente relativos a esos registros. Debes leer y consentir a esta política antes de recibir servicios. Una copia completa de la portabilidad de la información de salud y Responsabilidad Acto (HIPAA) está disponible aquí:

<http://www.cms.hhs.gov/SecurityStandard/downloads/securityproposedrule.pdf>

- 1. entiende y está de acuerdo en que esta oficina pueda utilizar su PHI para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y coordinación de la atención al paciente. El paciente se compromete a que esta oficina pueda enviar pedido IMP a payor(s) llamado por el paciente a los efectos de pago. Esta oficina será limitar la liberación de todos los PHI al mínimo necesario para recibir pagos.
- 2. el paciente tiene derecho a examinar y obtener una copia de sus registros de salud en cualquier momento y solicitar correcciones. El paciente puede solicitar para saber que se han hecho revelaciones y presenten por escrito cualquiera otra restricción en el uso de su PHI. Esta oficina no está obligada a aceptar esas restricciones.
- 3. el paciente escrito consentimiento permanecerá en efecto para mientras el paciente recibe atención en esta oficina, sin importar el paso del tiempo, a menos que el paciente disponga notificación por escrito para revocar su consentimiento. Una revocación del consentimiento no se aplica a cualquier atención previa o servicios.
- 4. esta oficina está comprometida a proteger su PHI y sus obligaciones de HIPAA: personal ha sido capacitado en el área de paciente privacidad registro y un funcionario de privacidad ha sido designado para hacer cumplir los procedimientos.
- 5. los pacientes tienen derecho a presentar una queja formal con nuestro oficial de privacidad acerca de cualquier sospecha de violaciones.
- 6. esta oficina tiene el derecho a rechazar el tratamiento si el paciente no acepta los términos de esta política.

Inicial: \_\_\_\_\_

### Consentimiento para tratamiento profesional

El paciente certifica que toda la información proporcionada a esta oficina es verdadera y correcta, a lo mejor de sus conocimientos. El paciente otorga su consentimiento a esta oficina y su personal a rendir el tratamiento según lo considere necesario el médico tratante. Si el paciente es un niño menor de edad, menores de dieciocho 18 a fecha del tratamiento, estipula por la presente que soy el tutor legal del niño y conceder mi consentimiento para el tratamiento del niño previsto en el presente. El paciente puede rechazar el tratamiento en cualquier momento.

Inicial: \_\_\_\_\_

### Consentimiento para realizar e interpretar radiografías

El paciente presta su consentimiento para la realización de radiografías según lo considere necesario el médico a cargo de esta oficina. El paciente reconoce que ciertos riesgos son asociados con los rayos x. El paciente declara que no tienen ninguna limitación conocida que prohíban la toma de radiografías. El paciente además está de acuerdo que esta oficina puede buscar fuera interpretación de las radiografías del paciente por un profesional calificado no empleado por esta oficina. El paciente acepta cargos adicionales asociados a este servicio y asigna beneficios a pagar directamente al profesional que por su tercero pagador. Los exámenes y las radiografías ya no se facturan a las compañías de seguros. El paciente acepta cualquier tarifa adicional asociada con este servicio y asigna los beneficios que se pagarán directamente a ese profesional por parte de su tercero pagador.

Inicial: \_\_\_\_\_

### No menosprecio

El paciente presta su consentimiento para no tomar ninguna acción que se piensa, o razonablemente se esperaría, dañar su reputación o la Sweeney quiropráctica o que razonablemente se espera llevar a publicidad no deseada o desfavorable a la quiropráctica de Sweeney.

Inicial: \_\_\_\_\_

### Asignación de beneficios y la liberación de registros

El paciente asigna por la presente beneficios a pagar directamente a este proveedor por todos los terceros pagadores. Esta asignación es irrevocable. La falta de cumplimentación de esta obligación será considerada un incumplimiento de contrato entre el paciente y esta oficina. El paciente autoriza a esta oficina para liberar cualquier información requerida por un tercero pagador es necesario para el reembolso de los gastos incurridos.

Inicial: \_\_\_\_\_

### Política de retorno financiera

El paciente acepta que cualquier dinero gastado en un paquete de tratamiento es un acuerdo para realizar dichas visitas. Dinero devuelto por los servicios es a discreción del médico. Cualquier dinero devuelto por los servicios queda a discreción del médico y se aplicara un cargo de \$25.

Inicial: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Consentimiento Informado

**La Naturaleza del Tratamiento Chiropráctico:** El doctor/a usara sus manos o un aparato mecánico en orden de mover tus articulaciones. Tal vez sentirá un “clic” o un “pop”, así como el ruido de cuando se trena sus nudillos o dedos, y tal vez sentirá movimiento de sus articulaciones. Varios procedimientos auxiliares, tal como paquetes calientes o fríos, estimulación muscular eléctrica, ultrasonido terapéutico o hidroterapia seca también puede ser usada.

**Riesgos Posibles:** Tal como con cualquier atención médica, complicaciones son posibles después de manipulación chiropráctica. Complicaciones pueden incluir fracturas de huesos, tensión muscular, tensión ligamentosa, dislocaciones de las articulaciones, o lesión de discos intervertebral, nervios o medula espinal. Incidente cerebrovascular podrá ocurrir sobre lesión severa a arterias del cuello. La minoría de pacientes tal vez notara rigidez o dolor después de los primeros días de tratamiento. Procedimientos auxiliares podría producir más irritación a la piel, quemaduras o complicaciones menores.

**Otras Opciones de Tratamiento:** Podrían incluir sobre el mostrador medicamentos, prescripciones de medicina, y cirugía.

**Riesgos de Permanecer sin Tratarse:** Retraso de tratamiento podría formalizar adherencias, cicatriz y otros cambios degenerativos. Estos cambios podrían reducir movilidad esquelética, y reducir ciclos de dolor crónico. Es muy probable que el retraso de su tratamiento pueda complicar la condición y hacer futura rehabilitación más difícil.

**No Garantía:** Yo entiendo que mi doctor en Sweeney Chiropractic, no puede hacer ningunas promesas o garantías sobre una cura o mejoría de mi condición. Yo entiendo que mi doctor compartirá conmigo su opinión sobre resultados potenciales de tratamiento chiropráctico para mi condición y discutirá tratamiento antes de dar mi consentimiento de tratamiento.

E leído la explicación arriba de tratamiento chiropráctico. E tenido la oportunidad de tener cualquier pregunta ser contestada a mi satisfacción. E evaluado completamente los riesgos y beneficios de cumplir el tratamiento. Yo solo/a e decidido experimentar el tratamiento requerido, y aquí declare que doy completamente mi consentimiento de tratamiento.

### PACIENTE:

_____	_____	_____
Nombre Impreso	Firma	Fecha

### TESTIGO:

_____	_____	_____
Nombre Impreso	Firma	Fecha

# Historia de Salud del Paciente

Nombre: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

**Lista de medicamentos (recetas y venta libre), vitaminas y suplementos que usted toma actualmente:**


**Usted:**

**Fuma:**  Sí  No Si por lo tanto, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

**Beber Alcohol:**  Sí  No Si Por lo Tanto, ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

**Ejercicio:**  sí  No Si Por lo Tanto, ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

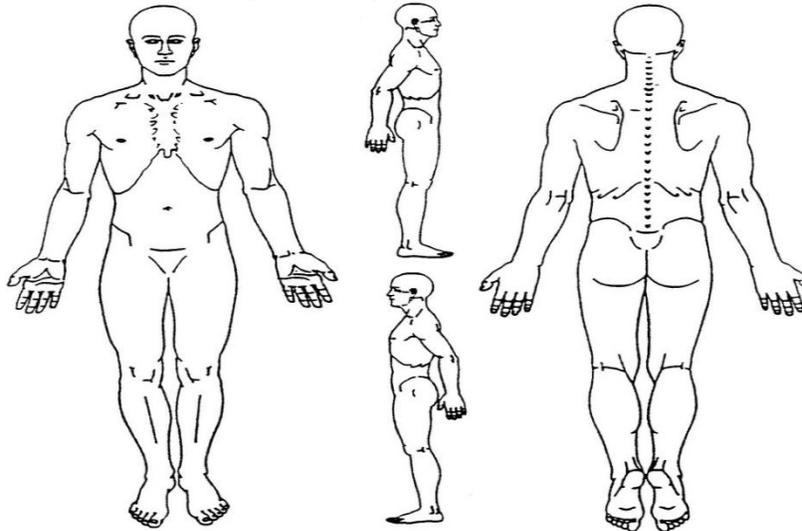
**Alergias:**  Sí  No Por Favor una Lista? \_\_\_\_\_

**¿Control de la Natalidad:**  Sí  No Cuanto? \_\_\_\_\_

Una lista de cualquier cirugías, accidentes, lesiones, implantes, cáncer, etc. \_\_\_\_\_

**Por favor marque las áreas de su queja en el diagrama a continuación con los siguientes indicadores:**

PPP = dolor NNN = entumecimiento TTT = hormigueo BBB = quema de CCC = calambres XXX = otro



**Por favor círculo si usted ha tenido alguno de los siguientes:**

Dolores de cabeza	Vacunas antialérgicas	Accidente cerebrovascular	Intento de suicidio	Fiebre escarlata	Tuberculosis
Dolor de cuello	Trastornos de la coagulación	Amigdalitis	Fiebre tifoidea	Tumores	Infecciones vaginales
Rigidez en el cuello	Cataratas	Enfermedad vascular	Tos ferina	ATM	Enfermedad del hígado
Dolor de espalda	Enfisema	Anemia	Alcoholismo	EL VIH/SIDA	Coágulos de sangre
Tensión	STD	Asma	Artritis	Bronquitis	Enfermedad del riñón
Anorexia	Hernia	Cáncer	Bulimia	Varicela	Anemia
Tumor mamario	Enfermedad del hígado	Degeneración del disco	Diabetes	Epilepsia	Dolor de muñeca o mano
Epilepsia	MS	Bocio	Glaucoma	Ataque al corazón	Entumecimiento
Gota	Nervio pellizcado	Hepatitis	Enfermedades del corazón	Presión arterial alta	Trombosis venosa profunda
Tejas	Atención psiquiátrica	Enfermedad del riñón	Colesterol alto	Migraña	Mareo
Contra el sarampión	Problemas de la tiroides	Mono	Aborto espontáneo	Osteoporosis	Zumbido en oídos
Paperas	Úlceras	Enfermedad de Parkinson	Marcapasos	Poliomielitis	Pérdida del equilibrio
Neumonía	RA	Prótesis	Problemas de la próstata	Fiebre reumática	Estreñimiento

## Formulario de Queja del Paciente Historia

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Has ido a un quiropráctico antes de:  Sí  No ¿Cómo fue tu experiencia? \_\_\_\_\_

¿Has visto cualquiera de estos reclamos? \_\_\_\_\_

¿Quién es su médico de atención primaria? ¿\_\_\_\_\_ Los podemos contactar?  Y  N

¿Está tomando algún medicamento para estos reclamos? \_\_\_\_\_

¿Quién le refirió a nuestra clínica? \_\_\_\_\_ ¿Cómo te enteraste de nosotros? \_\_\_\_\_

Principal queja/por favor describa:

\_\_\_\_\_

Fecha en que comenzó el síntoma: \_\_\_\_\_ Cómo Comenzó?: \_\_\_\_\_

Sus síntomas:  Mejorar  Consiguiendo  Peor

¿Qué aumenta los síntomas? \_\_\_\_\_ Lo que disminuye su síntoma? \_\_\_\_\_

**¿Qué actividades están limitadas por su malestar? Por favor, círculo**

Flexión	Levantarse	Lectura	De trabajo
Movimiento de intestino	De elevación	Sentado	Caminando
Tos	Acostado	Para dormir	Girar cabeza
Rutina diaria	Tirando	Estornudo	Necesidad de orinar
De conducción	Empujando	Permanente	Funcionamiento

Otro: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia experimenta este síntoma durante todo el día?  100%  75%  50%  25%  10%

Describir el dolor:  Aguda,  Embotado,  Palpitando,  Constante,  Intermitente,  Frecuencia

Se irradian en su:  Piernas  Brazo  Cabeza Tiene entumecimiento u hormigueo:  Si  No

Por favor califique su dolor/síntomas en una escala de 1 a 10 (siendo no hay síntomas de dolor y 10 es extrema 0): \_\_\_\_ / 10

Fecha aproximada de su más reciente (mes/año):

Radiografía espinal	RESONANCIA MAGNÉTICA	Análisis de sangre
Examen físico	Exploración por TAC	Pruebas del nervio

Secundaria queja/por favor describa:

\_\_\_\_\_

Fecha en que comenzó el síntoma: \_\_\_\_\_ cómo comenzó: \_\_\_\_\_

Sus síntomas:  Mejorar  consiguiendo  peor igual otros: \_\_\_\_

¿Lo que hace que el síntoma aumentar?

\_\_\_\_\_

Lo que disminuye sus síntomas? \_\_\_\_\_

**¿Qué actividades están limitadas por su malestar? Por favor, círculo**

Flexión	Levantarse	Lectura	De trabajo
Movimiento de intestino	Elevación	Sentado	Caminando
Tos	Acostado	Dormir	Girar cabeza
Rutina diaria	Tirando	Estornudo	Necesidad de orinar
De conducción	Empujando	Pie	Funcionamiento

Otro: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia experimenta este síntoma durante todo el día?  100%  75%  50%  25%  10%

Describir el dolor:  Aguda,  Embotado,  Palpitando,  Constante,  Intermitente,  Frecuencia

Se irradian en su:  Piernas  Brazo  Cabeza Tiene entumecimiento u hormigueo:  Si  No

Por favor califique su dolor/síntomas en una escala de 1 a 10 (siendo no hay síntomas de dolor y 10 es extrema 0): \_\_\_\_ / 10

Fecha aproximada de su más reciente (mes/año):

Radiografía espinal	RESONANCIA MAGNÉTICA	Análisis de sangre
Examen físico	Exploración por TAC	Pruebas del nervio

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha