

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____
(apellido)

(primer nombre) (inicial del segundo nombre)

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa (_____) _____

Teléfono celular (_____) _____

Dirección de correo electrónico _____

SS # _____ Sexo M F

Altura _____ Peso _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Ocupación _____

Empleador _____

Teléfono del trabajo (____) _____ # de hijos _____

Casado Viudo Soltero Separado Divorciado

Idioma preferido: _____

Raza: Indio americano Asiático Negro o afroamericano
 Caucásico Isleño del Pacífico Hispano / Latino Otro

Origen étnico: Hispano / Latino No hispano / latino

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Teléfono (____) _____

Relación con el paciente _____

¿Cómo se enteró de nosotros?

Facebook Amigo: _____
 Sitio web TV _____
 Remitente Médico: _____
 Seguro Otro: _____

¿Está usted bajo el cuidado de un médico en este momento? Sí No

Si es así, ¿para qué? _____

Nombre del médico: _____

Ciudad, estado: _____

Revisado por _____ Nombre del paciente _____

CESIÓN Y AUTORIZACIÓN

Entiendo y acepto que (independientemente de cualquier seguro de salud o beneficios médicos que tenga), soy responsable en última instancia de pagar a Gonzales Chiropractic (GC) el saldo adeudado en mi cuenta por los servicios profesionales prestados y los suministros pruebas o medicamentos proporcionados. Por la presente autorizo el pago de cualquier seguro de salud o beneficios del plan médico directamente a GC por los servicios médicos prestados y por los suministros, pruebas o medicamentos proporcionados. Por la presente autorizo la divulgación de cualquier estado de salud, afecciones, síntomas o información de tratamiento contenida en sus registros que sea necesaria para presentar y procesar reclamos de seguro o plan médico, para presentar apelaciones sobre reclamos denegados o parcialmente pagados, para la persecución legal de cualquier reclamaciones impagas o parcialmente pagadas, o para buscar cualquier otro recurso legal necesario en relación con las mismas. Por la presente cedo directamente a GC todos los derechos actuales y anteriores, si los hubiera, al pago y los beneficios y todos los derechos legales y otros derechos del plan de salud que yo (o mi hijo, cónyuge o dependiente menor) podamos tener bajo mi / nuestro plan de salud aplicable (s) o pólizas de seguro médico. Esta asignación incluye, pero no se limita a, una designación de que el personal de GC puede actuar en mi / nuestro nombre, como nuestro representante o representante de ERISA, en cuanto a cualquier determinación de reclamo inicial, para solicitar cualquier reclamo relevante o información del plan del plan de salud correspondiente. o aseguradora, para presentar y presentar apelaciones para obtener beneficios y / o pagos adeudados a GC como resultado de los servicios prestados por GC y la autoridad para perseguir todos y cada uno de los recursos a los que yo / nosotros podamos tener derecho, incluido el uso de acción contra el plan de salud o la aseguradora. Esta asignación y designación permanecerán en vigor a menos que se revoquen por escrito, y una fotocopia se considerará tan válida y ejecutable como el original.

POLÍTICA FINANCIERA

Nos sentimos honrados de poder servirle a usted y su familia. Esto es para informarle sobre nuestros requisitos de facturación y nuestra política financiera. Tenga en cuenta que el pago de todos los servicios vencerá en el momento en que se presten, a menos que se hayan hecho arreglos previos. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de crédito y Care Credit. Estoy de acuerdo en que si esta cuenta se deriva a una agencia o un abogado para su cobro, seré responsable de todos los costos de cobro, honorarios de abogados y costos judiciales.

AVISO DE LA LEY DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA (HIPAA)

Al firmar este acuerdo, solo reconoce que ha recibido o se le ha dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

He leído y entiendo todo lo anterior y estoy de acuerdo con estas declaraciones.

 Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

 Nombre en imprenta del paciente, padre, tutor o representante personal

 Fecha

 Fecha

HISTORIAL MÉDICO

Historia ginecológica

¿Está embarazada actualmente? Sí No

Embarazos #: _____ Fechas: _____

Partos # _____ ¿Parto natural o cesárea? _____

Menstrual: Inicio: _____ Duración: _____

¿Son regulares? Sí No ¿

Dolor asociado? Sí No

último periodo menstrual: _____

Marque todos los que se aplican a usted:

- La amenorrea pesados períodos Menopausia
 mama fibroquística histerectomía uterinos Fibroma

HISTORIA FAMILIAR

Posibles enfermedades hereditarias:

HISTORIA SOCIAL: (seleccione todas las que correspondan)

Fumar: • Fumador todos los días • Ocasional • Exfumador • Nunca fumó

Alcohol: Bebidas / semana: _____

Historia general (Marque todo lo que le corresponda)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA / VIH | <input type="checkbox"/> de glaucoma | <input type="checkbox"/> ataque de nervios |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> bocio | <input type="checkbox"/> osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Vacunas contra la alergia | <input type="checkbox"/> La gota | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Anemia | ataque <input type="checkbox"/> corazón | <input type="checkbox"/> marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> | Enfermedad <input type="checkbox"/> de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> hepatitis | <input type="checkbox"/> pellizcado nervio |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> neumonía |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hernia de disco | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos | <input type="checkbox"/> arterial alta | <input type="checkbox"/> próstata Problema |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | Presión | <input type="checkbox"/> Prótesis |
| <input type="checkbox"/> Bulto en la mama | <input type="checkbox"/> colesterol alto | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> de Hormonal | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | reemplazo | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | Terapia | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Celiacos química | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> ETS |
| Dependencia | <input type="checkbox"/> la ictericia | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> colitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Hinchazón de pies |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> cálculos renales | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | Enfermedades del hígado <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Para nsilitis |
| <input type="checkbox"/> La diverticulosis | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| Trastorno <input type="checkbox"/> Comer | <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Tumores, crecimientos |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Aborto | <input type="checkbox"/> Infecciones vaginales |
| <input type="checkbox"/> fracturas | Involuntario | <input type="checkbox"/> Tos ferina |
| <input type="checkbox"/> vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Trastorno | <input type="checkbox"/> múltiple esclerosis | _____ |

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Dosis:

(Use el reverso de la hoja si se necesita espacio adicional.)

Control de la natalidad:

Alergias a medicamentos: Alergias generales:

¿Tiene algún dispositivo quirúrgico en su cuerpo? (es decir, tornillos, pasadores, placas, etc. Sí No En caso afirmativo, ¿dónde se encuentran? _____

Historial quirúrgico anterior

NIVEL DE ACTIVIDAD

Seleccione uno de los siguientes:

- Inactivo: no hay actividad física regular con un trabajo sentado
- Actividad ligera: no hay actividad física organizada durante el tiempo libre
- Actividad moderada: ocasionalmente involucrado en actividades como golf de fin de semana, tenis, jogging, natación o ciclismo.
- Actividad pesada: levantamiento constante, subir escaleras, construcción pesada, etc. o participación regular en jogging, natación, ciclismo o deportes activos al menos tres veces por semana.
- Actividad vigorosa: participación en ejercicio físico extenso durante al menos 60 minutos por sesión, 4 o más veces por semana.

QUEJA ACTUAL

Razón de la visita? _____ ¿

Cuándo aparecieron sus síntomas? _____

¿Esta condición empeora progresivamente? Sí No Desconocido

Califique la severidad de su dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (dolor severo) _____

Tipo de dolor: Agudo Aburrido Pulsante Disparo

Adormecimiento Dolor Ardor Hormigueo Calambres Rigidez Hinchazón Otro

¿Con qué frecuencia tiene este dolor? _____

¿Es constante o aparece y desaparece? _____

¿Interfiere con su Trabajo Sueño Rutina diaria Recreación

Indique actividades que son dolorosas de realizar: Sentado De pie Caminando Agachado Acostado

¿Qué tratamiento ha recibido ya para su afección? Medicamentos Cirugía Fisioterapia

Servicios quiroprácticos Ninguno Otro _____

Nombre y dirección de otros médicos que lo han tratado por su condición:

Fecha del último: Examen físico _____ Examen de columna / radiografía _____ Trabajo de laboratorio _____

Tórax X-Ray _____ MRI, CT-Scan, Bone Scan _____

¿Su condición se debe a un accidente? Si No Fecha del accidente: _____

Tipo de accidente: Automóvil Trabajo Hogar Otro: _____ ¿

A quién le ha informado de su accidente? Seguro de automóvil Empleador Compensación laboral. Otro

Consentimiento informado

Por la presente doy mi consentimiento y solicito la realización de acupuntura, quiropráctica, servicios médicos, fisioterapia y procedimientos de pérdida de peso, incluidos ajustes, exámenes, radiografías de diagnóstico, acupuntura, láser, masajes, servicios médicos, chino medicinas a base de hierbas y suplementos nutricionales con el propósito de tratamiento, por mí o por quien soy legalmente responsable, por parte del personal clínico de Gonzales Chiropractic.

Se me ha informado que la acupuntura, la quiropráctica, los servicios médicos y la fisioterapia son métodos de tratamiento generalmente seguros, pero que, como ocurre con cualquier procedimiento de atención médica, puede haber ciertas complicaciones o efectos secundarios. Los efectos secundarios incluyen dolor, hematomas, entumecimiento u hormigueo cerca de los sitios de la punción que pueden durar algunos días y mareos o desmayos. Los riesgos inusuales incluyen, pero no se limitan a, fracturas, lesiones de disco, derrames cerebrales, dislocaciones, esguinces, punción de órganos y quemaduras. Las hierbas y los suplementos nutricionales (que provienen de fuentes vegetales, animales y minerales) se consideran tradicionalmente seguros, aunque pueden producirse posibles efectos secundarios de la ingesta de las hierbas, como malestar abdominal. La clínica utiliza agujas estériles desechables y mantiene un ambiente limpio y seguro. Notificaré a un miembro del personal que me está cuidando si estoy embarazada o me quedo embarazada.

No espero que el personal clínico pueda anticipar y explicar todos los posibles riesgos y complicaciones del tratamiento, y deseo confiar en que el personal clínico ejercerá el juicio durante el curso del tratamiento que el personal clínico piensa en ese momento, en base a los hechos conocidos en ese momento son lo mejor para mí. Entiendo que los resultados no están garantizados.

Al firmar voluntariamente a continuación, demuestro que he leído, o me han leído, el consentimiento para el tratamiento anterior. Me han informado sobre los riesgos y beneficios de la acupuntura, la quiropráctica, los servicios médicos, la fisioterapia, la pérdida de peso y otros procedimientos, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Tengo la intención de que este formulario de consentimiento cubra todo el tratamiento de mi afección actual y de cualquier afección futura para la que busque tratamiento.

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente

Tenemos muchas historias de éxito en nuestra oficina, y los pacientes desean compartir estas historias en un esfuerzo por ayudar a otros. Su imagen, testimonio escrito o video solo se compartirá con su permiso y solo estará disponible cuando USTED nos lo proporcione. Clínica de Gonzales Chiropractic todos los derechos con esta mi aprobación explícita e irrevocable para usar mi imagen, voz, etc., como capturado o editado, grabado y renderizado en varios medios de audio, visuales y escritos, para ser usado en actividades comerciales, educativas y promocionales. Clínica de Gonzales Chiropractic será propietario del 100% de los derechos, título e interés del producto resultante.

Nombre del paciente

Fecha

Política de Masajes

Tenemos una política de cancelación de 24 horas. En caso de que deba cancelar o reprogramar su masaje, debe llamar 24 horas antes de la hora de su cita. Si no se cumplen estos términos, se aplicará un cargo de \$30 y se cargará a la tarjeta de crédito que proporcionó.

Tarjeta de crédito # _____ Exp: _____

SU TARJETA DE CRÉDITO SERÁ CARGADA POR \$30 SI USTED NO SE PRESENTA!

Aceptamos y fomentamos los consejos para nuestro masajista. Estos consejos se pueden realizar en efectivo o con tarjeta de crédito.

Todas las promociones son válidas solo una vez y son solo para pacientes nuevos.

Nota:

Los masajes de 1 hora duran aproximadamente 50 minutos, se usan 10 minutos para que se desviste / vista.

Los masajes de 1/2 hora duran aproximadamente 20 minutos, se usan 10 minutos para que te desvistes / vistas.

Además, si llega tarde a su masaje, se agotará el tiempo.

Para los pacientes existentes, se aplican las tarifas regulares en efectivo:

estas tarifas no se aplican a los casos de seguros / indemnización laboral / lesiones personales.

\$80 por masaje de 1 hora (si compra un bulto de 10, obtiene 2 gratis)

\$45 por masaje de 30 minutos (si compra un bulto de 10, obtiene 2 gratis) i

Gracias por su consideración!

Firmado _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS DE UN HIJO MENOR

Yo _____,

guardian legal de _____,

Doy consentimiento para la prestación de atención, incluidos los procedimientos de diagnóstico, radiografías y tratamiento proporcionado por GONZALES CHIROPRACTIC. Reconozco que soy responsable de todos los cargos relacionados con la atención y el tratamiento durante la visita.

Firma

Fecha

Cuestionario de Rayos X: Solo para mujeres

Nuestra consulta y examen pueden indicar que las radiografías son necesarias para diagnosticar y analizar con precisión su condición. Si fueran necesarias radiografías, nos gustaría confirmar que no está embarazada en este momento.

Nombre: _____

- Existe la posibilidad de que pueda estar embarazada en este momento
- Si, definitivamente estoy embarazada
- No, definitivamente no estoy embarazada en este momento

Solicito que no se tomen radiografias porque:

Fecha del ultimo periodo menstrual: _____

Firma

Fecha