

Bienvenido a **Yen Chiropractic**

Información del Paciente

Fecha de Hoy: _____
 Nombre: _____
 Apellido: _____
 Como prefiere que le digamos: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Celular: _____
 Número de Casa: _____
 Fecha De Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Sexo: Hembra Varon
 Correo Electrónico: _____

Ocupación: _____
 Empleador/Negocio: _____

¿Cómo supo de nosotros?
 Internet Por Correo Letrero/Locación
 Referido por _____
 Otro: _____

Antecedentes Médicos

Lesiones/Cirugías que ha tenido y cuando:
 Caídas: _____
 Lesiones de Cabeza: _____
 Huesos Quebrados: _____
 Luxaciones: _____
 Otro: _____

Condicion del Paciente

Razón por la visita: _____
 ¿Cuando aparecieron los síntomas?: _____
 ¿La condición está empeorando de manera progresiva? Si No No se sabe
 Califique la severidad de su dolor del 1(casi sin dolor) al 10 (dolor severo) _____
 ¿Que tan seguido tiene dolor? _____
 ¿Es constante o viene y va? _____

Tipo de Dolor: Breve y Agudo Sordo Pulsante Adormecimiento Penetrante Otro
 Punzante Ardor Hormigueo Calambres Entumecimiento Inflamación

Interfiere con su: Trabajo Dormir Rutina Diaria Recreación
 Movimientos dolorosos al: Sentarme Pararme Caminar Agacharme Estar acostado

Lista de Medicamentos y las razones por toarlas abajo:

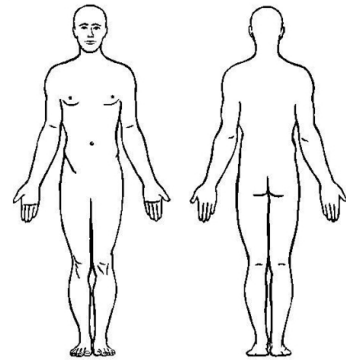
Antecedentes Médicos

Antecedentes Familiares:
 Madre: Espalda Corazón Derrame Cerebral
 Diabetes Hipertensión Arterial Cáncer
 Padre: Espalda Corazón Derrame Cerebral
 Diabetes Hipertensión Arterial Cáncer
 No. de Hermanas: _____ No. de Hermanos: _____
 Espalda Corazón Derrame Cerebral
 Diabetes Hipertensión Arterial Cáncer

Su propia lista de condiciones:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adicción al Alcohol/Las Drogas | <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Dolor de Articulaciones/Espalda |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los intestino | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Pulmones |
| <input type="checkbox"/> Huesos Quebrados | <input type="checkbox"/> Trastorno Mental |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Nuemonia |
| <input type="checkbox"/> Viruela | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas de la Próstata |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> ETS |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Tendencias Suicidas |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Ataques/Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Marque las áreas de dolor en el dibujo.



For Doctors Use Only: _____

YEN CHIROPRACTIC HIPAA PRIVACY PRACTICES, FINANCIAL POLICY, AND TERMS OF ACCEPTANCE

HIPAA

Este Aviso de Practicas de Privacidad describe como Yen Chiropractic ("nosotros") podríamos usar y divulgar su Información de Cuidado de Salud Protegida ("PHI") para llevar a cabo tratamiento, pago, u opciones de cuidado de salud, y para los propósitos que son permitidos o requeridos por ley. PHI es información acerca de usted, incluyendo información demográfica, la cual lo podría identificar o se relacione a su salud física o mental pasada, presente o futura y los servicios de cuidado de salud relacionados.

Su información de salud protegida podría ser usada y divulgada, cuando se necesite, por su Quiropráctico, nuestro personal, y otros fuera de nuestra oficina que están involucrados con su cuidado y tratamiento para los propósitos de proporcionarle servicios de cuidado de salud a usted, para pagar sus facturas de cuidado de salud, para razones de seguro o transacción de caso, y para cualquier otra razón requerida por ley. Se nos permite o hasta se nos requiere divulgar su PHI en ciertas situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: cuando se requiere por ley, informes de salud pública, para trabajar con un examinador público, en asuntos de seguridad nacional, en procedimientos de compensación al trabajador, y en otros procedimientos legales.

Nosotros le tenemos que hacer divulgaciones cuando usted las pida. Los usos y divulgaciones, aparte a esos descritos arriba, únicamente se harán con su petición escrita y su aprobación. Usted puede revocar esta aprobación en cualquier momento por escrito y también puede pedir una copia de sus formularios de autorización anteriores. Usted tiene el derecho a pedir restricciones sobre el uso de su PHI las cuales nosotros podemos negar si va a afectar su cuidado. Usted tiene el derecho de recibir una explicación de cualquier divulgación que hayamos hecho, si la hubiese, de su PHI. Usted también tiene el derecho de que su tutor legal, o a alguien al cual usted le ha dado poder medico sobre sus asuntos de salud, haga decisiones acerca de su PHI y su divulgación.

No divulgaremos su PHI a ningún individuo o compañía, sin su permiso escrito, que no pertenezca a su salud, tratamiento de cuidado de salud, o el pago de sus facturas médicas. También le llamaremos para su cita con nosotros o para cualquier otra información necesaria. Si no nos podemos comunicar con usted directamente, usted está de acuerdo en que nosotros dejemos un mensaje, ya sea en su máquina contestadora o con la persona que conteste el teléfono. Únicamente diremos nuestro nombre y número, no revelando ninguna información más en el mensaje. Se nos requiere por ley conservar la privacidad de, y proporcionarle a cada paciente este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a PHI. Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados, le urgimos que se comunique con un Oficial de Cumplimiento con HIPAA, y nosotros no tomaremos represalias en contra de usted por ejercer esos derechos.

Financiero

El pago por los servicios tiene que hacerse en el momento en que los servicios se proporcionen salvo que nuestro personal haya aprobado otros arreglos de pago por adelantado. Aceptamos efectivo, cheques (con una identificación válida y vigente) Visa, Master Card, American Express, y Discover. No aceptamos ni facturamos a ningún seguro con excepción de Med Pay. Su seguro de cuidado de salud personal es un contrato entre usted, su empleador, y su compañía de seguro. Nosotros no somos parte de ese contrato, y con mucho gusto le proporcionaremos la información necesaria para que usted presente su propio reclamo de seguro. Los beneficiarios de Medicare tendrán que repasar un formulario de ABN separado para hacer una decisión informada acerca de recibir cuidado o no en esta oficina como nosotros no facturamos a Medicare, y Medicare no paga por cuidado de mantenimiento ni de bienestar. Si un beneficiario de Medicare recientemente ha sostenido una lesión aguda, una que podría involucrar un reclamo de seguro activo, él/ella será referido a otra instalación de cuidado de salud.

Los balances más viejos de 30 días podrían estar sujetos a cuotas de colección y cargos de interés adicionales de uno y medio por ciento (1.5%) por mes. Los cheques devueltos o cancelados están sujetos a una cuota de cheque devuelto de \$25.00. También podrían haber cargos por citas perdidas y citas canceladas sin aviso previo de 24 horas. Si usted tiene alguna pregunta acerca de la información de arriba o tiene alguna incertidumbre en cuanto a la cobertura de su seguro, POR FAVOR no dude en preguntarnos. Estamos aquí para ayudarle.

TÉRMINOS DE ACEPTACIÓN PARA YEN CHIROPRACTIC

Cuando un paciente busca cuidado de salud Quiropráctica y aceptamos al paciente para dicho cuidado, es esencial para ambos trabajar por el mismo objetivo. La Quiropráctica únicamente tiene una meta. Es importante que cada paciente entienda tanto el objetivo y el método que será usado para obtenerlo. Esto evitará cualquier confusión o insatisfacción.

AJUSTE

Un Ajuste es la aplicación específica de fuerzas que facilita la corrección de la subluxación vertebral del cuerpo. Nuestro método de corrección Quiropráctica es por medio de ajustes manuales específicos de la columna vertebral. En Yen Chiropractic su ajuste será una ajuste de columna vertebral completo.

SALUD Y BIENESTAR

Esto significa que usted está en un estado de salud física, mental, y bienestar social optimo, no únicamente la ausencia de enfermedad o mal.

SUBLUXACIÓN VERTEBRAL

Un mal alineamiento de uno o más de las 24 vértebras en la columna vertebral que cause la alteración de la función nerviosa e interferencia a la transmisión de impulsos mentales, resultando en la reducción de la habilidad innata del cuerpo de expresar su potencial de salud máxima.

No ofrecemos diagnosticar ni tratar ninguna enfermedad o condición aparte de la subluxación vertebral. Sin embargo, si durante el curso de la examinación espinal Quiropráctica, hacemos hallazgos no Quiroprácticos o inusuales específicamente, le recomendamos que usted busque los servicios de un proveedor de cuidado de salud que se especialice en esa área.

Sin importar cómo se llame la enfermedad, no ofrecemos tratarla, ni ofrecemos consejería en cuando a los tratamientos proporcionados por terceros. Nuestra única práctica es eliminar una interferencia mayor a la expresión de la sabiduría y la sanación innata del cuerpo. Nuestro método es específicamente ajustar la columna vertebral para corregir subluxaciones vertebrales.

Todas las preguntas relacionadas a los objetivos del doctor en cuanto a mi cuidado en esta oficina han sido contestadas a mi satisfacción completa. Por lo tanto, yo acepto cuidado de mantenimiento Quiropráctico sobre estas bases. La firma abajo únicamente es el reconocimiento de que usted ha leído y entendido nuestra HIPAA, Política Financiera, y Términos de Aceptación. Su firma también constituye su permiso para que Yen Chiropractic se comunique con usted con información por medio de correo postal, correo electrónico, fax, y teléfono.

Yen Chiropractic está en cumplimiento con las leyes de derechos civiles Federales y no discrimina a base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Yen Chiropractic no excluye a gente ni la trata diferente por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo; proporciona ayudas y servicios gratuitos a gente con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como intérpretes del lenguaje de señas o información escrita en otros formatos (p.e. imprenta grande o formato de audio); y también proporciona servicios de lenguaje gratuitos a gente cuyo idioma principal no es el inglés, tal como un intérprete o materiales escritos en otro idioma. Más información está disponible en el aviso de Yen Chiropractic de No Discriminación y Accesibilidad.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-702-685-8776

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-702-685-8776

Nombre _____ Firma: _____ Fecha: _____

Tutor legal si es menor de 18 años _____ Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento Informado de Quiropractica para el Tratamiento

Por la presente solicito y consiento a la realización de procedimientos quiroprácticos, incluidas diversas formas de terapia física o fisioterapia, radiografías de diagnóstico y cualquier terapia de apoyo en mí (o en el paciente indicado más abajo, del cual soy legalmente responsable) por parte del doctor en quiropráctica indicado a continuación u otros doctores en quiropráctica con licencia y personal de apoyo que me puedan tratar ahora o en el futuro estando empleados por, trabajando o asociados con, o actuando como respaldo para, el doctor en quiropráctica abajo nombrado, incluyendo a los que trabajan en la clínica o consultorio abajo indicados o en cualquier otro consultorio o clínica, sean o no signatarios de este formulario.

He tenido oportunidad de conversar con el doctor en quiropráctica abajo nombrado o con otros miembros del personal del consultorio o la clínica acerca de la naturaleza y finalidad de los ajustes y procedimientos quiroprácticos.

Entiendo que los ajustes quiroprácticos y el tratamiento de apoyo están diseñados para reducir o corregir subluxaciones, permitiendo que el cuerpo vuelva a una mejor salud. También pueden aliviar ciertos síntomas a través de una aproximación conservadora con la esperanza de evitar procedimientos más invasivos. No obstante, entiendo y se me ha informado de que, al igual que ocurre con todos los tratamientos de cuidado de la salud, los resultados no están garantizados y no hay ninguna promesa de cura. Además, entiendo y estoy informado de que, como ocurre con todos los tratamientos de atención a la salud, en la práctica de la quiropráctica hay algunos riesgos en el tratamiento, incluyendo, entre otros, espasmos musculares por periodos cortos de tiempo, agravamiento o aumento temporal en los síntomas, falta de mejoría de los síntomas, quemaduras por las lámparas de calor, hielo o aparatos de calefacción; fracturas, lesiones discales, accidentes cerebrovasculares, dislocaciones y esguinces. No espero que el médico pueda prever y explicar todos los posibles riesgos y complicaciones del tratamiento, y quiero confiar en el médico para que ejercite su criterio durante el curso del procedimiento que considere en el momento y con los hechos entonces conocidos, que sea lo mejor para mí.

Entiendo además que hay opciones de tratamiento disponibles para mi afección distintas de los procedimientos quiroprácticos. Estas opciones de tratamiento incluyen, entre otras, analgésicos autoadministrados de venta libre y descanso; atención médica con medicamentos que requieren receta, como antiinflamatorios, relajantes musculares y analgésicos; fisioterapia, inyecciones de esteroides, abrazaderas y cirugía. Entiendo y se me ha informado que tengo derecho a una segunda opinión y a obtener otras opiniones si tengo preocupaciones acerca de la naturaleza de mis síntomas y opciones de tratamiento.

Entiendo que todos los pagos por tratamientos son definitivos y no se emitirán reembolsos. No obstante, los honorarios prorrateados por tratamientos prepagados no utilizados se reembolsarán si deseo cancelar el tratamiento.

He leído o se me ha leído el consentimiento anterior. También he tenido oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido, y al firmar abajo acepto los procedimientos arriba señalados. Es mi objetivo que este consentimiento cubra todo el curso del tratamiento de mi afección actual y de cualquier afección futura por la cual solicite tratamiento.

Nombre del Quiropractico: _____ Daniel Yen, D.C. _____

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Tutor legal si es menor de 18 años: _____ Firma: _____ Fecha: _____