

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Numero de Telefono (Celular) \_\_\_\_\_ (Casa) \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Genero \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ # de Licencia \_\_\_\_\_

Fecha de su ultimo Examen Fisico \_\_\_\_\_ Medico de Familia \_\_\_\_\_

Nombre de Pareja \_\_\_\_\_ # de Telefono \_\_\_\_\_

Empleadora \_\_\_\_\_ Direccion de Empleado \_\_\_\_\_

Fue referido a esta oficina:  Google  Yelp  Compana de seguros

Otro Doctor - Quien? \_\_\_\_\_  Amigo/Familia - Quien? \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE SEGURO

Please check the following insurance you will be using in our office:

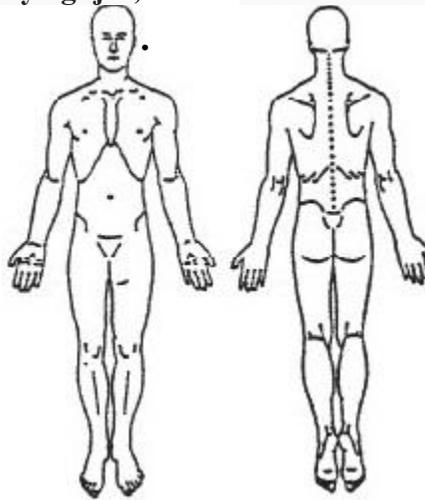
No Seguro  Seguro de Salud  Seguro de Carro (Accidente de carro)

Relacion del Paciente con el seguro:  Yo mismo  Esposo/sa  Hijo  Otro

**En el diagrama a continuación, marque el área(s) dónde se encuentran su dolor / síntomas usando los siguientes símbolos: "X" = Dolor, /// = Alfileres y agujas, "O" = entumecimiento, ^^^ = dolor punzante**

ENUMERE TODAS LAS AREAS DE DOLOR

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_



Frecuencia del dolor:  Constante  Encendido y Apagado

Si fue un accidente automovilístico, ¿cuál fue la fecha del accidente? \_\_\_\_\_

Usted ha tenido este problema antes? Por favor explique si la respuesta es si: \_\_\_\_\_

Como comenzo el problema que tiene ahora?Que lo causo? Fecha \_\_\_\_\_

Que causa mas dolor? \_\_\_\_\_

Que le ayuda a tener menos dolor? \_\_\_\_\_

Toser o estornudar aumenta el dolor?  Si  No

cualquier problema actual de intestino o vejiga?  Si  No En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

Cuál es tu ocupación? \_\_\_\_\_

Que actividades físicas requiere? \_\_\_\_\_

Provea con las lista dedoctoresque ha visto en cuanto a este problema:

	Nombre del Doctor	Diagnostico	Tratamiento	Fecha
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____

Provea con una lista de accidente, caídas o huesos con fractura:

	Tipo de accidente	Diagnostico	Fecha del accidente
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____

Provea con la lista de cirugias que ha tenido durante su vida:

	Tipo de cirugia	Razon	Fecha de cirugia
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____

Provea lista de medicamentos que esta tomando para este dolor, y otro tipo de medicamento que toma?:

	Nombre del medicamento	Razon para medicina	Nombre del doctor	Le ayuda?
1.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Tiene historia medica de cancer?  Si  No En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

Si femenina,al firmar esta aplicacion, yo confirm, con el mejor de mi conocimiento, que no hay sospecha o confirmacion de que estoy embarazada.

Si yo recibo tratamiento, yo autorizo y doy permiso a la clinica de administrar cuidado y tratamiento tanto como consideren necesario.

Las reglas entre el seguro de salud y accidente son arreglos entre el seguro y el paciente las cuales son disenadas para balancear el total del largo costo.Esta oficina puede preparar cualquier reporte o/y forma necesario para asistir en las coleccion de la compania de seguro. Cualquier cantidad pagada a esta oficina se le acredita a la cuenta del paciente. Debe entenderse que todos los servicios dado en esta oficina son directamente cargados al paciente, quien es personalmente responsable de los pagos. Se esperan recibir los pagos el mismo dia de la visita, a menos que se halla confirmado y hechos arreglos con su seguro de salud y asignado por nuestra officina.

Patient of Legal Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## HIPAA HEALTH CARE AUTHORIZATION FORM

**Nombre Del Paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Paciente identificado anteriormente autoriza Duluth Chiropractic and Wellness Center usar y / o divulgar información médica protegida con lo siguiente:**

### AUTORIZACIONES ESPECÍFICAS

\_\_\_\_\_ Doy permiso a Duluth Chiropractic and Wellness Center para usar mi dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, y registros clínicos para contactarme con recordatorios de citas, notificación de cita perdida, tarjetas de cumpleaños, tarjetas relacionadas con las vacaciones, información sobre alternativas de tratamiento u otra información relacionada con la salud.

\_\_\_\_\_ If Duluth Chiropractic and Wellness Center contacts me by telephone, I give them permission to leave a telephone message on my answering machine or voicemail.

### OPEN ROOM AUTHORIZATION

\_\_\_\_\_ Doy Duluth Chiropractic and Wellness Center permiso para tratarme en una habitación abierta donde otros pacientes también están siendo tratados. Soy consciente de que otras personas en la oficina pueden escuchar parte de mi información médica protegida durante el curso de mi atención. Si necesito hablar con el médico en cualquier momento en privado, él proporcionará una sala para estas conversaciones.

\_\_\_\_\_ Al firmar este formulario, doy permiso al Centro de Bienestar y Quiropráctica de Duluth para usar y divulgar información médica protegida de acuerdo con las directivas enumeradas anteriormente.

### EXPIRATION

Esta autorización vencerá cuando el paciente lo solicite por escrito.

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del paciente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

## EN DERECHO A REVOCAR HIPAA AUTORIZACIÓN

Tiene derecho a revocar esta AUTORIZACIÓN, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, su solicitud por escrito para revocar esta AUTORIZACIÓN no es efectiva en la medida en que hayamos brindado servicios o tomado acción en base a su autorización.

Puede revocar esta AUTORIZACIÓN enviando por correo o entregando personalmente un aviso por escrito al Privacy Official of Duluth Chiropractic and Wellness Center. El aviso escrito debe contener la siguiente información:

- Tu nombre, número de seguro social y fecha de nacimiento
- Una declaración clara de su intención de revocar esta AUTORIZACIÓN
- La fecha de su solicitud
- Tu firma

La revocación no es efectiva hasta que sea recibida por el Privacy Official.

Esta AUTORIZACIÓN es solicitada por Duluth Chiropractic and Wellness Center para su propio uso / divulgación de Información de salud protegida. *(Se aplican los estándares mínimos necesarios)*

Tiene derecho a negarse a firmar esta AUTORIZACIÓN. Si se niega a firmar esta AUTORIZACIÓN, Duluth Chiropractic and Wellness Center no se negará a proporcionar tratamiento.

Tiene derecho a inspeccionar o copiar el Información de salud protegida para ser usado / divulgado.

**\*\* Se le proporcionará una copia de la autorización firmada\*\***

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del paciente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante

Descripción de la autoridad del representante para actuar en nombre del paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Testigo

## POLÍTICA DE OFICINA

Gracias por confiarnos tu salud. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Comprender las políticas y tarifas de nuestra oficina es esencial.

**Escriba sus iniciales en cualquiera de las siguientes opciones que se apliquen a sus visitas con nosotros:**

\_\_\_\_\_ **Tengo seguro de salud.** Aceptamos muchas de las principales compañías de seguros médicos. Usted es responsable del pago de su deducible, copago o coseguro en todas las visitas, así como de todas y cada una de las tarifas asociadas con el cobro de estos pagos. Cualquier procedimiento considerado por el seguro como "no cubierto / responsabilidad del paciente" se le puede facturar. Nosotros aceptamos **CASH/CHECK/MASTERCARD and VISA**

\_\_\_\_\_ **Tengo ahorros de salud que usaré para pagar mi atención.** FSA/HRA/HSA cuentas de reembolso: Fondos disponible: \$ \_\_\_\_\_. Informe a nuestro personal si tiene una tarjeta de débito o cheques emitidos por el plan, o si los pagos nos llegan directamente desde su plan. Si el plan es responsable de enviarnos los pagos de estos fondos, es posible que se le solicite que deje una tarjeta de crédito registrada con nosotros en caso de que se agote el monto disponible antes de que se pueda liquidar su deducible, copago o coseguro.

\_\_\_\_\_ **He estado en un accidente automovilístico. Fecha del accidente** \_\_\_\_\_. Si estuvo involucrado en un accidente automovilístico, debemos tener copias de su tarjeta de seguro de automóvil (para verificar la cobertura de pagos médicos), informe policial y la información de la parte culpable, incluido el número de reclamación y el nombre del ajustador. La cobertura de pagos médicos (si su póliza la incluye) se considera el pagador principal. NO facturamos a las compañías de seguros médicos, ya que esperan el reembolso de los fondos de nuestros pacientes por los servicios prestados, por lo que es nuestra política no aceptar seguros médicos para accidentes automovilísticos.

\_\_\_\_\_ **No tengo seguro medico.** Seré considerado un paciente de pago por cuenta propia.

A continuación se muestra una lista de nuestras tarifas estándar de quiropráctica:

Exámenes.....	\$200-\$375
Rayos X (incluyendo análisis de diagnóstico radiográfico.....)	\$130-\$250
Manipulación espinal.....	\$75-\$80
Terapias (incluye: hielo, láser, percusor).....	\$45-\$75
No-Presentarse (a cobrar debido a la cancelación sin previo aviso/no presentación)	\$15-\$20

Como se mencionó, es posible que el seguro no cubra algunos de los cargos enumerados anteriormente. Los cargos por estos servicios, si se le brindan durante su visita, pueden ser su responsabilidad. Al firmar este formulario, reconoce que comprende las políticas que se describen aquí. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en preguntar.

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Witness

\_\_\_\_\_  
Date

## POLÍTICA DE LLEGADA TARDE

Si es un paciente establecido y llega a su cita programada 10 minutos o más tarde, Es probable que se le solicite que re programe su cita, a menos que el horario del médico aún pueda adaptarse a usted. Se dará prioridad a los pacientes que lleguen a tiempo y es posible que tenga que trabajar entre esos pacientes. Esto puede significar que tendrá que esperar un tiempo en la clínica. Si esto no es conveniente para usted, puede optar por reprogramar. Nuestro objetivo siempre es ver a todos nuestros pacientes lo más cerca posible de la hora de su cita.

Además, si es un paciente nuevo y llega a la hora programada de la cita y no 15 minutos antes de su cita para completar el papeleo necesario según lo solicitado por nuestro personal de recepción, o no ha completado nuestra documentación de registro, es posible que también se le pida que re programe.

## CITA PERDIDA O “NO PRESENTARSE” POLÍTICA

Si bien hacemos todo lo posible para proporcionar nuestro sistema de recordatorio de mensajes de texto 24 horas antes de su cita, entonces se convierte en su responsabilidad recordar esa cita. **Si no se presenta o llama para reprogramar su cita, aplicaremos la siguiente regla:**

- Llegar tarde puede requerir que lo vea otro médico que el programado originalmente
- **1ra** infracción te avisaremos
- **Segunda** infracción, se le cobrará una tarifa de cita perdida de \$ 15
- **Tercera** infracción, la tarifa aumentará a \$ 20 y se cobrará antes de su próxima visita.

Le pedimos que sea cortés con el valioso tiempo y atención de los médicos. Esta cortesía también se brindará al personal de la oficina, así como a sus compañeros pacientes.

**GRACIAS**

---

**Firma del paciente**

---

**Fecha**