

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____

N°. de Seguro Social _____

Dirección _____

Apartamento/Suite _____

Ciudad Estado Código Postal _____

Sexo Edad Fecha de Nacimiento _____

Estado Civil (marque uno con un círculo)

Casado Viudo Soltero Divorciado Separado

Etnia: (marque uno con un círculo) Hispano No hispano

Raza: (marque uno con un círculo) Blanco Negro

Asiático o isleño del Pacífico Nativo Americano Multirracial

Hispano Otro

Idioma preferido: _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Correo electrónico _____

Teléfono móvil (_____) _____

Teléfono del trabajo (_____) _____

Teléfono de casa (_____) _____

Ocupación _____

Empleador/Escuela del Paciente _____

Dirección del Empleador/Escuela _____

Teléfono de la escuela/Empleador _____

EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTE A:

Nombre _____

Relación _____

Teléfono principal (_____) _____

Correo electrónico _____

INFORMACIÓN DE ACCIDENTE

¿Se debe su condición a un accidente?

Fecha del accidente _____

Tipo de Accidente: Auto Trabajo Casa Otro

¿A quién le ha hecho un informe de su accidente?

Seguro de auto _____

Empleador _____

Seguro de compensación del trabajador _____

Otro _____

Nombre del abogado (si corresponde) _____

¡Bienvenido a nuestro consultorio!

SEGURO

Nombre del Suscriptor _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor _____

Relación con el Paciente _____

Compañía de Seguros _____

Dirección _____

N°. de Teléfono _____

N°. de Grupo _____

N°. de póliza _____

¿Tiene algún otro seguro? _____

ASIGNACIÓN Y DIVULGACIÓN

Certifico que yo, y/o mi(s) dependiente(s), tenemos cobertura de seguro y asigno directamente a Matthew W. Ford, DC todos los beneficios del seguro, si los hubiera, pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros.

El médico mencionado anteriormente puede divulgar mi información de atención médica a la(s) compañía(s) de seguros mencionada(s) y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Este consentimiento estará

Firma del paciente, padre, tutor o agente

Escriba el nombre del firmante en letra imprenta

Fecha Relación con el Paciente

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Estamos legalmente obligados a informarle lo siguiente.

Un doctor en quiropráctica realiza un análisis clínico con el propósito expreso de identificar evidencia de *Complejo de subluxación vertebral* (o simplemente *Subluxación*). Aunque los quiroprácticos son expertos en este tipo de diagnóstico, no son especialistas en medicina interna. Sólo proporcionan ajustes para corregir la *Subluxación, que causa la alteración de la función nerviosa y la interferencia en la transmisión de los impulsos mentales, lo que da como resultado la incapacidad del cuerpo para expresar su máximo potencial de salud.*

En esta oficina no ofrecemos diagnosticar ni tratar ninguna afección o enfermedad que no sea la Subluxación. Si durante el curso de nuestro examen encontramos hallazgos inusuales, se lo informaremos. Si desea asesoramiento, diagnóstico o tratamiento para esos hallazgos, le recomendaremos que busque los servicios de un proveedor de atención médica que se especialice en esa área. Trabajamos con muchos otros especialistas a quienes podemos recomendarle.

También debemos informarle que a lo largo de los años se han registrado pocos incidentes de lesiones en la arteria vertebral durante el curso de los ajustes del cuello. Otros riesgos leves con el tratamiento incluyen distensiones musculares y lesiones de disco. Estas lesiones son MUY RARAS (1 en cada 1 a 1.5 millones de ajustes). Con estos incidentes se anticipa una recuperación total. *Se realizan pruebas diagnósticas para minimizar cualquier riesgo.*

He leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores

Firma del paciente, padre, tutor o agente

Fecha

CONDICIÓN DEL PACIENTE |

Marque con una X en la imagen a la derecha donde sigue teniendo **ALGÚN** síntoma

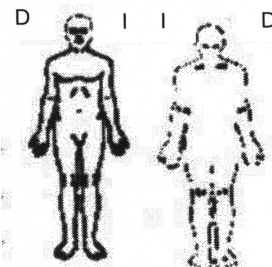
En una escala de 0 (sin dolor) a 10 (peor dolor imaginable), ¿qué tan graves son sus síntomas? _____

Describa sus síntomas: _____

¿Cuándo aparecieron sus síntomas? _____

¿Cómo afectan los síntomas a sus actividades diarias? _____

¿Hay algo que alivie los síntomas? _____



FRENTE

ATRÁS

HISTORIA CLÍNICA

¿Qué tratamiento ha recibido ya para ESTA afección? _____

Nombre y dirección de otros médicos que lo han tratado por ESTA afección: _____

¿Le han dado alguna vez antes atención quiropráctica? _____ ¿Cuánto tiempo ha pasado? _____

Por favor, marque con un círculo cualquiera de las siguientes opciones que tenga o haya tenido en el pasado:

SIDA/VIH	Varicela	Colesterol alto	Pinzamiento del nervio
Alcoholismo/Adicción	Diabetes	Insuficiencia renal	Artritis Reumatoidea
Vacunas contra la alergia	Protuberancia de	Insuficiencia hepática	Accidente cerebrovascular
Anemia	disco/Hernia	Lupus	Tuberculosis
Artritis	Epilepsia	Migrañas	Úlceras
Asma	Gota	Mononucleosis	Infecciones vaginales
Bulto en el pecho	Enfermedad cardíaca	Osteoporosis	_____
Cáncer	Hepatitis	Marcapasos	_____
	Hernia		

Marque con un círculo cualquiera de las opciones siguientes de **CIRUGÍAS O PROCEDIMIENTOS** que haya tenido:

Cadera	Cuello	Mano/túnel carpiano	Inyecciones epidurales/esteroides
Rodilla	Parte lumbar	Histerectomía	Otro
Pie	Hombro	Abdominal/pérdida de peso	_____

Medicamentos:

Alergias:

Vitaminas/Hierbas/Minerales:

EJERCICIO

Ninguno
Moderado
Diario
Pesado

ACTIVIDAD DE TRABAJO

Sentado
De pie
Trabajo ligero
Trabajo pesado

HÁBITOS

Fuma: _____ Nunca _____ Dejó de fumar (Fecha: _____)
_____ Actual (Paquetes por día: _____)
Alcohol: _____ Bebidas por semana
Café/Soda: _____ Tazas/Latas por día

Nombre del paciente: _____

Nuestra política consiste en brindarle a usted la cortesía de permitirle asignar los beneficios de su seguro directamente a nosotros. Esta política reduce sus gastos de bolsillo y le permite colocar a su familia bajo cuidado. Hemos establecido un programa de tarifas únicas que se aplica a todos los pacientes por cada servicio prestado, en un esfuerzo por mantener el cumplimiento de varias regulaciones estatales y federales, la atención administrada y los acuerdos de proveedores preferidos, así como las pautas de facturación y codificación. Los descuentos solo se pueden otorgar en las siguientes circunstancias:

1. Somos un proveedor que participa en su plan de salud.
2. Usted está cubierto por un programa estatal o federal con un programa de tarifas obligatorio.
3. Usted es miembro de ChiroHealth USA (CHUSA) o de cualquier otra Organización de Planes Médicos con Descuento (DMPO por sus siglas en inglés) a la que podamos afiliarnos. CHUSA es una excelente opción para pacientes sin seguro, beneficios de seguro limitados o deducibles altos. (CHUSA NO es un seguro y en la mayoría de los casos no se puede usar al mismo tiempo que el seguro)

A continuación se presentan las opciones de pago disponibles:

1. Pago por adelantado por un descuento de hasta el 20 %. (NOTA: este descuento no está disponible para Medicare, otros planes de salud financiados con fondos federales y algunos otros planes de salud debido a restricciones de contrato).
2. Pagos mensuales mutuamente acordados con una tarjeta de débito/tarjeta de crédito/cuenta corriente en el archivo que se cobrará a la hora acordada.
3. Pago total al momento del servicio. (NOTA: esto es sencillo para los pacientes que pagan en efectivo, pero resulta difícil para los pacientes que tienen seguros debido a la multitud de planes de seguros y precios.)
4. Pago después de los procesos de seguro. Aquí es donde un paciente DEBE tener una tarjeta de beneficios/HSA, tarjeta de crédito, tarjeta de débito o cuenta corriente REGISTRADA. Una vez que se procese el seguro, se registrará la tarjeta en el archivo. Haremos todo lo posible para darle un estimado del cargo esperado si se lo solicita en la fecha de servicio. Tenga en cuenta que nunca podemos planear ser 100 % correctos cuando una compañía de seguros esté procesando sus reclamos.

Pago inicial de la visita: Debido al tratamiento individualizado ofrecido y a la multitud de planes de seguro, nuestra política es cobrar el menor de los copagos al paciente o \$89 en la primera visita. Si el paciente tiene seguro o no es miembro de CHUSA, el saldo restante se cobrará de acuerdo con el número 4 mencionado. Si el paciente es miembro de CHUSA, su evaluación inicial, radiografías y el informe tienen un límite máximo de \$89.

Citas perdidas: Si pierde una cita programada sin dar aviso con 24 horas de anticipación, es posible que se le cobre un cargo de \$50 por cita perdida.

Nuestros honorarios son considerados usuales, tradicionales y razonables por la mayoría de las compañías, y por lo tanto están cubiertos hasta la cantidad máxima determinada por cada operador. Esta declaración no se aplica a las compañías que reembolsan en base a un plan de tarifas arbitrario que no guarda relación con el estándar de atención actual en esta área. Si su proveedor no ha pagado un reclamo dentro de los sesenta (60) días de la presentación, usted acepta participar activamente en la recuperación de su reclamo. Si su compañía de seguros no ha pagado dentro de los noventa (90) días de la presentación, usted acepta la responsabilidad del pago completo de cualquier saldo pendiente y nos autoriza a usar su tarjeta de crédito para cobrar el pago completo. Cuando su horario de visitas sea una vez al mes o más, no será elegible para la asignación del seguro. Los cargos por servicios prestados vencerán a medida que se presten. Continuaremos proporcionándole un formulario de reclamo de seguro. Si interrumpe la atención por cualquier motivo que no sea el alta del médico, todos los saldos serán inmediatamente adeudados y pagaderos en su totalidad, independientemente de cualquier reclamo presentado.

Paciente o parte responsable_____
Fecha_____
Consejero financiero_____
Fecha_____
Recepción_____
Fecha



Aclaremos los aspectos financieros de su atención para poder dirigir nuestra atención a ayudarlo a mejorar:

Citas perdidas: Si pierde su cita sin llamar para reprogramarla, es posible que agreguemos a su cuenta una tarifa por cita perdida de \$50.

Facturación y pagos: *Usted es financieramente responsable de todos los cargos en los que incurra en esta consulta. Si usted se ha lesionado en un accidente y no tiene seguro de salud personal o cobertura de pagos médicos en su seguro de automóvil, esta oficina esperará el pago hasta que se obtenga un acuerdo con un tercero, siempre y cuando la recuperación sea dentro de los SEIS MESES de la última fecha de servicio. Si usted no obtiene un acuerdo de recuperación de la(s) parte(s) responsable(s) dentro de los seis meses, o si el litigio es ineludible, se le pedirá que realice pagos mensuales. Si alguno de los cargos se envía para su cobro, se agregará una tarifa de servicio del 35 % a esos cargos.*

Se aplica automáticamente un gravamen estatal/del condado en todos los casos de lesiones personales para asegurar el pago al Dr. Ford de cualquiera o todas las partes responsables en el momento de la liquidación de los servicios que reciba. Se facturará a su cuenta en cualquier momento en que se requiera que esta oficina produzca copias de los registros médicos, envíe toda la correspondencia, es decir, correo certificado, y todos los gravámenes y costos de la corte. Antes de que esta oficina pueda otorgar un crédito para el paciente, el paciente DEBE proporcionarnos un comprobante de responsabilidad de terceros o cobertura de pagos médicos personales.

Esta oficina no negocia y no reducirá nuestros honorarios por servicios prestados para casos de lesiones personales, por lo tanto, presentaremos directamente a TODAS las compañías de seguros para asegurar el reembolso del 100 % de los servicios prestados por esta oficina. *Todos los pagos en exceso se reembolsan a la parte correspondiente cuando se le otorga el alta. Si el seguro de salud se presenta y paga, la cantidad pagada se subrogará de nuevo y no se retendrá la cancelación del proveedor.*

Poder limitado y autorización para divulgar registros médicos: Autorizo e instruyo a todas las compañías de seguros, abogados, etc. para que hagan el pago directo al Dr. Matt Ford por todo el dinero adeudado en mi cuenta. También doy permiso a Ford Chiropractic para endosar a mi nombre cheques pagaderos a ambas partes. Por la presente autorizo a Ford Chiropractic a divulgar toda la información sobre mi condición médica y el tratamiento a cualquier persona, compañía, corporación, compañía de seguros o propiedades para que el médico pueda perfeccionar el derecho de retención de su médico.

Acuerdo: A continuación se describe el acuerdo completo entre Ford Chiropractic y el paciente. He leído este acuerdo, lo entiendo y estoy de acuerdo con sus disposiciones. Puedo tener una copia de este acuerdo en cualquier momento a solicitud.

Paciente o parte responsable

Fecha

HIPAA - Aviso de Reconocimiento de Prácticas de Privacidad

_____ (Inicial) Me han proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Ford Chiropractic.

_____ (Inicial) He rechazado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Ford Chiropractic.

HIPAA - Consentimiento del Paciente para Dejar Mensajes

Para cumplir con el Reglamento de Privacidad de HIPAA, Ford Chiropractic requiere una autorización del paciente antes de dejarle mensajes detallados. Esta política es para proteger la privacidad del paciente y proteger a los médicos y al personal de Ford Chiropractic de violar la confidencialidad del paciente. Si no hay un consentimiento firmado en el archivo, los médicos y el personal únicamente dejarán su nombre y número de teléfono en un contestador automático, correo de voz o a una persona que conteste el teléfono y solicite al paciente que devuelva la llamada.

Al completar el consentimiento a continuación, está permitiendo que los médicos de Ford Chiropractic y su personal dejen un mensaje en un contestador automático, correo de voz o a una persona específica. Puede especificar qué información deja y a quién anotando la información al final de este formulario. Al firmar, también da su consentimiento para el envío por correo o por fax de cualquier resultado, solicitado por usted, a su médico de atención primaria u otro médico involucrado en su atención.

Doy mi consentimiento a los médicos y al personal de Ford Chiropractic para dejar un mensaje con respecto a los resultados de la programación, el tratamiento, la cirugía, el laboratorio o la radiología, u otra información que sea necesaria (marque todo lo que corresponda)

_____ en un contestador automático o correo de voz en casa o en un teléfono celular

_____ en un contestador automático o correo de voz en el trabajo

_____ con _____ relación _____

_____ con _____ relación _____

_____ No consiento que los mensajes se dejen en casa, en el trabajo o con cualquier otra persona. Deseo ser contactado directamente.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha

Testigo

Fecha

Notas: _____

Identificación del paciente Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Cuestionario de Accidente de Automóvil

INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE:

Por favor explique en detalle cómo ocurrió su accidente: _____

Fecha del Accidente: _____ Hora del Accidente: _____ Número de personas en el vehículo en el que estaba: _____

Dirección a la que se dirigía: _____ en _____ (calle o carretera)

¿Quedó usted inconsciente? _____ ¿Sintió dolor inmediatamente después del accidente? _____

Usted fue golpeado desde: _____ detrás _____ frente _____ lado izquierdo _____ lado derecho

¿Dónde estaba sentado? _____ ¿Llevaba puesto el cinturón de seguridad? _____

¿Dónde lo llevaron después del accidente? _____

¿Fue transportado en ambulancia? _____ ¿Consultó a un médico? _____ ¿Se le brindó algún tratamiento? _____

Nombre del médico: _____

¿Diagnóstico dado? _____

¿Cada cuánto o con qué frecuencia vio al médico? _____

¿Cuáles fueron sus recomendaciones? _____

¿Alguna vez ha tenido alguna queja en el área involucrada antes? _____

Antes del accidente, ¿era capaz de trabajar en igualdad de condiciones con otras personas de su edad? _____

¿Sus actividades laborales están restringidas como resultado del accidente? _____

¿Desde el accidente, sus síntomas están mejorando, empeorando o no han cambiado? _____

INFORMACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Conductor del otro vehículo (si existe): _____

Su Compañía de Seguros: _____

Dirección y Número de Teléfono de la Compañía de Seguro: _____

N° de Póliza: _____

Reclamo n°.: _____

Nombre de la persona que se contactó con usted: _____

Nombre del conductor del vehículo en el que resultó lesionado (propio o de otro): _____

Compañía de Seguros: _____

Dirección y Número de Teléfono de la Compañía de Seguro: _____

N° de Póliza: _____

Reclamo n°.: _____

Nombre de la persona que se contactó con usted: _____

¿Ha contratado a un abogado? _____ Si es así, nombre del abogado: _____

Dirección y número de teléfono del abogado: _____

Identificación del paciente _____ Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Cuestionario de Compensación de Trabajadores

INFORMACIÓN DE LA LESIÓN:

¿Cuál es su ocupación/cargo en el trabajo? _____

¿En qué tipo de trabajo está involucrado? _____

Por favor explique en detalle cómo ocurrió su lesión: _____

Fecha de la Lesión: _____ Hora de la lesión: _____ ¿Regresó al trabajo? _____

¿Dónde sintió dolor inmediatamente después del accidente? _____

¿Ha consultado a otro médico? _____

¿Lo envió su empleador a otro médico? _____

Nombre del médico: _____

¿Cuál fue el diagnóstico? _____

¿Cada cuánto o con qué frecuencia vio al médico? _____

¿Cuáles fueron sus recomendaciones? _____

¿Perdió horas de trabajo? _____

¿Qué medicamentos está tomando actualmente? _____

¿Alguna otra enfermedad o lesión afecta su empleo? _____

Si es así, explique: _____

En su trabajo, ¿tiene que favorecer alguna parte de su cuerpo? _____

Si es así, explique: _____

¿Ha tenido alguna vez un reclamo de Indemnización por Accidentes de Trabajo? _____

Antes de la lesión, ¿era capaz o trabajaba en igualdad de condiciones con otras personas de su edad? _____

¿Sus actividades laborales están restringidas como resultado de este accidente? _____

Desde la lesión, ¿sus síntomas mejoran, empeoran o no cambian? _____

¿Ha contratado a un abogado? _____ Si es así, nombre del abogado: _____

Dirección y número de teléfono del abogado: _____