

Bienvenido

Información del paciente (en letra de imprenta)

Gracias por elegir nuestra práctica para sus necesidades quiroprácticas. Por favor complete este formulario en tinta. Si tiene alguna pregunta o inquietud; no dude en pedir ayuda. Estaremos encantados de ayudarle.

Nombre _____ SS # _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código de área _____

Sexo: Femenino Masculino Eres: Menor de edad Casado Divorciado Viudo Soltero Separado

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Número de teléfono _____

Correo electrónico _____

¿Quieres un recordatorio de llamadas telefónicas? _____ ¿Estamos autorizados dejar un mensaje? _____

Su empleador _____ Ocupación _____

Persona de contacto en caso de emergencia _____ Teléfono # _____

A quién podemos agradecerle por su referencia? _____

Fecha de la lesión _____ Fecha en que comenzaron los síntomas _____

¿Esta visita de hoy es el resultado de un accidente automovil? _____ o accidente en el trabajo? _____

Información del seguro

¿Tiene seguro de salud? Sí No (en caso afirmativo, presente la tarjeta en la recepción para que podamos colocar una copia en su archivo) Si no es el suscriptor principal del seguro, proporcione el nombre del suscriptor y la fecha de nacimiento _____

¿Tiene seguro secundario? Sí No (en caso afirmativo, entregue la tarjeta a la recepción para que la copie)

Historial de salud anterior (* utilice el reverso de la página para obtener información adicional)

Fecha del último examen _____

¿Tiene antecedentes de presión arterial alta? Sí No

* ¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave, cirugía o ha sido hospitalizado? En caso afirmativo, por favor

describa la fecha y la enfermedad _____

* Lista de todos los graves traumatismos, accidentes, o lesiones _____

*está tomando suplementos, medicamentos recetados, o de venta libre? Sí No

Cuales? _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

¿Tiene alguna alergia? _____

Haga una lista de radiografías con fechas en que fueron tomadas _____

¿Ha visto a un quiropráctico anteriormente? _____ Quién / Cuándo? _____

(Solo mujeres)

¿Está embarazada? _____ En caso afirmativo, fecha de nacimiento: _____

¿Tiene algún problema con su ciclo menstrual? _____

¿Ha alcanzado la menopausia? ____ ¿Quirúrgico o fisiológico? ____ Ooforectomía? _____

¿ Ha tenido una mamografía? _____

Terapia de reemplazo hormonal? _____ Anticonceptivos? _____

Historia familiar de salud

¿Hay enfermedades, trastornos, afecciones o dolencias graves que afectan a su familia? _____

Historia personal / social

Altura _____ Peso _____

¿Cuál es su ocupación? _____ Describa sus deberes _____

¿qué ejercicio regular participa? _____

¿Qué otros intereses / pasatiempos disfruta? _____

¿Come una dieta equilibrada? _____ Describa _____

¿Cuánta agua bebe? por día? _____

¿Duerme lo suficiente? _____ Si no, ¿se debe al dolor? _____ ¿Cuántas horas? _____

¿Ha habido cambios en sus hábitos intestinales o de vejiga? _____

¿Cuántas bebidas alcohólicas consume en promedio por semana por semana? _____ ¿Fuma? _____

¿Ha habido estresores importantes en su vida últimamente? _____

¿Cómo maneja el estrés? _____ ¿Ha cambiado esto recientemente? _____

Síntomas

Motivo de esta visita _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Historia de salud (circule cualquier condición que tenga o haya tenido en el pasado):

SIDA / VIH cataratas hepatitis osteoporosis intento de suicidio Alcoholismo Dependencia Química
hernia marcapasos problemas de tiroides Varicela Hernia de Disco Parkinson Anemia Depresión
herpes nervio pellizcado Tuberculosis anorexia Diabetes Colesterol Neumonía tumores/crecimientos
Apendicitis Enfisema Enfermedad renal Polio fiebre tifoidea artritis epilepsia
enfermedad de hígado problemas de prostata úlceras asma Fracturas sarampión
Prótesis Infecciones vaginales glaucoma migraña atención psiquiátrica enfermedad venérea
Aborto Involuntario artritis reumatoide tos ferina Bronquitis gonorrea mononucleosis fiebre reumática
Hormigueo bulimia esclerosis múltiple escarlatina Fiebre Entumecimiento Debilidad muscular
Enfermedad de corazón Ansiedad cáncer(actuales o remisión) Dolores de cabeza
Dolor de espalda / cuello Dolor en los brazos / piernas Presión arterial (alta o baja)

Enumere cualquier cosa que no esté en la lista:

Autorización

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA") es un programa federal que requiere que todos los registros médicos y otra información de salud identificable individualmente utilizada o divulgada por nosotros en cualquier forma, ya sea electrónicamente, en papel u oralmente, sean mantenidos adecuadamente confidencial.

Certifico que he leído y entiendo la información anterior a lo mejor de mi conocimiento. Las preguntas anteriores han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Autorizo al quiropráctico a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen realizado a mi hijo/a o a mí mismo durante el período de dicha atención quiropráctica a terceros pagadores y / o profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente a los beneficios del seguro quiropráctico que de otra manera me serían pagados. Entiendo que mi compañía de seguros quiropráctica puede pagar menos de la factura real por los servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o en el de mis dependientes.

Firma del paciente (o padre de un menor)

Fecha

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

DECLARACIÓN DE POLÍTICAS FINANCIERAS

Boones Ferry Quiropráctica y Masaje quisiera aprovechar esta oportunidad para familiarizarse con las políticas financieras de nuestra oficina.

Asegúrese de actualizar al personal de la recepción con cualquier cambio en la dirección, los números de teléfono o la información del seguro para que la facturación se realice correctamente y de manera oportuna.

Seguro

Para aquellos de ustedes con beneficios quiroprácticos en su seguro, archivamos sus reclamos por usted. Se le cobrará según lo indique su compañía de seguros. Nuestro personal llamará y verificará sus beneficios y cobertura; Sin embargo, esto no es una garantía de pago. Su cobertura está determinada por la póliza individual asegurada y las limitaciones, en última instancia, usted será responsable del pago de los servicios que reciba.

Es nuestra política de oficina recaudar todo el dinero cuando se brindan los servicios. Si sobre estimamos la cantidad que debe, recibirá un reembolso o podremos mantener el crédito en archivo. Si debe más de lo que estimamos, se le facturará el saldo.

Los intereses se acumularán al 1.5% sobre cualquier saldo pendiente. Los intereses no se cobrarán hasta 30 días después de que se haya emitido el primer estado de cuenta. Si necesita configurar un plan de pago, requerimos una tarjeta de crédito o débito registrada, y los saldos pendientes se pagarán dentro de los 90 días.

Compensación de trabajadores / Accidente automovilístico Presentaremos

Mandaremos sus reclamos por usted; sin embargo, esto no es una garantía de pago o aceptación de su reclamo. En última instancia, será responsable del pago de los servicios que reciba. El descuento por tiempo de servicio no es aplicable para estos servicios.

Descuento: tiempo de servicio

Para pacientes sin seguro quiropráctico, ofrecemos un descuento por tiempo de servicio, que requiere el pago en el momento en que se prestan los servicios. Honramos a nuestros pacientes de la tercera edad (mayores de 65 años sin cobertura de seguro) con un descuento en su ajuste quiropráctico.

Citas canceladas

Solicitamos una notificación con 24 horas de anticipación si no puede cumplir con su cita. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de cancelación de \$ 25.00 por citas quiroprácticas perdidas, \$ 65.00 por citas de masajes de una hora y \$ 45.00 por citas de masaje perdidas de 30 minutos. _____

Cheques

cheques devueltos por el banco incurrirán en una tarifa de procesamiento de \$ 25.00.

Las políticas anteriores están diseñadas para mantener nuestra oficina funcionando de la manera más eficiente posible. Conociendo la importancia de la relación entre la salud quiropráctica y su salud general, nuestros esfuerzos están destinados a hacer que su experiencia quiropráctica no solo sea beneficiosa sino también asequible. _____

Firma

Fecha

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Boones ferry Chiropractic and Massage, PC

Ryan Nienaber DC; Jaime Medina DC
30789 SW Boones ferry rd., Suite P, Wilsonville, OR, 97070
Phone: 503-682-6778 Fax: 503-682-6744

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXAMEN Y TRATAMIENTO

Examen quiropráctico

Con el fin de proporcionar una evaluación adecuada y recomendaciones de tratamiento, un médico deberá obtener un historial médico de usted y realizar un examen. Este examen incluirá la palpación, donde el médico usa sus manos en su columna vertebral y / u otras articulaciones, y los musculos circundantes. La palpación le permite al médico evaluar la función articular y las áreas de subluxación. Su examen también puede incluir otras técnicas de evaluación, tales como: evaluar su rango de movimiento, pruebas ortopédicas y neurológicas, estudios de imágenes (como radiografías), obtener su presión arterial y otros signos vitales relevantes. Algunas partes del examen pueden provocar o agravar su dolor o síntomas. Es importante que comunique todos los síntomas al médico y le informe si alguna parte del examen le causa dolor. Se alienta a todos nuestros pacientes a hacer preguntas antes, durante y después de todos los aspectos del examen y la atención posterior.

Yo _____ (nombre impreso), doy mi consentimiento para el examen.

Tratamiento quiropráctico

Procedimiento: El ajuste o la manipulación quiropráctica es un procedimiento manual en el que el médico usa sus manos, o un instrumento, para manipular las articulaciones del cuerpo y restaurar o mejorar la función y movilidad de las articulaciones. Puede escuchar un "estallido" o "clic" audible o sentir un movimiento. El cuidado quiropráctico puede incluir cualquiera de los siguientes dependiendo de su condición: ajustes quiroprácticos de la columna vertebral u otras articulaciones, trabajo muscular manual como masaje, tracción, terapia de ultrasonido, estimulación muscular eléctrica (EMS), terapia de calor o frío, el uso de terapia de ejercicio, terapia con luz láser fría y el uso de asesoramiento nutricional y suplementos. Su médico discutirá con usted un plan de tratamiento propuesto, que a veces puede ser realizado por otros médicos en la clínica o personal capacitado.

Riesgos: la atención quiropráctica, como en la práctica de la medicina y toda la atención médica, conlleva cierto riesgo durante el examen y el tratamiento. Los pacientes pueden experimentar dolor muscular temporal, inflamación, mareos, empeoramiento de los síntomas con tratamiento, terapias o examen físico. El dolor después del tratamiento, como el siguiente ejercicio, debe resolverse dentro de las 24 a 48 horas. Si bien las posibilidades de experimentar complicaciones graves son poco frecuentes, la práctica de esta clínica es informar a nuestros pacientes sobre ellas. Estas complicaciones incluyen, entre otras, quemaduras o irritación de la piel por calor u otras terapias, esguinces / distensiones, lesiones de disco, dislocaciones o fracturas de costillas después de cualquier técnica manual. Las complicaciones más graves son extremadamente raras. La disección de la arteria vertebral se asocia con

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

muchos movimientos del cuello, incluidos los ajustes quiroprácticos de la columna cervical. La investigación actual indica que la disección de la arteria vertebral no es causada por, sino que está asociada con, el ajuste cervical. Según algunas autoridades, la asociación entre los ajustes cervicales y la disección de la arteria vertebral es de uno en un millón (1 en 1 millón). Las disecciones de la arteria vertebral pueden provocar complicaciones médicas, incluido un accidente cerebrovascular. La información adicional sobre los efectos secundarios, riesgos y complicaciones está disponible a pedido. Si tiene algún síntoma inusual después del tratamiento, debe informar inmediatamente a su médico y buscar atención.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXAMEN Y TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO

Participación del paciente: para brindarle las mejores recomendaciones y evaluar las contraindicaciones para la atención, es fundamental que nos brinde información completa y precisa sobre su historial médico, síntomas, medicamentos y cambios en la condición o síntomas. En algunos casos, es importante que coordinemos su atención con sus otros proveedores y / o lo remitamos a otros especialistas.

Alternativas: además de las terapias alternativas que ofrece esta clínica, otras opciones de tratamiento para afecciones musculoesqueléticas pueden incluir reposo, analgésicos de venta libre, medicamentos recetados, terapias de inyección, acupuntura, fisioterapia y cirugía. Cada una de estas acciones conlleva sus propios riesgos, algunos significativos, y deben discutirse en detalle con sus otros proveedores de atención médica. Permanecer sin tratamiento puede provocar la formación de adherencias y movilidad reducida, lo que puede complicar el tratamiento y la rehabilitación en el futuro.

NO FIRME A CONTINUACIÓN HASTA QUE HAYA HABLADO CON EL MÉDICO

Por la presente, reconozco que he proporcionado información completa y precisa sobre mi historial médico, medicamentos y síntomas, y notificaré a mi médico si hay algún cambio en los mismos. He discutido con el quiropráctico la evaluación de mi condición y el plan de tratamiento. Entiendo la naturaleza del tratamiento que se me brindará. He considerado los beneficios y riesgos del tratamiento, así como las alternativas al tratamiento. Entiendo que no hay garantía o garantía para una cura o resultado específico. Por la presente doy mi consentimiento total al tratamiento.

Nombre del paciente: _____ Nombre del tutor: _____

Firma del paciente o tutor _____ Fecha _____

PARQ y discusión completa con el paciente:

Nombre del médico: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Derechos del paciente

Un paciente, y / o el representante legal del paciente, tiene derecho a:

- Reciba información completa y actualizada y respuestas a preguntas sobre diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Participe en las decisiones sobre la atención y brinde el consentimiento informado para los procedimientos.
- Rechace el tratamiento y acepte las posibles consecuencias de esa decisión.
- Reciba atención considerada y respetuosa en un entorno que permita una privacidad razonable.
- Conozca la identidad y el estado profesional de las personas que prestan servicios y sepa quién tiene la responsabilidad principal de coordinar la atención.
- Haga que otra persona esté presente durante el examen y / o tratamiento.
- Espere una seguridad razonable con respecto al entorno de atención médica.
- Ser plenamente asesorado y aceptar o negarse a participar en cualquier proyecto de investigación y / o procedimientos experimentales.
- Espere que todas las comunicaciones y registros relacionados con la atención estén sujetos a la confidencialidad adecuada.
- Examinar y recibir una explicación de los cargos por los servicios prestados.
- Espere que no se le niegue atención únicamente por motivos de raza, género, origen nacional, religión o preferencia sexual.
- Expresar quejas con respecto a cualquier violación percibida de los derechos a la institución y a las agencias reguladoras apropiadas.

Responsabilidades del paciente

Un paciente, y / o el representante legal del paciente, tiene la responsabilidad de:

- Brinde información precisa y completa sobre las quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y cualquier otro asunto relacionado con su salud.
- Informe de manera oportuna cualquier nuevo incidente, trauma o cambio en el estado de salud.
- Reconozca y considere las instrucciones y recomendaciones proporcionadas por los proveedores de atención médica y / o el personal de la oficina.
- Solicite aclaraciones sobre cualquier aspecto de la atención que no se haya comprendido completamente.
- Asista a las citas programadas o notifique adecuadamente el retraso o la cancelación.
- Asegúrese de que las obligaciones financieras relacionadas con su atención médica se cumplan lo antes posible.
- Tratar a los miembros de la comunidad de atención médica con respeto y cortesía.

Firma

Fecha

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Boones ferry Chiropractic and Massage
Optimum health through alternative care
30789 SW Boones ferry rd., Suite P, Wilsonville, OR, 97070
Phone: (503)682-6778 Fax: (503) 682-6744

Reconocimiento de recibo del aviso de prácticas de privacidad

Este formulario representa la documentación que Boones Ferry Chiropractic and Massage aviso de prácticas de privacidad se le dio a los pacientes o sus representantes personales.

Al firmar este formulario, usted reconoce que recibo del Aviso de prácticas de privacidad de quiropráctica y masaje de Boones Ferry. El aviso proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Le recomendamos que revise el aviso cuidadosamente.

Reconozco recibo del Aviso de práctica de privacidad de Quiropráctica y masaje de Boones Ferry.

Firma _____ Fecha _____
(Paciente o representante personal)

Si firma como representante personal, por favor complete lo siguiente:

Nombre del padre / tutor / del representante personal: _____
Relación con el paciente: _____

Uso solamente para Boones Ferry Quiropráctica y Masaje:

____ Incapacidad para obtener el reconocimiento

Para se completará solo si no se obtiene una firma. Describa los esfuerzos realizados para obtener el reconocimiento del individuo y las razones por las cuales no se obtuvo el reconocimiento.

____ Aviso ya proporcionado ubicación: _____ Fecha: _____

Firma del representante de quiropráctica y masaje de Boones Ferry:

_____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____