

¿A quién podemos agradecer por referirlo a esta oficina? → _____

SOLICITUD DE ATENCIÓN EN DE LEON FAMILIA CHIROPRACTIC

Fecha de hoy: _____

HRN: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha de nacimiento: ___ - ___ - ____ Edad: ____ Hombre Mujer

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono hogar: _____ Teléfono móvil: _____

Estado civil: Soltero Casado Tiene seguro: Sí No Teléfono trabajo: _____

Número de seguridad social: _____ Número de Licencia de conducir: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Nombre de cónyuge _____ Empleador de de cónyuge _____

Cantidad y edades de hijos: _____

Nombre y número de contacto de emergencia: _____ Relación: _____

HISTORIAL DE QUEJA

Por favor identifique las condiciones que lo trajeron a este consultorio: Primera: _____

Segunda: _____ Tercera: _____ Cuarta: _____

En una escala del **1** al **10**, siendo **10** el peor dolor y **0** nada de dolor, califique su queja arropa **marcando el número con un círculo**:

La queja **principal** es 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

La **segunda** queja es: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Tercera queja: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Cuarta queja: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

¿Cuándo comenzaron los problemas? _____ ¿Cuándo empeoran los problemas? Mañana Tarde Noche

Madrugada ¿Cuánto duran? Es constante Lo experimento de manera intermitente durante el día

Va y viene durante la semana

¿Cómo ocurrió la lesión? _____

¿Su condición ha sido tratada por alguien? No Sí **En caso de Sí**, ¿cuándo?: _____ ¿por quién? _____

Por cuánto tiempo estuvo en tratamiento: _____ ¿Cuáles fueron los resultados? _____

Nombre de quiropráctico anterior: _____ N/A

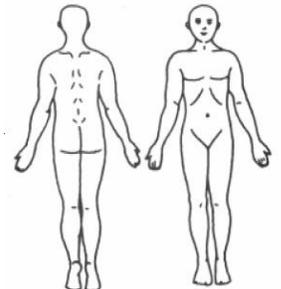
***POR FAVOR MARQUE** las áreas del diagrama con las siguientes letras para

describir sus síntomas: **I** = Irradiado **A** = Ardor **S** = Sordo **C** = Constante

E = Entumecimiento **P** = Punzante/Agudo **H** = Hormigueo

¿Qué alivia sus síntomas? _____

¿Qué los empeora? _____



ENUMERE ACTIVIDAD RESTRINGIDA:

NIVEL DE ACTIVIDAD ACTUAL

NIVEL DE ACTIVIDAD NORMAL

_____: _____
_____: _____
_____: _____
_____: _____

¿Su problema es resultado de CUALQUIER tipo de accidente? Sí, No

ANTECEDENTES

¿Ha sufrido este problema o alguno similar en el pasado? No Sí **En caso de Sí**, ¿cuántas veces? _____

¿Cuándo fue la última ocurrencia? _____ ¿Cómo ocurrió la lesión? _____

Otras formas de tratamiento intentadas: No Sí **En caso de Sí**, por favor especifique **cuál** tipo de tratamiento: _____, y quién se lo realizó: _____ **¿Hace cuánto?** _____ **¿Cómo** fueron los resultados? Favorables Desfavorables → por favor explique.

Si ha sido diagnosticado con cualquiera de las siguientes condiciones, por favor indique con una **P** las **Pasadas**, **A** las **Actuales**, y **N** las que **Nunca** ha presentado:

___Fracturas ___Dislocaciones ___Tumores ___Artritis reumatoide ___Fisuras ___Discapacidad ___Cáncer
___Infarto ___Osteoartritis ___Diabetes ___Accidente cerebrovascular ___Otras condiciones serias: _____

Identifique **TODAS** las condiciones **PASADAS** y **ACTUALES** que sienta que contribuyan con su problema actual:

	HACE CUÁNTO	TIPO DE ATENCIÓN RECIBIDA	POR PARTE DE QUIÉN
LESIONES	→		
CIRUGÍAS	→		
ENFERMEDADES NIÑEZ	→		
ENFERMEDADES ADULTEZ	→		

ANTECEDENTES SOCIALES

1. **Fumar:** cigarro puro pipa cigarrillos → ¿Frecuencia? A diario Fines de semana Ocasional Nunca

2. **Bebidas alcohólicas:** consumo ocurre → A diario Fines de semana Ocasionalmente Nunca

3. **Drogas recreativas:** A diario Fines de semana Ocasionalmente Nunca

ANTECEDENTES FAMILIARES:

1. ¿Alguien en su familia sufre el mismo problema? No Sí

En caso de sí: abuela abuelo madre padre hermana(s) hermano(s) hijo(s) hija(s)

¿Alguna vez han recibido tratamiento para su condición? No Sí No sé

2. **Cualquier** otra condición hereditaria que el médico debería conocer. No Sí: _____

Por favor enumere las **3 personas o cosas más importantes** de su vida: 1. _____ 2. _____

3. _____

Por medio de la presente autorizo a que se haga el pago directamente a **De Leon Familia Chiropractic** de todos los beneficios que puedan ser pagables bajo un plan de atención médica o por parte de cualquier otra fuente colateral. Autorizo el uso de esta solicitud o copias de la misma para el propósito de procesar quejas y efectuar pagos, y para reconocer que esta asignación de beneficios de ninguna manera me alivia de cualquier responsabilidad de pago y que seguiré haciéndome financieramente responsable con **De Leon Familia Chiropractic** para cualquiera y todos los servicios que reciba en este consultorio.

Firma de paciente o persona autorizada

_____-_____-_____
Fecha en que se completó

Firma del doctor

_____-_____-_____
Fecha de revisión de formulario

Nombre de paciente: _____

Archivo# _____

Actividades cotidianas/síntomas/medicamentos

Nombre de paciente: _____ **Archivo#** _____ **Fecha:** _____

Actividades diarias: Efectos de condiciones actuales en el desempeño

Por favor identifique cómo su condición actual está afectando su capacidad de llevar a cabo actividades que son parte rutinaria de su vida:

Flexionarse	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Concentrarse	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Trabajo en la computadora	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Jardinería	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Practicar deporte	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Actividades recreativas	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Usar pala	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Dormir	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Ver TV	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Cargar algo	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Bailar	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Vestirse	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Levantar algo	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Empujar	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Darse la vuelta	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Sentarse	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Estar de pie	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Trabajar	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Trepar	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Hacer oficios	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Manejar	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Actividad sexual	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Leer	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Correr	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Ponerse de pie	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Caminar	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo

Nombre del paciente _____ Archivo#/HRN _____ Fecha _____

Por favor marque con P lo Pasado, A lo Actual y N lo que Nunca le ha ocurrido

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Embarazo (actual) | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Problemas de próstata |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Resfriado o gripe frecuente | <input type="checkbox"/> Pérdida de equilibrio | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas digestivos | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los hombros | <input type="checkbox"/> Temblores | <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta |
| <input type="checkbox"/> Dolor en parte alta de la espalda | <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Diarrea/Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea baja |
| <input type="checkbox"/> Dolor en parte media de la espalda | <input type="checkbox"/> Dolor al toser o estornudar | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos | <input type="checkbox"/> Reflujo gástrico |
| <input type="checkbox"/> Dolor en parte baja del espalda | <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Síndrome premenstrual | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición |
| <input type="checkbox"/> Dolor en caderas | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Problemas menstruales | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Curvatura en la espalda | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Problemas de menopausia | <input type="checkbox"/> Mojar la cama |
| <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Brazos, manos, dedos entumecidos | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Problema en riñones |
| <input type="checkbox"/> Piernas, pies, dedos entumecidos | <input type="checkbox"/> TDA/TDAH | <input type="checkbox"/> Cambios de estado de ánimo | <input type="checkbox"/> Problemas en la vesícula |
| <input type="checkbox"/> Problemas en pies/rodillas | <input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios | <input type="checkbox"/> Impotencia/Disfunción sexual | <input type="checkbox"/> Problemas de hígado |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones hinchadas/adoloridas | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Hepatitis (A,B,C) |
| <input type="checkbox"/> Problemas en la piel | | | <input type="checkbox"/> Problemas en el colon |

Enumere medicamentos recetados y no recetados que toma: _____

PERFIL INICIAL DEL SISTEMA NERVIOSO

¿Cuándo fue su accidente automovilístico más reciente? _____

¿A qué velocidad ocurrió el choque? _____

Tipo de impacto: Impacto frontal / Impacto lateral / Impacto trasero

¿Recibió tratamiento? Por favor describa _____

¿Cuándo fue su tensión más reciente en el trabajo? _____

Por favor describa la lesión _____

¿Recibió tratamiento? Por favor describa _____

¿Su trabajo requiere que permanezca en posiciones incómodas por una larga duración? _____

(Por ejemplo: estar sentado todo el día, levantamientos repetitivos, uso prolongado de la computadora)

¿Ha sufrido un trauma vertebral en el pasado? _____

Deportes de choque, de reflejos, o movimiento repetitivo: fútbol, fútbol americano, lucha, baloncesto, béisbol, tenis, golf, atletismo _____

Trauma en la niñez. Por ejemplo: caída con golpe en la cabeza, impacto en la cabeza, contusión, caída con golpe en espalda o coxis, accidente en bicicleta _____

Trabajo en el hogar: levantar cosas, inclinarse, despertarse con cuello rígido, dolores en la espalda.

ESCALA VISUAL ANÁLOGA CÚADRUPLE

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Por favor lea atentamente:

Instrucciones: Por favor marque con un círculo el número que mejor describa la respuesta a la pregunta que se le hace.

Nota: Si tiene más de una queja, por favor responda cada pregunta por cada queja individual e indique el puntaje de cada queja. Por favor indique su nivel de dolor ahora mismo, dolor promedio, y el dolor en su máximo y en su mínimo.

Ejemplo:

Dolor de cabeza	Cuello	Espalda Baja								
Sin dolor _____ el peor dolor posible										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1 – ¿Cómo es su dolor AHORA MISMO?

Sin dolor _____ **el peor dolor posible**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2 – ¿Cuál es su dolor TÍPICO o PROMEDIO?

Sin dolor _____ **el peor dolor posible**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3 – ¿Cuál es su nivel de dolor EN SU MÍNIMO (Qué tan cerca de “0” está su dolor cuando está al mínimo)?

Sin dolor _____ **el peor dolor posible**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4 – ¿Cuál es su nivel de dolor EN SU MÁXIMO (Qué tan cerca de “10” está su dolor cuando está al máximo)?

Sin dolor _____ **el peor dolor posible**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

OTROS COMENTARIOS:

POLÍTICAS DE NUESTRA OFICINA

¡Bienvenido a De Leon Family Chiropractic!

Como potencial nuevo paciente, consideramos que es importante que usted entienda las políticas de nuestra oficina con respecto a cómo son tratados los pacientes de este consultorio, y los diversos métodos que ofrecemos para facilitar el pago correspondiente a esa atención. Por favor lea cada política con cuidado para que no haya malentendidos en cuanto a lo que puede esperar como paciente de este consultorio, y lo que esperamos a cambio. Una vez que haya leído "Políticas de Nuestra Oficina", si tiene alguna pregunta o alguna de estas políticas no le queda clara, y le gustaría una explicación más detallada antes de presentar su **Solicitud de Cuidado**, comuníquese con nuestro personal de recepción y un miembro de nuestro personal estará encantado de discutirlo con usted en más detalle. Creemos que está en el mejor interés de todos ofrecer a los potenciales nuevos pacientes tanta información como sea posible acerca de cómo los médicos de este consultorio practican el cuidado quiropráctico para que puedan tomar una decisión informada antes de convertirse en pacientes.

Con el tiempo, las personas que son aceptadas, como pacientes en esta oficina, obtienen un mayor entendimiento en cuanto al propósito de la quiropráctica. Dado que la mayoría de la atención al paciente ocurre en un área de bahía abierta, los pacientes tienen una oportunidad única de observar de primera mano los resultados positivos que se logran y los beneficios derivados de estar bajo atención quiropráctica. Este conocimiento y conciencia cosecha un ambiente positivo que promueve la curación y anima a las familias a mantener una buena salud. Queremos que su experiencia con nosotros sea excepcional, así que ayúdenos a ayudarlo y juntos podemos hacer cambios positivos en su vida y en las vidas de sus seres queridos.

□ **PRIVACIDAD DEL PACIENTE** - Dado que la mayoría de la atención del paciente se lleva a cabo en un área de bahía abierta es importante entender que cualquier conversación que tenga con el médico puede ser oída por otros pacientes. Con el fin de mantener la privacidad del paciente es política de este consultorio el abstenerse de discutir cualquier asunto confidencial con los pacientes durante las horas de tratamiento mientras los pacientes estén siendo atendidos. Si usted tiene un asunto confidencial que desea discutir por favor háganoslo saber y nosotros programaremos tiempo para que usted hable con el doctor en una sala de consulta privada. Estas consultas deben ser programadas con antelación.

□ **SU CUIDADO** - Cuando un paciente busca cuidados quiroprácticos para su salud y aceptamos proveérselo, es esencial que el paciente y el doctor estén trabajando por el mismo objetivo. El cuidado quiropráctico en el **De Leon Familia Chiropractic** es principalmente proporcionado para minimizar y reducir subluxaciones, que son una gran interferencia en la expresión de la sabiduría innata del cuerpo. Los doctores **usan una multitud** de técnicas para alcanzar esta meta, incluyendo, pero no limitado a, Plataforma de Descenso, Arthrostim, Activator, Toggle Recoil, Red Quiropráctica, Pettibon & diversificado. Es importante que usted entienda tanto el objetivo como el (los) método (s) para que no haya confusión o decepción. Se han realizado enormes progresos en la rehabilitación y corrección de los problemas espinales. Mientras que en el pasado, los problemas estructurales espinosos crónicos no podían ser revertidos o corregidos, hoy sí. Su médico describirá un curso de tratamiento que le llevará más allá del simple alivio del dolor, a través de dos fases distintas de cuidado para hacer una corrección estructural a la columna vertebral que le permitirá al sistema nervioso central funcionar de manera óptima, mejorando así su salud en general.

□ **PRIMERO LO PRIMERO** - Antes de recibir atención quiropráctica en este consultorio, se le completará un historial de salud y examen. También se pueden pedir estudios de imagen, así como cualquier otro diagnóstico necesario, para confirmar la verdadera naturaleza de su condición y la ubicación exacta de las subluxaciones. Los resultados de estos procedimientos ayudarán a evaluar su problema actual, su salud general y, en particular, la condición de su columna vertebral. También ayudarán al médico a determinar el tipo y la cantidad de atención que necesitará. Todos los hallazgos relevantes le serán reportados junto a las recomendaciones del plan de cuidado para que pueda tomar la mejor decisión posible con respecto a sus necesidades de atención médica. Nuestro estándar de oro para el cuidado es garantizar la reducción de la subluxación, así como enseñar a los pacientes lo que tienen que hacer, además de tener ajustes, para mantener su salud durante toda la vida.

□ **INFORME DE HALLAZGOS AL PACIENTE** - Para mejorar su comprensión del enfoque de la quiropráctica que se utilizará para cuidar de su salud, inmediatamente después de su primer ajuste, se le programará para un "Informe de Hallazgos del Doctor". La información que usted recibirá en esta cita será informativa y clínicamente relevante para su caso, por lo tanto la asistencia es necesaria para las personas que desean convertirse en nuevos pacientes de esta práctica. Debido a que los resultados de sus radiografías y todos los exámenes, así como las recomendaciones de los médicos para el cuidado, se discutirán en ese momento, instamos encarecidamente a los nuevos pacientes a invitar a su cónyuge o alguien importante a que asista también. Sabemos por experiencia que cuando la familia de un paciente entiende las metas y objetivos de la atención quiropráctica y cómo el restaurar y mantener una buena salud puede afectar sus vidas también, se vuelven infinitamente útiles y sirven de apoyo en la toma de decisiones importantes respecto a las opciones de tratamiento.

DE LEON FAMILIA CHIROPRACTIC AVISO DE PRIVACIDAD DEL CONSULTORIO

A esta oficina se le ha requerido notificarle por escrito que, por ley, debemos mantener la privacidad y confidencialidad de su **Información Médica Personal**. Además, debemos notificarle por escrito sus derechos a tener acceso a su información médica, y las potenciales circunstancias bajo las cuales, por ley, o según **nuestras políticas de oficina**, tenemos permitido compartir información suya con un tercero sin su autorización. A continuación está un breve resumen de estas circunstancias. Si le gustaría recibir una explicación más detallada, esta la será proporcionada. Además, encontrará que hemos ubicado varias copias en carpetas etiquetadas '**HIPAA**' en las mesas de nuestra recepción. Una vez que haya leído este aviso, por favor firme la última página, y devuelva solo la página de la firma (página 2) a nuestro recepcionista. Conserve esta página para su archivo personal.

DIVULGACIONES PERMITIDAS:

1. Con propósitos de tratamiento – discusión con otros proveedores de salud involucrados en su cuidado.
2. Divulgación involuntaria – un área abierta de tratamiento implica una discusión abierta. Si necesita hablar en privado con el doctor, por favor hágalo saber para que nuestro equipo pueda ubicarlo en una sala privada de consulta.
3. Con propósitos de pago – para obtener el pago de su compañía de seguros o cualquier otra fuente colateral.
4. Con propósitos de compensación de trabajadores – para procesar reclamos o iniciar una investigación.
5. Emergencia – en caso de emergencia médica podemos notificar a un miembro de la familia.
6. Por salud o seguridad pública – para prevenir o reducir una amenaza seria o eminente a la salud o la seguridad de una persona o el público en general.
7. Para agencias del Gobierno o fuerzas de la Ley – para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
8. Con propósitos militares, de seguridad nacional, o beneficios gubernamentales o para un prisionero.
9. Personas fallecidas – discusión con examinadores médicos o forenses en caso de la muerte del paciente.
10. Llamadas telefónicas o correos electrónicos o recordatorios de citas – **podemos llamar a su casa y dejar mensajes** respecto a citas perdidas o advertirle cambios en el horario de la consulta o eventos por venir.
11. Cambio de propiedad – en caso de que el consultorio sea vendido, los nuevos propietarios tendrán acceso a su IMP.

SUS DERECHOS:

1. Ser informado de la divulgación
2. Recibir una copia física del Aviso "Detallado" de Privacidad
3. Solicitar envíos a una dirección diferente a la de residencia
4. Solicitar restricciones a ciertos usos y divulgaciones y respecto a quiénes revelamos la información, aunque no estamos obligados a cumplir. Si, sin embargo, estamos de acuerdo, la restricción estará vigente hasta que tengamos por escrito su intención de removerla.
5. Inspeccionar sus registros y recibir una copia de los mismos sin costo, con previo aviso.
6. Solicitar enmiendas a la información. Sin embargo, al igual que las restricciones, no estamos obligados a estar de acuerdo con las mismas.
7. Obtener **una copia** de sus registros sin costo, tras previo aviso (72 horas). Los **rayos X** son registros originales y por ende no tiene derechos sobre los mismos. Si le gustaría que se los proporcionáramos a un centro de imagenología, para hacer copias, será un placer ayudarlo. Sin embargo, usted será responsable por este costo.

QUEJAS:

Si desea hacer una queja formal respecto a la forma en la que manejamos su información médica, por favor llame a **nuestra oficina** al (303) 536-1780. Si aún así no está satisfecho con la forma en la que esta oficina manejó su queja, puede enviar una queja formal a:

DHHS, Oficina de Derechos Civiles
200 Independence Ave. SW
Room 509F Edificio HHH
Washington DC 20201

Nota: El paciente conserva el anterior Aviso de Políticas de la Oficina y De Leon Family Chiropractic. conserva la hoja firmada.

DE LEON FAMILY CHIROPRACTIC
Consentimiento Informado

RESPECTO A: Ajustes, Modalidades, y Procedimientos de Terapia Quiropráctica:

Se me ha notificado que el cuidado quiropráctico, al igual que cualquier otra forma de cuidado de la salud, involucra ciertos riesgos. Aunque en general el riesgo es mínimo, en casos raros, pueden ocurrir complicaciones como esguinces/lesiones por presión, irritación de una condición de un disco, y aunque rara vez, también fracturas menores, y posibles golpes, a una tasa que va de uno en un millón a uno en dos millones, y que se han asociado a ajustes quiroprácticos.

Los objetivos del tratamiento así como los riesgos asociados con los ajustes quiroprácticos y, cualquier otro procedimiento ejecutado en **De Leon Family Chiropractic** me han sido explicados hasta estar satisfecho y he manifestado mi entendimiento sobre ambas cosas al doctor. Luego de una cuidadosa consideración, doy mi consentimiento para ser tratado usando cualquier medio, método, y/o técnicas, que el doctor considere necesarias para tratar mi condición en cualquier momento del curso entero de mi cuidado clínico.

_____ / ____ / ____ Iniciales del Testigo
Firma del Paciente o Persona Autorizada Fecha

RESPECTO A: Rayos X/Estudios de Imagenología

SOLO MUJERES → *por favor lea y revise cuidadosamente las casillas, incluya la fecha apropiada, y luego firme si entiende y no tiene preguntas, en caso contrario dirijase a nuestra recepcionista para explicaciones adicionales.*

El primer día de mi último ciclo menstrual fue el ____ - ____ - ____ Fecha

Se me ha dado una explicación de lo que podría ocurrir si estuviese embarazada, y que yo sepa, no estoy embarazada.

Con mi firma a continuación reconozco que el doctor y/o un miembro del equipo ha discutido conmigo los efectos amenazantes de la ionización al no nato, y he manifestado mi entendimiento de los riesgos asociados a la exposición a rayos x. Luego de una cuidadosa consideración, doy mi consentimiento para realizar el diagnóstico mediante el examen de rayos x que el doctor considere necesarias para tratar mi caso.

_____ / ____ / ____ Iniciales del Testigo
Firma del Paciente o Persona Autorizada Fecha

**AVISO DE DE LEON FAMILY CHIROPRACTIC RESPECTO A TU DERECHO A LA PRIVACIDAD
(continuación...)**

He recibido una copia del Aviso de Privacidad del Paciente de Adio Inc. Entiendo mis derechos así como el deber del consultorio de proteger mi información médica, y he manifestado mi entendimiento de estos derechos y deberes al doctor. Además, entiendo que esta oficina se reserva el derecho de enmendar este "Aviso de Privacidad del Consultorio" en cualquier momento en el futuro y de incluir nuevas provisiones efectivas para toda la información pasada y presente que conserve.

Estoy consciente de que una versión más extensa de este "Aviso" está disponible para mí y existen muchas copias en el área de la recepción. En este momento, no tengo ninguna pregunta respecto a mis derechos ni ninguna información que haya recibido.

Nombre del Paciente

Fecha de Nac.

HR#

Firma del Paciente

Fecha

Testigo

Fecha

Reconozco haber recibido una copia de las "Políticas de la Oficina" del consultorio, un documento de dos páginas, cuya primera página he leído y conservo. Esta segunda página es reconocida por mí como la página de la firma y será conservada por el consultorio como evidencia de mi recepción y entendimiento de este 'Aviso'. Además, reconozco que cualquier preocupación respecto a estas 'Políticas' así como todas mis preguntas fueron respondidas por un miembro calificado del equipo satisfactoriamente.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

Testigo

Fecha