

¿A quién le podemos agradecer el referido? \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE CUIDADO QUIROPRÁCTICO CON MOMENTUM FAMILY CHIROPRACTIC

# Record: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### HISTORIAL DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha Nac. \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_  Hombre  Mujer

Dirección: \_\_\_\_\_ Pueblo: \_\_\_\_\_, Zip code \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. Casa \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_ Trab: \_\_\_\_\_

Tiene plan médico  No  Si, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Trabaja en: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Status:  Casado  Soltero  Divorciado Nombre de Esposo(a) \_\_\_\_\_

# Seguro social: \_\_\_\_\_ or EIN # \_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos tiene? ¿Edades? \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, (nombre y #tel.) \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

### RAZÓN PARA BUSCAR AYUDA QUIROPRÁCTICA

Por favor, identifique la condición que lo trajo a nuestra oficina: Primario \_\_\_\_\_

Secundario \_\_\_\_\_ Tercera \_\_\_\_\_

En una escala de 0 a 10, siendo 10 de mayor dolor y 0 ningún dolor. Circule su condición en la escala.

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

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

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

¿Cuándo comenzó su problema? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo es peor?  AM  PM  Mediodía  PM Noche

¿Cuánto dura?  Es constante  Va y viene durante el día  Va y viene a lo largo de la semana

¿Cómo se produjo la lesión? \_\_\_\_\_

¿Ha sido la condición tratada por alguien en el pasado?  No  Si, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Por quién? \_\_\_\_\_

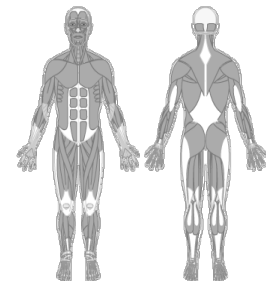
¿Cuánto tiempo estuvo bajo cuidado? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles fueron sus resultados? \_\_\_\_\_

Nombre del quiropráctico anterior \_\_\_\_\_  No aplica

**\*POR FAVOR MARQUE las áreas en el diagrama con las siguientes letras para describir sus síntomas.**

I- Irradia Q – Quemazón D – Dolor A – Adormecimiento H – Hormigueo P - Punzantes

¿Qué alivia sus síntomas? \_\_\_\_\_



¿Qué ocasiona que empeoren? \_\_\_\_\_

¿Es su problema el resultado de algún accidente?  Si  No

Identifique alguna otra lesión a su columna vertebral, que la doctora debería saber. \_\_\_\_\_

---

### Historia

¿Has sufrido a causa de algunos de estos problemas o alguno similar en el pasado?  No  Si Si afirmativo, ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez? \_\_\_\_\_ ¿Cómo ocurrió la lesión o problema? \_\_\_\_\_

Otras formas de tratamiento utilizados:  No  Si, Si afirmativo, ¿Cuál fue? \_\_\_\_\_

¿Quién lo ofreció? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles fueron los resultados?  Favorable  No Favorable

Por favor explique: \_\_\_\_\_

Por favor identifique cualquier y todo tipo de trabajos que ha tenido en su pasado que lo ha expuesto a stress físico:

\_\_\_\_\_

---

Si usted ha sido diagnosticado con cualquiera de estas condiciones, por favor indique con una **P** si es de su **pasado**, **A** si es **actualmente** o **N** si **nunca** lo han diagnosticado.

\_\_\_ Dislocación \_\_\_ Tumores \_\_\_ Artritis reumatoide \_\_\_ Fractura \_\_\_ Discapacidad \_\_\_ Cáncer

\_\_\_ Ataque al corazón \_\_\_ Osteoartritis \_\_\_ Diabetes \_\_\_ cerebral vascular \_\_\_ Otras condiciones serias

### HISTORIAL SOCIAL

1. **Fuma:**  cigarrillos  cigarros  pipa **Frecuencia:**  Diario  Fin de semana  Ocasionalmente  Nunca
2. **Bebidas alcohólicas:**  Diario  Fin de semana  Ocasionalmente  Nunca
3. **Droga recreacional:**  Diario  Fin de semana  Ocasionalmente  Nunca

### HISTORIAL FAMILIAR

1. ¿Hay alguien de tu familia que padece de la misma condición(es)?  No  Si  
¿Si afirmativo, quien?  Abuela  Abuelo  Madre  Padre  Hermanos  Hijo  Hija  
¿Han sido tratados para su condición?  Si  No  No se
2. ¿Alguna otra condición hereditaria que la doctora debería saber?  No  Si: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PARA TOMAR RADIOGRAFÍAS

Las radiografías son una herramienta importante y necesaria para poder diagnosticar la condición del paciente y para dar un cuidado adecuado. Las radiografías se tomarán si el Doctor las considera necesarias luego de su consulta.

Estoy de acuerdo  No estoy de acuerdo Firma: \_\_\_\_\_

### **Actividades del Diario Vivir: Efectos de Condiciones Actuales en Desempeño**

Por favor identifique como su condición actual afecta la habilidad de llevar a cabo actividades que son parte de tu rutina diaria.

Doblarse	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Concentrarse	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Trabajar en computadora	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Jardinería	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Deportes	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Dormir	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Ver televisión	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Cargar	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Bailar	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Vestirse	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Levantar	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Empujar	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Rodar (en la cama)	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Sentado	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Parado	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Trabajando	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Subiendo	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Hacer tareas (hogar)	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Guiar	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Actividad Sexual	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Leer	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Correr	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Levantarse	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Caminar	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer

**POR FAVOR MARQUE – P para Pasado, A para Actualmente y N para Nunca**

- |   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza  | <input type="checkbox"/> Embarazada (Ahora)          | <input type="checkbox"/> Mareos                  | <input type="checkbox"/> Problemas de la próstata    | <input type="checkbox"/> Ulceras                    |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello  | <input type="checkbox"/> Catarros frecuentes         | <input type="checkbox"/> Perdida de Balance      | <input type="checkbox"/> Impotencia/Difusión eréctil | <input type="checkbox"/> Acidez                     |
| <input type="checkbox"/> Dolor mandíbula  | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia      | <input type="checkbox"/> Desmayos                | <input type="checkbox"/> Problemas digestivos        | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de hombro  | <input type="checkbox"/> Temblores                   | <input type="checkbox"/> Visión Doble            | <input type="checkbox"/> Problemas el colon          | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta      |
| <input type="checkbox"/> Dolor Espalda Alta   | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho              | <input type="checkbox"/> Visión borrosa          | <input type="checkbox"/> Diarrea/Estreñimiento       | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja      |
| <input type="checkbox"/> Dolor Media Espalda  | <input type="checkbox"/> Dolor con/tos/estornudos    | <input type="checkbox"/> Zumbido oídos           | <input type="checkbox"/> Menopausia                  | <input type="checkbox"/> Asma                       |
| <input type="checkbox"/> Dolor Espalda Baja   | <input type="checkbox"/> Problemas de pie o rodillas | <input type="checkbox"/> <i>Perdida</i> audición | <input type="checkbox"/> Dolores menstruales         | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar   |
| <input type="checkbox"/> Dolor Caderas  | <input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis      | <input type="checkbox"/> Depresión               | <input type="checkbox"/> PMS                         | <input type="checkbox"/> Problemas de pulmones      |
| <input type="checkbox"/> Curvatura Espalda  | <input type="checkbox"/> Articulaciones dolorosa     | <input type="checkbox"/> Irritable               | <input type="checkbox"/> Orinarse en la cama         | <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones   |
| <input type="checkbox"/> Escoliosis   | <input type="checkbox"/> Problemas en la piel        | <input type="checkbox"/> Cambios de humor        | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje    | <input type="checkbox"/> Problemas Vesicular Biliar |
| <input type="checkbox"/> Entumecido / hormigueo brazos, manos, dedos                    |  | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                | <input type="checkbox"/> Trastorno de alimentación   | <input type="checkbox"/> Problemas del hígado       |
| <input type="checkbox"/> Entumecido las piernas / hormigueo, pies,<br>dedos de los pies |  | <input type="checkbox"/> Alergias                | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir       | <input type="checkbox"/> Hepatitis (A,B,C)          |

**Enumere los medicamentos recetados y no recetados que usted consume:**

---

Firma del doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Archivo#/HRN \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su accidente de auto mas reciente? \_\_\_\_\_

¿A qué velocidad iba cuando ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_

Tipo de accidente: Impacto de Frente/ Impacto de Lado / Impacto Trasero

¿Cuál fue el tratamiento recibido? Describalo por favor: \_\_\_\_\_

¿Cuándo sucedió la tensión/estrés más reciente en el trabajo? \_\_\_\_\_

Describe, por favor, cómo sucedió la lesión: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el tratamiento recibido? Describalo por favor: \_\_\_\_\_

¿Su trabajo le requiere a mantenerse en posturas estresantes por tiempos prolongados? \_\_\_\_\_

*(Ej. Sentarse todo el día, levantar cosas repetidas veces, usar computadoras)*

¿Alguna vez ha tenido traumas espinales? \_\_\_\_\_

Colisión, rotura rápida o deportes de mociones repetitivas: fútbol americano, lucha libre, baloncesto, beisbol, fútbol, tenis, golf, atletismo \_\_\_\_\_

Traumas de cuando era niño *(Ej. Caer sobre su cabeza, impacto a su cabeza, conmoción cerebral, caer sobre su espalda o rabadilla, accidente de bicicleta)*

Trabajo por la casa – levantar, doblar, despertarse con el cuello entumecido, dolor fuerte de espalda

## PERFIL INICIAL DE NUTRICIÓN

¿Ha tenido exámenes con resultados de niveles altos de triglicéridos o colesterol? (S / N) ¿Valores? \_\_\_\_\_

¿Tiene la presión arterial alta? (S / N)

¿Es diabético? ¿Le han diagnosticado como pre-diabético o con síndrome metabólico? (S / N)

¿Desayuna diariamente de lunes a viernes? (S / N)

¿Cuántos días a la semana falta una comida? (0) (1) (2) (3) (4+)

¿Cuántas comidas de comida rápida, comidas refinadas o pre-preparadas come por semana?  
(0) (1-3) (4-6) (7+)

¿Cuántas porciones de fruta come en un día determinado? (0-1) (2-3) (4+)

¿Cuántas porciones de verduras come en un día determinado? (0-1) (2-3) (4-5)

¿Bebe regularmente (1 o más al día) cualquier de las siguientes bebidas? (circula todos que apliquen)

Soda de Dieta    Café    Jugo    Leche    Soda    Alcohol

Por favor, haga una lista de todos los suplementos que usted toma regularmente:

---

---

---

## PERFIL INICIAL DE ESTADO FÍSICO

¿Cuántas veces a la semana hace ejercicios?

Cardiovascular \_\_\_ Horas \_\_\_ Días/Semana

Entrenamiento con Pesas \_\_\_ Horas \_\_\_ Días/Semana

Impacto bajo (Yoga, etc.) \_\_\_ Horas \_\_\_ Días/Semana

¿Cuál es su peso objetivo? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su peso actual? \_\_\_\_\_

¿Qué tan dispuesto está para cambiar cualquier de estas cosas para alcanzar sus metas de salud?  
(Mídalo en una escala de 1-10) \_\_\_\_\_

## PERFIL INICIAL DE TOXICIDAD

¿Está regularmente expuesto a productos de limpieza o sustancias químicas industriales? (S / N)

¿Alguna vez ha visto moho creciendo en la casa o en su lugar de trabajo? (S / N)

¿Su casa, trabajo, escuela o coche tiene un olor a moho o a mildéu? (S / N)

¿Ha recibido un perfil estándar completo de vacunaciones? (S / N)

¿Recibe anualmente las vacunas de la gripe? (S / N) ¿Cuántas vacunas de la gripe ha recibido? \_\_\_\_ (approx.)

¿Algún miembro de su familia ha sido diagnosticado con fibromialgia, fatiga crónica, o múltiples sensibilidades a las sustancias químicas? (S / N)

¿Tiene síntomas de desequilibrio del sistema hormonal (tiroides, reproductivo, adrenal)? (S / N)

## PERIL INICIAL DE ESTRÉS

¿Duerme un promedio de 8 horas por noche? (S / N)

¿Duerme un promedio de 7 horas o menos por noche? (S / N)

¿Toma pastillas para ayudarle dormirse o relajarse? (S / N)

¿Se siente con frecuencia que no tiene suficiente tiempo para completar proyectos? ¿Deja las cosas para el último momento? (S / N)

¿Experimenta sentimientos de ansiedad acerca de completar tareas? (S / N)

¿Se siente que no tiene suficiente tiempo o atención para las áreas importantes de su vida como familia, crecimiento personal o pasatiempos? (S / N)

¿Depende más de su memoria que una agenda o lista de acción para completar tareas? (S / N)

¿Toma tiempo para orar, meditar, o visualizar con frecuencia? (S / N)

Firma del Doctor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ JDD, DC 5/2011

### **Expectativas**

Indique cual describe mejor su objetivo de salud y bienestar

- Solo deseo alivio de la condición que me aqueja.
- Deseo alivio de la condición y evitar su recurrencia.
- Alcanzar y mantener el máximo nivel de salud y bienestar posible.

### **Objetivo Momentum Family Chiropractic**

Nosotros nos enfocamos en su habilidad de estar saludable. Nuestras metas son, primero, atender la causa que lo trajo a esta oficina, y segundo, ofrecerle la oportunidad de mejorar su potencial de bienestar y salud en el futuro. En el día a día experimentamos estrés físico, químico y emocional que se acumula y puede resultar en una seria pérdida de salud. Muchas veces los efectos son graduales; no se sienten hasta que se convierten en algo más serio. Al contestar estas preguntas usted nos está permitiendo evaluar más a fondo lo que afecta su potencial de salud.

Certifico que toda la información que se presenta en este documento está completa y es enteramente cierta.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

# Momentum Family Chiropractic

## Consentimiento Informado

### RESPECTO A: Ajustes Quiroprácticos, Modalidades, y Procedimientos Terapéuticos:

He sido advertido de que el cuidado quiropráctico, como cualquier forma de cuidado de salud, acarrea ciertos riesgos. El riesgo es habitualmente mínimo. Complicaciones como esguinces o tensiones, irritación de la condición de un disco, fracturas menores y posibles derrames que ocurren en una proporción de entre una en un millón o una en dos millones, rara vez han sido asociados con ajustes quiroprácticos.

Los objetivos del tratamiento, así como los riesgos asociados con ajustes quiroprácticos y todos los demás procedimientos ofrecidos en **Momentum Family Chiropractic** me han sido explicados satisfactoriamente y he transmitido mi entendimiento de ambos al doctor. Después de considerarlo cuidadosamente, por medio de la presente consiento el tratamiento en todas sus formas, métodos o técnicas que el doctor considere necesarias para tratar mi condición en cualquier momento durante todo el curso clínico de mi cuidado.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Iniciales del Testigo

Firma de Paciente o persona autorizada

Fecha

### RESPECTO A: Rayos-X/Estudios de a través de imágenes

**SOLO MUJERES →** por favor lea cuidadosamente y rellene los cuadros, incluya la fecha apropiada y firme debajo si ha entendido y no tiene más preguntas, de lo contrario consulte a nuestra recepcionista para más explicación.

El primer día de mi último ciclo menstrual fue \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Fecha

Me ha sido ofrecida una explicación completa de cuando tengo más probabilidades de quedar embarazada, y en mi mejor entendimiento declaro que no estoy embarazada.

Al firmar este documento doy fe de que el doctor o un miembro del personal de esta oficina ha discutido conmigo los efectos peligrosos de ionización en un bebe en gestación, y he transmitido mi entendimiento de los riesgos asociados a la exposición de rayos-x. después de una consideración cuidadosa, yo, por medio de la presente, consiento someterme a la examinación de rayos-x que el doctor considere necesario en mi caso.

**HOMBRES/MUJERES:** Con mi firma a continuación, entiendo y doy mi consentimiento para que me hagan radiografías si el médico lo considera necesario.

Firma de Paciente o persona autorizada \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Iniciales del Testigo

JDD,DC 5/2011



## **Consentimiento para Usar y/o Divulgar Información de Salud para Propósitos de tratamiento, Pago u Operaciones (TPO) para el Cuidado de la Salud.**

La ley federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) del 1996 requiere que se le notifique al paciente de la política de privacidad y confidencialidad de la entidad u oficina en quiropráctica y que se evidencie dicha notificación. La Carta de Derechos y Obligaciones del Paciente requiere que para poder ofrecerle nuestros servicios debemos obtener su consentimiento para utilizar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y otras transacciones u operaciones para el cuidado de la salud que lleva a cabo nuestras oficinas.

Para cumplir con estas dos disposiciones de ley, **Momentum Family Chiropractic** Center le ha hecho entrega de la notificación de la Política de Privacidad y Confidencialidad y de este consentimiento para usar y divulgar su información de salud. Al firmarlo, usted reconoce haber sido notificado sobre nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad y consiente el uso y divulgación de su información de salud protegida según se describe en este documento.

Por favor revise este consentimiento con mucho cuidado. Si luego de revisarlo usted lo entiende y está de acuerdo con sus términos y condiciones, fírmelo y anote la fecha el espacio que se le indica. Al firmar este consentimiento usted autoriza y está de acuerdo con que **Momentum Family Chiropractic** uso y divulgue su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos o cualquier otra transacción u operación para el cuidado de su salud.

Usted tiene el derecho de solicitar de nuestra oficina restricciones con relación y en cuanto al uso y divulgación que hagamos de su información de salud para efectos de tratamientos, pagos o cualquier otra transacción u operación para el cuidado de su salud. No obstante, **Momentum Family Chiropractic** no está obligado a aceptar su solicitud de restricciones. Sin embargo si **Momentum Family Chiropractic** aceptará las restricciones de uso o divulgación solicitadas por usted, dichas restricciones se convierten en obligatorias y nuestras oficinas en quiroprácticas deberá cumplirlas.

Con la firma en este consentimiento usted autoriza a que **Momentum Family Chiropractic** sus empleados (de acuerdo a la ley federal HIPAA incluye además de los empleado(a) s, las personas que realizan trabajo voluntario para la oficina medica) y sus asociados de negocio usen y divulguen su información de salud protegida para efectos de tratamiento, pagos, transacciones y operaciones para el cuidado de su salud.

Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en tanto y en cuanto **Momentum Family Chiropractic** sus empleados y/o asociados de negocio hayan tomado alguna acción de uso y/o divulgación basado en el mismo.

De usted necesitar o interesar examinar en más detalles nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad antes de firmar este documento, puede solicitar la misma en nuestra oficina o comunicándose con el Oficial de Privacidad a los teléfonos y/o dirección que surgen del encabezado de esta forma. Por favor observe que **Momentum Family Chiropractic** se ha reservado el derecho de revisar, cambiar o enmendar la política y practica sobre uso y divulgación descrita en la notificación en cualquier momento. De usted interesar la notificación revisada y enmendada, favor de comunicarse con el Oficial de Privacidad a los teléfonos y/o dirección que surgen del encabezado de esta forma.

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que he leído las disposiciones de este consentimiento, que lo entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresadas en el mismo.

\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente

(En letra de molde)

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente

\_\_\_\_\_

Nombre del Representante Personal

(En letra de molde)

\_\_\_\_\_

Firma del Representante

\_\_\_\_\_

Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_

Fecha