

# Solicitud de Cuidado en MaxLiving Indy

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

HRN: \_\_\_\_\_

## DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a) Tiene Seguro?:  Si  No Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Número de Licencia de Conducir #: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre de su Esposo(a) \_\_\_\_\_ Empleador de su Esposo(a): \_\_\_\_\_

Número de Hijos y Edades: \_\_\_\_\_

Nombre y Número del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE MALESTAR

Por favor identifique las condiciones que lo llevaron a esta oficina: Primero: \_\_\_\_\_

Segundo: \_\_\_\_\_ Tercero: \_\_\_\_\_ Cuarto: \_\_\_\_\_

En una escala del 1 al 10, donde 10 es el peor dolor y cero es ningún dolor, califique las condiciones anteriores **encerrando en un círculo el número**:

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

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

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

¿Cuándo empezaron los problemas? \_\_\_\_\_ ¿Cuando es peor el problema?  AM  PM  Mediodía  Tarde

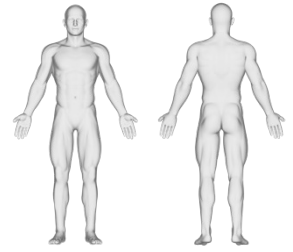
¿Cuanto dura?  Es constante  Va y viene durante el día  Va y viene durante la semana ¿Cómo ocurrió la lesión? \_\_\_\_

¿Alguien ha tratado la dolencia en el pasado?  No  Si ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_ ¿Por Quién? \_\_\_\_\_

¿Cuanto tiempo estuviste bajo cuidado? \_\_\_\_\_ ¿Cuales fueron los resultados? \_\_\_\_\_

Nombre del quiropráctico anterior: \_\_\_\_\_  N/A

# Solicitud de Cuidado en



**\*Por favor marque las áreas del diagrama con las siguientes letras para describir sus síntomas:**

**R = Radiante B = Ardor D = Dolor Sordo A = Dolorido N = Entumecido S = Agudo/Punzante T= Hormigueo**

¿Qué alivia sus síntomas? \_\_\_\_\_

¿Qué los hace sentir peor? \_\_\_\_\_

## LISTA DE ACTIVIDADES RESTRINGIDAS:

---

---

---

## NIVEL DE ACTIVIDAD ACTUAL:

---

---

---

## NIVEL DE ACTIVIDAD HABITUAL:

---

---

---

¿Su problema es el resultado de CUALQUIER tipo de accidente?  Si  No

Identifique cualquier otra lesión en la columna, menor o mayor, que el médico deba conocer:

---

---

## HISTORIA PASADA

¿Ha sufrido de algunos de estos problemas similares en el pasado?  No  Si Si es así, ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_

¿Cuando fue el último episodio? \_\_\_\_\_ ¿Cómo sucedió la lesión? \_\_\_\_\_

Otras formas de tratamiento probadas:  No  Si Si es si, indique qué tipo de tratamiento: \_\_\_\_\_,

¿Quién lo proporciona? \_\_\_\_\_ ¿Hace cuanto tiempo? \_ ¿Cuáles fueron los resultados?  Favorable

No favorable Por favor explique: \_\_\_\_\_

Identifique cada uno de los tipos de trabajos que haya tenido en pasado que le hayan impuesto algún tipo de estrés físico a usted o a su cuerpo:

Si alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones, indíquelo con un **P** para en el pasado, **C** para en el presente, o **N** para nunca:

\_\_\_ Hueso Roto \_\_\_ Dislocaciones \_\_\_ Tumores \_\_\_ Artritis Reumatoide \_\_\_ Fractura \_\_\_ Discapacidad\_Cáncer  
\_\_\_ Infarto \_\_\_ Osteoartritis \_\_\_ Diabetes \_\_\_ Vascular Cerebral \_\_\_ Otras condiciones graves:

# Solicitud de Cuidado en

**POR FAVOR identifique cualquier condición en el PASADO o PRESENTE que crea que puede estar contribuyendo a su problema(s):**

¿HACE CUANTO TIEMPO?	¿TIPO DE ATENCIÓN RECIBIDA?	¿POR QUIÉN?
HERIDAS		
CIRUGIAS		
ENFERMEDADES DE INFANCIA		
ENFERMEDADES DE ADULTO		

## HISTORIA SOCIAL

1. Fuma:  Cigarros  Pipa  Cigarrillos Frecuencia:  Diario  Fines de Semana  Ocasionalmente  Nunca
2. Bebida Alcohólica: Se consume:  Diario  Fines de Semana  Ocasionalmente  Nunca
3. Uso de Drogas Recreativas:  Diario  Fines de Semana  Ocasionalmente  Nunca

## HISTORIA FAMILIAR:

1. ¿Alguien de su familia padece de las misma condición(es)?  No  Si  
 Si es así, ¿quién?:  Abuela  Abuelo  Madre  Padre  Hermana(s)  Hermano(s)  Hijo(s)  Hija(s)  
 ¿Alguna vez han sido tratados por su condición?  No  Si  No se
2. ¿Cualquier otra condición hereditaria que el médico deba conocer?  No  Si: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo que el pago se realice directamente a esta oficina por todos los beneficios que puedan ser pagaderos bajo un plan de salud o de cualquier otra fuente colateral. Autorizo la utilización de esta solicitud o copias de la misma con el propósito de procesar reclamos y efectuar pagos, y además reconozco que esta asignación de beneficios no me absuelve de ninguna manera de la responsabilidad de pago y que seguiré siendo financieramente responsable ante esta oficina por cualquier y todos los servicios que recibo en esta oficina.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Persona Autorizada

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Fecha en que se Completó

\_\_\_\_\_  
Firma del Doctor

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Fecha de Revisión

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ HR#: \_\_\_\_\_ / /

# Solicitud de Cuidado en

## Actividades de la Vida Diaria / Síntomas / Medicamentos

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Expediente #: \_\_\_\_\_

### Actividades diarias: Efectos de sus condiciones en el desempeño de sus actividades diarias

Por favor, identifique cómo su dolencia está afectando su capacidad para realizar actividades que habitualmente forman parte de su vida:

Doblarse	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Concentrarse	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Trabajar en la Computadora	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Jardinería	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Jugar Deportes	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Actividades Recreativas	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Palear	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Dormir	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Ver Televisión	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Cargar	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Bailar	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Vestirse	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Levantamiento de Objetos	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Empujar	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Rodarse	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Sentarse	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Pararse	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Trabajar	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Subirse/Escalar	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Hacer Quehaceres	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Conducir	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Realizar Actividad Sexual	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Leer	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Correr	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Sentado a Parado	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Caminar	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar

# Solicitud de Cuidado en

**\*Por favor marque las siguientes letras para describir sus síntomas:**

**P = Pasado C = Corriente/Ahora Mismo N = Nunca**

<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Embarazada (Ahora)	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Problemas de Prostata	<input type="checkbox"/> Acidez
<input type="checkbox"/> Dolor de Cuello	<input type="checkbox"/> Resfriados/Gripe Frecuentes	<input type="checkbox"/> Pérdida del Equilibrio	<input type="checkbox"/> Problemas Digestivos	<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Dolor de Mandíbula ATM	<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Problemas de Colon	<input type="checkbox"/> Presión Arterial Baja
<input type="checkbox"/> Dolor de Hombro	<input type="checkbox"/> Temblores	<input type="checkbox"/> Visión Doble	<input type="checkbox"/> Diarrea/Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Superior	<input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho	<input type="checkbox"/> Visión Borrosa	<input type="checkbox"/> Problemas de la Menopausia	<input type="checkbox"/> Respiración Dificultosa
<input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Media	<input type="checkbox"/> Dolor con Tos/Estornudo	<input type="checkbox"/> Zumbido en los Oídos	<input type="checkbox"/> Problema Menstrual	<input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares
<input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Baja	<input type="checkbox"/> Problemas de Pie o Rodilla	<input type="checkbox"/> Pérdida de Audición	<input type="checkbox"/> Síndrome Premenstrual	<input type="checkbox"/> Problemas de Riñon
<input type="checkbox"/> Dolor de Cadera	<input type="checkbox"/> Problema de Sinusitis/Drenaje	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Mojar la Cama	<input type="checkbox"/> Problemas de la Vesícula Biliar
<input type="checkbox"/> Curvatura de la Espalda	<input type="checkbox"/> Articulaciones Hinchadas/Dolorosas	<input type="checkbox"/> Irritable	<input type="checkbox"/> Discapacidad de Aprendizaje	<input type="checkbox"/> Problemas de Hígado
<input type="checkbox"/> Escoliosis	<input type="checkbox"/> Problemas de la Piel	<input type="checkbox"/> Cambios de Humor	<input type="checkbox"/> Desorden Alimenticio	<input type="checkbox"/> Problemas de Hígado
<input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo en Brazos, Manos, Dedos		<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Problemas para Dormir	<input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B, C)
<input type="checkbox"/> Impotencia/Disfunción Sexual		<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Ulceras	

Anote los medicamentos recetados y no recetados que toma: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Como te enteraste de nosotros?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## SÓLO PARA USO DE OFICINA

He revisado el formulario ADL y ROS anterior con el paciente mencionado anteriormente:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DOCTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

**EN RELACIÓN CON:** Ajustes, modalidades y procedimientos terapéuticos quiroprácticos:

Me han informado que la atención quiropráctica, como todas las formas de atención médica, conlleva ciertos riesgos. Mientras los riesgos suelen ser mínimos, en casos raros, complicaciones como desgarramiento/lesiones por tensión, irritación de una condición del disco, y aunque son poco frecuentes, fracturas menores, y posible ataque cerebrovascular, ocurren entre un caso por millón y uno caso por dos millones, se han asociado con ajustes quiroprácticos.

Los objetivos del tratamiento, así como los riesgos asociados con los ajustes quiroprácticos y todos los demás procedimientos proporcionados en \_\_\_\_\_ me han explicado a mi satisfacción y les he transmitido mi comprensión de ambos al médico. Después de una cuidadosa consideración, doy mi consentimiento para el tratamiento por cualquier medio, método y o técnicas que el médico considere necesarias para tratar mi afección en cualquier momento durante todo el curso clínico de mi atención.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Iniciales de Testigo

**EN RELACIÓN CON:** Rayos X / Estudios de Imagen

**SOLO PARA MUJERES:** lea atentamente y marque las casillas, incluya la fecha correspondiente, luego firme a continuación si comprende y no tiene más preguntas; de lo contrario, consulte a nuestra recepcionista para obtener más explicaciones.

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

Se me ha proporcionado una explicación completa de cuándo es más probable que quede embarazada y, según mi saber y entender, no estoy embarazada.

Con mi firma a continuación, reconozco que el médico o un miembro del personal ha hablado conmigo sobre el riesgo efectos de la ionización a un feto, y he transmitido mi comprensión de los riesgos asociados con la exposición a los rayos X. Por lo tanto, después de cuidadosa consideración, doy mi consentimiento para que se realice el examen de rayos X de diagnóstico que el doctor considera necesarios en mi caso.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Iniciales de Testigo

# **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (AVISO DE HIPAA)**

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información y cómo puede acceder a esta información. Por favor revísela con atención.

## **Tus derechos**

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

### **Obtenga una copia electrónica o impresa de su registro médico:**

Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico u otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

### **Pídanos que corrijamos su historial médico:**

Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que crea que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

### **Solicite comunicaciones confidenciales:**

Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente. Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

### **Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos:**

Si paga por un servicio o artículo de atención médica fuera del paquete en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información. Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir "no" si esto afectaría su atención.

### **Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información:**

Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha en que lo solicita, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

### **Obtenga una copia de este aviso de privacidad:**

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente, le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.

### **Elija a alguien que actúe en su nombre:**

Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

### **Presente una queja si cree que se violan sus derechos:**

Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html>. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## **Tus opciones**

Para cierta información médica, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, tiene tanto el derecho como la elección de decirnos que:**

Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado. Comparta información en una situación de emergencia. Incluya su información en un directorio del hospital. Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

**En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé su permiso por escrito:**

Fines de mercadeo. Venta de su información. Compartir notas de psicoterapia.

**En el caso de la recaudación de fondos:**

Es posible que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos, pero puede decirnos que no lo contactemos nuevamente.

**Nuestros usos y divulgaciones**

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica? Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

**Tratarle:**

Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. Ejemplo: un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado general de salud.

**Dirigir nuestra organización:**

Podemos usar y compartir su información médica para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Ejemplo: usamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

**Factura por sus servicios:**

Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades. Ejemplo: proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.

**¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?**

Se nos permite o exige compartir su información de otras formas, generalmente de formas que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

**Ayuda con problemas de salud y seguridad pública:**

Podemos compartir información médica sobre usted en determinadas situaciones, como prevenir enfermedades, ayudar con el retiro de productos, informar reacciones adversas a medicamentos, informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica, prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

**Hacer investigación:**

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

**Consentir con ley:**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver que cumplimos con la ley federal de privacidad.

**Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos:**

Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

**Trabaje con un médico forense o director de funeraria:**

Podemos compartir información médica con un médico forense, médico forense o director de funeraria cuando una persona fallece.

**Abordar las solicitudes de compensación para trabajadores, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales:**

Podemos usar o compartir información médica sobre usted para reclamos de compensación laboral, para propósitos de cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley, con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, para funciones gubernamentales especiales tales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

**Responder a demandas y acciones legales:**

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.



**Nuestras responsabilidades**

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.
- Para obtener más información, consulte:  
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

**Cambios a los términos de este aviso:**

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido.

**Información de contacto:** (nombre del Dr.), (correo electrónico del Dr.)

**Fecha de vigencia del aviso:** (fecha de hoy)

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE AL AVISO de HIPAA**

**Aviso al paciente**

Estamos obligados a ofrecerle una copia de nuestro aviso de HIPAA que establece cómo podemos usar y/o divulgar su información médica. Nuestro aviso de HIPAA y las políticas de la oficina contienen información sobre pagos, seguro médico, cobros y otra información importante.

**Artículos Adicionales:**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1) ¿Podemos confirmar sus citas por correo electrónico, mensaje de texto o teléfono?        | Sí | No |
| 2) ¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? | Sí | No |
| 3) ¿Podemos discutir su condición con algún miembro de su familia?                          | Sí | No |

En caso afirmativo, proporcione los nombres: \_\_\_\_\_

**Reconocimiento del Paciente:**

Reconozco y estoy de acuerdo con el aviso de HIPAA de esta oficina. Reconozco que he revisado el aviso de HIPAA y tengo derecho a obtener una copia impresa del aviso de HIPAA. Reconozco que puedo negarme a firmar este reconocimiento si lo deseo.

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Si es Representante Legal, Indique Relación

**SÓLO PARA USO DE OFICINA:**

Hemos hecho todo lo posible para obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro aviso de HIPAA de este paciente, pero no se pudo obtener porque:

- el paciente se negó a firmar
- no pudimos comunicarnos con el paciente
- debido a una situación de emergencia no fue posible obtener una firma
- otro (proporcione detalles):

---

Nombre del Paciente

---

Nombre del Miembro del Personal

---

Firma del Miembro del Personal

---

Fecha

## Consentimiento Informado Para Recibir Atención

Usted es quien toma las decisiones sobre su atención médica. Parte de nuestra función es brindarle información para ayudarlo en la toma de decisiones informadas.

Podemos realizar algunos procedimientos de diagnóstico o examen si está indicado. Cualquier examen o prueba realizada se realizará con cuidado, pero puede resultar incómodo.

La atención quiropráctica implica centralmente lo que se conoce como ajuste quiropráctico. Puede haber adicionales procedimientos de apoyo o recomendaciones también. Los beneficios potenciales de un ajuste incluyen restaurar movimiento articular normal, reduciendo la hinchazón y la inflamación en una articulación, reduciendo el dolor en la articulación y mejorando funcionamiento neurológico y bienestar general.

Es importante que comprenda que, como ocurre con todos los enfoques de atención médica, los resultados no están garantizados y hay sin promesa de curación. Al igual que con todos los tipos de intervenciones de atención médica, existen algunos riesgos para la atención, que incluyen, pero no limitado a: espasmos musculares, agravación y / o aumento temporal de los síntomas, falta de mejoría de síntomas, quemaduras y / o cicatrices por estimulación eléctrica y por terapias frías o calientes, incluyendo pero no limitado a compresas calientes y hielo, fracturas (huesos rotos), lesiones de disco, accidentes cerebrovasculares, dislocaciones, distensiones y esguinces.

Con respecto a los accidentes cerebrovasculares, existe una afección poco común pero grave conocida como "disección arterial" que generalmente es causado por un desgarro en la capa interna de la arteria que puede causar el desarrollo de un trombo (coágulo) con el potencial para provocar un derrame cerebral. La mejor evidencia científica disponible respalda la comprensión de que la quiropráctica el ajuste no causa una disección en una arteria normal y sana. Procesos de enfermedades, trastornos genéticos, los medicamentos y las anomalías de los vasos pueden hacer que una arteria sea más susceptible a la disección.

Las disecciones arteriales ocurren en 3-4 de cada 100,000 personas, estén o no recibiendo atención médica. Los pacientes que experimentan esta afección a menudo, pero no siempre, acuden a su médico o quiropráctico. con dolor de cuello y dolor de cabeza.

La asociación reportada entre las visitas al quiropráctico y el accidente cerebrovascular es extremadamente rara y se estima que es relacionados en uno en un millón a uno en dos millones de ajustes cervicales. A modo de comparación, la incidencia de El ingreso hospitalario atribuido al uso de aspirina por eventos GI importantes de todo el tracto GI (superior e inferior) fue 1219 eventos / por millón de personas / año y el riesgo de muerte se ha estimado en 104 por millón de usuarios.

También es importante que comprenda que existen opciones de tratamiento disponibles para su afección además de procedimientos quiroprácticos. Estas opciones pueden incluir, pero no se limitan a: cuidado auto administrado, sin receta analgésicos, medidas físicas y descanso, atención médica con medicamentos recetados, fisioterapia, aparatos ortopédicos, inyecciones y cirugía. Por último, tiene derecho a una segunda opinión y a obtener otras opiniones. sobre sus circunstancias y atención médica como mejor le parezca.

He leído, o me han leído, el consentimiento anterior. Aprecio que no es posible considerar todos posible complicación a la atención. También tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido y al firmar a continuación, estoy de acuerdo con la recomendación actual o futura de recibir atención quiropráctica según se considere apropiado por mi circunstancia. Tengo la intención de que este consentimiento cubra todo el curso de atención de todos los proveedores en esta oficina para mi condición actual y por cualquier condición futura para la cual busque atención quiropráctica en esta oficina.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de Testigo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## NUESTRAS POLÍTICAS DE OFICINA

Como posible nuevo paciente, creemos que es importante que comprenda las políticas de nuestro consultorio con respecto a cómo se atiende a los pacientes de esta práctica y los diversos métodos que ofrecemos para facilitar el pago de esa atención. Lea atentamente cada política para que no haya malentendidos en cuanto a lo que puede esperar como paciente de esta práctica y lo que esperamos a cambio. Una vez que haya leído las "Políticas de nuestra oficina", si tiene alguna pregunta o si alguna de estas políticas no le resulta claras y desea obtener más explicaciones, comuníquese a nuestra recepción y un miembro de nuestro personal estará encantado de analizarlas contigo más lejos. Creemos que lo mejor para todos es brindar a los posibles nuevos pacientes la mayor cantidad de información posible sobre cómo los médicos de este consultorio practican la quiropráctica para que se pueda tomar una decisión informada sobre si desean convertirse en pacientes.

Con el tiempo, las personas que son aceptadas como pacientes en esta oficina adquieren una mayor comprensión del propósito de la quiropráctica. Parte de la atención que brindamos ocurre en un área de bahía abierta. Esto permite a los pacientes observar los resultados positivos que se logran y los beneficios derivados de estar bajo cuidados quiroprácticos. Este conocimiento y conciencia cosechan un ambiente positivo que promueve la curación y alienta 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 afirmativos en su vida y en las vidas de sus seres queridos.

### **INFORME DE RESULTADOS**

Para mejorar su comprensión del enfoque quiropráctico que se utilizará para controlar su salud, inmediatamente después de su primer ajuste, se le programará un "Informe médico de hallazgos". La información que reciba en esta cita será tanto informativa como clínicamente relevante para su caso, por lo que se requiere la asistencia de las personas que deseen convertirse en nuevos pacientes de esta práctica. Debido a que los resultados de sus radiografías y todos los exámenes, así como las recomendaciones de atención de los médicos, se analizarán en ese momento, instamos encarecidamente a los nuevos pacientes a que inviten a su cónyuge o pareja a asistir. Sabemos por experiencia que cuando la familia de un paciente comprende las metas y los objetivos de la atención quiropráctica y cómo restaurar y mantener una buena salud también puede afectar sus vidas, se vuelve infinitamente solidario y útil para tomar decisiones importantes sobre las opciones de tratamiento.

### **NUEVAS LESIONES**

En caso de que sufra una nueva lesión, infórmele al coordinador de la recepción lo antes posible. Es posible que deba completar documentación adicional.

### **REPROGRAMACIÓN DE CITAS**

Establecemos horarios de tratamiento específicos para nuestros pacientes. Se requiere una cierta cantidad de tratamientos en un período de tiempo determinado para que obtengamos los resultados que ambos deseamos. Si necesita cambiar este horario, re programe su cita para otro horario. Si el mismo día no es posible, asegúrese de recuperar la cita perdida dentro de una semana.

### **EVALUACIONES Y RE-EXAMENES DEL PROGRESO**

Las evaluaciones de progreso y los nuevos exámenes se realizarán periódicamente para determinar su tasa de progreso y el curso futuro del tratamiento. Se establecerá un horario especial para sus citas de reevaluación.

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE: He leído las políticas de Office anteriores. Reconozco haber recibido una copia de las políticas de la oficina. Además, reconozco que cualquier inquietud relacionada con estas Políticas de la Oficina, así como todas mis preguntas, han sido respondidas por un miembro calificado del personal a mi completa satisfacción.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nac.

\_\_\_\_\_  
HRN

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha