

1

## CONDICION DE PACIENTE

Nombre de paciente: Dr./Mr./Mrs./Ms. \_\_\_\_\_

	Apellido	Nombre	Iniciales
Dia: _____	# Telefono: (____) _____	# Cell: (____) _____	

E-mail: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sex:  M  F DL #: \_\_\_\_\_

Por favor marque uno: Soltero(a)/Casado/Otro: \_\_\_\_\_

En caso de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ # Telefono: \_\_\_\_\_

Empleador del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

# Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Quién podemos agradecer por referirnos? Evento que asistió?: \_\_\_\_\_

---

Método Recordatorio de la cita preferida:  Texto  Email  Tarjeta

2

## PAGO / SEGURO

¿Quién es responsable del pago:  Yo  Otro (Relación de paciente) \_\_\_\_\_

Form of payment:  Cash  Credito  Debito  Aseguransa  Lesiones Personales  Otro \_\_\_\_\_

**Aseguransa (Si es aplicable)**

Nombre de Aseguransa: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Numero de ID: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

# Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Empleador del Asegurado (si es diferente del paciente): \_\_\_\_\_ # Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**Note:** Rellene esta sección sólo si el asegurado es diferente al paciente.

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación del suscriptor: \_\_\_\_\_

Address:  Same as above (If different fill out below)

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

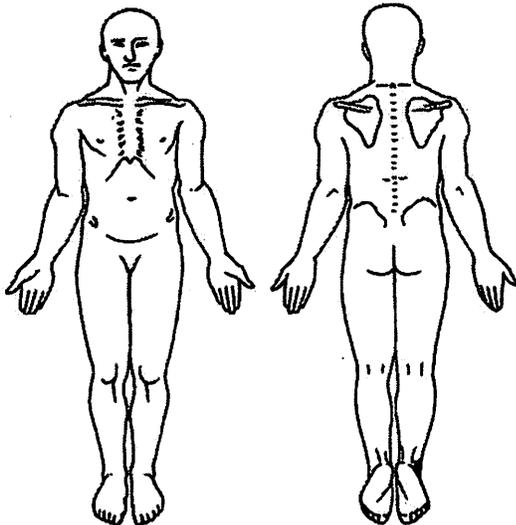
# Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Empleador del Asegurado (si es diferente del paciente): \_\_\_\_\_ # Telefono:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**3 QUEJA PRINCIPAL**

1. Sus síntomas actuales o condiciones relacionadas son el resultado de un accidente de auto, del, o lesiones personales que alguien más podría ser legalmente responsable de?  Si  No
2. Queja Principal: \_\_\_\_\_
3. ¿Cuándo comenzó primero su condición? Año: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Día / Fecha: \_\_\_\_\_
4. Es esta condición empeorando progresivamente?  Si  No  Desconocido
5. ¿Ha tenido algo como esto antes? No / Sí: cuando?: \_\_\_\_\_
6. ¿Con qué frecuencia vuelve a aparecer el problema?: \_\_\_\_\_
7. ¿El dolor es constante o se va y viene? \_\_\_\_\_
8. ¿Interfiere con su:  Trabajo  Dormir  Rutina diaria  Recreación  N/A  Otro: \_\_\_\_\_
9. ¿Qué lo hace sentir mejor? \_\_\_\_\_
10. Que lo hace sentir peor? \_\_\_\_\_
11. Tipo de dolor:  Agudo  Aburrido  Palpitante  Entumecimiento  DolorIDO  Disparo  
 Ardiente  Estremecimiento  Tiron  Rigido  Hinchado  Otro \_\_\_\_\_

**POR FAVOR MARQUIEN EL ÁREA(S) EN EL ESQUEMA CON EL SÍMBOLO APROPIADO (S) DE LA SENSACIÓN (S) SE SIENTE:**  
 DOLORIDO: == AGUDO/ PUÑALADA: // AGUJAS: 00 ENTUMECIMIENTO: ++ ARDIENTE: xx



**POR FAVOR CIRCULE SU NIVEL DE DOLOR:**  
 (1= dolor mínimo; 10= peor dolor imaginable)

<b>DOLOR</b>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## HISTORIAL DE SALUD

¿Has ido alguna vez con un quiropráctico? Si / No, ¿para qué? \_\_\_\_\_

¿Es usted, o podría estar embarazada? Si/No    ¿Tiene un marcapasos? Si/No

¿Qué tratamiento han recibido por su condición?

Medicamentos

Cirugía

Terapia física

Quiropráctica

Ninguna

Otro: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de otro médico(s) que te han tratado para tu condición? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su último examen físico? \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

Fecha de la última:

Examen físico: \_\_\_\_\_ Examen espinal: \_\_\_\_\_ Radiografía espinal: \_\_\_\_\_ Radiografía de pecho: \_\_\_\_\_

MRI, CT-Scan, Bone Scan: \_\_\_\_\_ Prueba de sangre: \_\_\_\_\_ Examen de orina: \_\_\_\_\_

Marque "Si" o "No" para indicar si usted ha experimentado cada uno de los siguientes y complete la información a continuación:

AIDS/HIV	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hernia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Nervio Comprimido	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Alergias	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Chicken Pox	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Disco herniado	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Neumonía	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Trastrono de sangre	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hipertensión	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Problema de próstata	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Ansiedad /Depr.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Higado	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Atención Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Apendicitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Problema de comer	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Migrañas	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Rheu. Artritis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Emphysema	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Stroke	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Trastorno Auto.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Epilepsia/Seizure	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	MS	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Thyroid Diseases	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Cancer	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Otro: _____	

Anote todos los **medicamentos actuales, suplementos de vitaminas / minerales, hierbas**, incluyendo la dosis: \_\_\_\_\_

Detalle las **alergias** conocidas: \_\_\_\_\_

Si usted **fuma o ha fumado** alguna vez, describir cuánto y por cuánto tiempo: \_\_\_\_\_

Describa su uso de alcohol típico (#of bebidas por día / por semana): \_\_\_\_\_

Por favor, enumerar y describa todas las **lesiones previas significativas** con fechas (**esguinces, fracturas, accidentes**, etc.): \_\_\_\_\_

Enumere y describa todas las **cirugías previas significativas** con fechas: \_\_\_\_\_

Enumere sus habituales de **ejercicio y el deporte, la actividad laboral, valores (familia, espiritual, financiero, mental, social)**: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAL**

Por favor escriba cualquier problema de salud significativo de padres, abuelos o hermanos (cáncer, diabetes, enfermedades del corazón, presión arterial alta, enfermedad renal, migraña, apoplejía, tiroides, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Ahora viene un hombre. Cualquier hombre es una cosa pequeña. Este hombre da un ajuste. El ajuste es una cosa pequeña. El ajuste sustituye a la subluxación. Eso es una cosa pequeña. Los comunicados de la subluxación ajustados liberan la presión sobre los nervios. Eso es una cosa pequeña. La presión liberada restaura la salud a un hombre. Eso es una gran cosa para que el hombre*

-D.D. Palmer



**South OC Chiropractic**

23792 Rockfield Blvd., Suite 210 Lake Forest, CA 92630

tel: (949) 470-4757 | fax: (949) 470-7777

[www.southocchiropractic.com](http://www.southocchiropractic.com)



**South OC Chiropractic**

23792 Rockfield Blvd. Suite #210  
Lake Forest, CA 92630

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE QUIROPRACTICA

Felicidades por elegir el programa de atención médica más segura y más natural jamás concebido: quiropráctica. Este enfoque indoloro, lógica y eficaz a la salud ha estado sirviendo a la gente común por más de 100 años. Es licenciado en todos los estados, y en muchos países. Quiropráctica tiene la menor posibilidad de efectos secundarios que cualquier otro tipo de atención médica. Dolores de cabeza leves y músculos dolor a veces puede ocurrir.

Estan son algunas estadísticas acerca de los posibles efectos secundarios de gravedad:

La causa # 1 de muerte en los EE.UU. es prescritos fármacos. (CDC, FDA, sitios NIH, también Gary Null: Muerte por la Medicina)

El accidente cerebrovascular es una de las causas más comunes de muerte en los EE.UU. La gente va a los médicos todo el tiempo y es probable que muchos habrán tenido una reciente visita al médico. No hay absolutamente ningun riesgo importante de la atención quiropráctica que es mayor que los riesgos de un tratamiento médico. De hecho, cuando se toman juntos todos los factores, las muertes y lesiones causadas por una combinación de errores médicos y medicamentos intencionales, la quiropráctica es menor riesgo. Riesgo de accidente cerebrovascular de la quiropráctica? Prácticamente cero posibilidades de accidente cerebrovascula. El estudio más grande jamás hecho- 2008 estudio en Canadá- [www.bellevuechiro.com/index.php?p=213660](http://www.bellevuechiro.com/index.php?p=213660)

~~V~~aux~~singular~~3rd mirando a los 12 millones de personas de más de 9 años, mostró que el 53% de los accidentes cerebrovasculares había visitado su MD dentro de los 30 días antes, mientras que sólo el 4% había visitado su DC. No hay evidencia de exceso de riesgo de ictus asociado con la atención quiropráctica.

En 2001, el Canadian Medical Association Journal encontró que sólo hay un riesgo de uno en 5,85 millones en la manipulación cervical de un MD, PT, o CC sería seguido por un accidente cerebrovascular. Autor David Cassidy, profesor de epidemiología de la Universidad de Toronto dijo que los pacientes ya habían dañado la arteria antes de buscar ayuda, ya sea un médico o un quiropráctico, y luego la carrera se produjo después de la visita.

Hablando de los riesgos asociados con la quiropráctica, debemos mirar también en el riesgo asociado con la falta de ajuste. Esta riesgo fue uno de los 4 componentes del riesgo en la Asociación de Colegios de quiropráctica sobre el consentimiento informado en 2008. La degeneración discal, pérdida de movilidad, pérdida de tono general, y la disminución de la calidad de vida son los riesgos reales de la columna vertebral sin tartar con el tiempo.

Se requieren doctores en quiropráctica que utilizan técnicas de terapia manual para aconsejar a los pacientes que no son o pueden ser algunos riesgos asociados con dicho tratamiento. En particular, se señala:

- a) Aunque es poco común, algunos pacientes pueden experimentar empeoramiento a corto plazo de los síntomas, fracturas de costillas o los músculos y ligamentos cepas o esguinces como resultado de las técnicas de terapia manual:
- b) Se ha informado de casos de síntomas asociados con muchos movimientos del cuello común, incluidos los ajustes de la columna cervical superior. Evidencia médica y científica actual no establece una relación causa-efecto clara entre la parte superior de ajuste de columna cervical y la ocurrencia de un accidente cerebrovascular. Además, la asociación aparente se observa con muy poca frecuencia. Sin embargo, usted está siendo advertido de esta posible asociación porque derrame cerebral a veces causa deterioro neurológico grave, y puede en raras ocasiones causar lesiones incluyendo parálisis. Es posible que estos tipos de lesiones resultanten por parte de un ajuste vertebral cervical superior es extremadamente remota.
- c) Hay casos raros reportados de lesiones de disco siguientes ajustes de la columna cervical y lumbar o tratamiento quiropráctico. El tratamiento quiropráctico, incluyendo el ajuste vertebral, ha sido objeto de informes del gobierno y estudios multidisciplinarios realizados durante muchos años y han demostrado ser un tratamiento efectivo para muchos el cuello y las condiciones de la espalda que implican dolor, entumecimiento, correo no deseado muscular, pérdida de movilidad, dolor de cabeza y otros síntomas similares. El cuidado quiropráctico contribuye a su bienestar general también. El riesgo de lesiones o complicaciones de os tratamiento quiropráctico sustancialmente menor que el asociado con muchos tratamientos médicos o de otro tipo, medicamentos y procedimientos indicados para los mismos tratamientos.

Reconozco la naturaleza y finalidad del tratamiento quiropráctico en general y mi tratamiento en particular (incluyendo ajuste vertebral), así como el contenido de este consentimiento. Doy mi consentimiento para los tratamientos quiroprácticos ofrecidos o recomendados por mi quiropráctico, incluyendo el ajuste vertebral. Tengo la intención de este consentimiento para aplicar a toda mi atención quiropráctica presente y futuro.

---

Firma

---

Nombre

---

Fecha



## South OC Chiropractic Financial Agreement

Trabajaremos diligentemente con su compañía de seguros para que sus factura(s)/reclamo(s) sean procesados y pagados. En última instancia, si la compañía de seguros niega el pago, puede convertirse en su responsabilidad de pagar los servicios. Trabajamos duro para asegurarle el mejor tratamiento posible y trabajar juntos es necesario para este enfoque. Por favor, notifique a SOUTH OC CHIROPRACTIC cuando un número de tarjeta de crédito haya cambiado o expirado.

**POR FAVOR, INICIE CADA ESPACIO EN BLANCO después de haber leído cada declaración.**

\_\_\_\_\_ Si mi compañía de seguros no paga a SOUTH OC CHIROPRACTIC por los servicios otorgados, me convertiré personalmente responsable de los cargos. Tendré 15 días para liquidar mi cuenta llamando a mi compañía de seguros después de que esta oficina me lo notifique. Si la cuenta no se liquida en un plazo de 15 días, por la presente autorizo a SOUTH OC CHIROPRACTIC a cargar cualquier balance pendiente a mi tarjeta de crédito.

\_\_\_\_\_ Los cheques de seguro que recibo serán llevados lo más pronto posible a la oficina. La imposibilidad de hacerlo en 7 días después de recibir los cheques del seguro autoriza a SOUTH OC CHIROPRACTIC a cobrar en mi cuenta la tarjeta de crédito por los cargos no pagados.

\_\_\_\_\_ El saldo de mi cuenta se pagará dentro de los 30 días siguientes a la notificación que me envíen. Si el saldo se queda en 30 días, por la presente autorizo a SOUTH OC CHIROPRACTIC a cargar el balance total a mi tarjeta de crédito en el archivo.

\_\_\_\_\_ Cuando no uso el seguro de salud para mi tratamiento, autorizo el uso de esta tarjeta para el pago de los servicios otorgados en SOUTH OC CHIROPRACTIC en el momento en que los servicios se otorgan hasta que yo le proporcione notificación por escrito para terminar. (es decir, terapia física, acupuntura, quiropráctica, masajes, pagos médicos, etc.)

\_\_\_\_\_ Entiendo que hay un cargo de \$35.00 POR NO LLEGAR A MI CITA O CANCELAR MI CITA para todos los servicios excepto quiropráctica, a menos que se proporcione un aviso de 24 horas antes de la cita.

\_\_\_\_\_ Por favor, cargue mi tarjeta de crédito en el archivo, ya que este es mi método preferido de pago para todos los saldos de mi cuenta. Entiendo que se me entregarán un recibo para mis registros.



## South OC Chiropractic Financial Agreement

**Autorizo a SOUTH OC CHIROPRACTIC a cobrar la tarjeta de crédito indicada en este formulario de autorización por los servicios otorgados. Certifico que soy un usuario autorizado de esta tarjeta de crédito y que no negaré el pago con mi compañía de tarjeta de crédito cuando se le cobren los servicios ortogados.**

**Entiendo y acepto toda la información escrita arriba.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre como aparece en su tarjeta de credito:

\_\_\_\_\_

Número de tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_

Fecha de expiracion: \_\_\_\_\_ Number de Identification secreto (CVC): \_\_\_\_\_

Firma del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**South OC Chiropractic**

23792 Rockfield Blvd. Suite #210  
Lake Forest, CA 92630

**RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES WRITTEN  
ACKNOWLEDGEMENT FORM**

Yo \_\_\_\_\_, he recibido una copia  
del Aviso de Prácticas de Privacidad del Sur OC quiropráctica.

\_\_\_\_\_  
**Nombre de paciente**

\_\_\_\_\_  
**Firma de paciente o guardian legal**

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

**\*\*For Office Use Only\*\***

**If patient wishes not to sign this notice, please  
indicate time and date notice was given, also state  
reason and provide documentation that the patient  
refused to sign waiver.**

**(Employee signature is sufficient)**



**South OC Chiropractic**

23792 Rockfield Blvd, Suite #210  
Lake Forest, CA 92630

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE SOUTH OC CHIROPRACTIC

Nos preocupamos por la privacidad de nuestros pacientes y nos esforzamos para proteger la confidencialidad de su información médica en esta práctica. La nueva legislación federal requiere que emitimos el presente comunicado de nuestras prácticas de privacidad. Usted tiene el derecho a la confidencialidad de su información médica, y esta práctica es requerida por TAW a mantener la privacidad de esa información.

Se requiere esta práctica para cumplir con los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente en vigor, y para proporcionar una notificación de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si usted tiene alguna pregunta sobre este Aviso, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad en esta práctica.

### **¿Quién va a seguir este aviso?**

Cualquier profesional de la salud autorizado a ingresar información en su expediente médico, todos los empleados, el personal y otros miembros del personal en esta práctica que puede necesitar el acceso a su información debe cumplir con este Aviso. Todas las filiales, socios de negocios (por ejemplo, un servicio de facturación), sitios y ubicaciones de esta práctica pueden compartir información médica entre sí para tratamiento, con fines de pago o el funcionamiento de atención de salud como se indica en este aviso. Excepto cuando se trate de tratamiento, sólo la información necesaria mínima necesaria para llevar a cabo la tarea será compartida.

### **Cómo podemos usar y divulgar información médica sobre usted.**

*Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar información médica sin su consentimiento o autorización específica. Se proporcionan ejemplos para cada categoría de usos o revelaciones. No se enumeran todos los posibles usos o revelaciones.*

**Para tratamiento:** Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Ejemplo: En lo esté tratando por una condición específica, es posible que necesitemos saber si usted tiene alergias o lesiones previas o cirugías que podrían influir en nuestro proceso de tratamiento.

**Para pago:** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba de nosotros puedan ser facturados y el pago recogidos de usted, una compañía de seguros o un tercero. Ejemplo: es posible que tengamos que enviar su información de salud protegida, tal como su nombre, dirección, fecha de visita al consultorio, y los códigos de identificación de su diagnóstico y tratamiento a su compañía de seguros para el pago

**Para Operaciones de Cuidado de Salud:** Podemos utilizar y divulgar su información médica para las operaciones de atención de salud para asegurar que usted reciba una atención de calidad. Ejemplo: Podemos utilizar la información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted.

### Otros usos o divulgaciones que se pueden hacer sin su consentimiento o autorización

- A medida que se requiere durante una investigación realizada por las fuerzas del orden
- Para evitar una amenaza seria para la salud o la seguridad pública
- A medida que lo requieran las autoridades militares a sus registros medicos



**South OC Chiropractic**

23792 Rockfield Blvd. Suite #210  
Lake Forest, CA 92630

- Para programas de compensación o similares de los trabajadores para la tramitación de las reclamaciones
- En respuesta a un procedimiento legal
- Para un médico forense para la identificación de un cuerpo
- Si un preso, a la institución o la aplicación de ley oficial correccional
- Como es requerido por la Food and Drug Administration (FDA)
- Las actividades de tratamiento de otros proveedores de salud
- Otras entidades cubiertas como de los proveedores actividades de pago
- Actividades de operaciones de asistencia sanitaria otras entidades cubiertas "(en la medida permitida por HIPAA))
- Usos y divulgaciones requerido por la ley
- Usos y revelaciones de la violencia doméstica o situaciones de negligencia
- Actividades de supervisión de salud
- Otras actividades de salud pública

Podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas o información sobre el tratamiento y otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

#### **Usos y divulgaciones de información médica protegida que requieren su autorización por escrito**

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este aviso o las Quijadas que se aplican a nosotros se harán sólo con su autorización por escrito. Si usted nos da autorización para usar o revelar información sobre su salud, usted puede revocar esa autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, a partir de entonces ya no usará o revelará información médica sobre usted por las razones cubiertas en su autorización por escrito. No podemos tomar ninguna revelación que ya hayamos hecho con su autorización y que estamos obligados a retener nuestros registros de la atención que le hemos proporcionado.

#### **Sus Derechos Individuales Con respecto:**

##### **Revelaciones y cambios a su información médica**

**Derecho a solicitar restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago o atención de salud o para alguien que esté involucrado en su cuidado o el pago de su cuidado. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en esta práctica. En su solicitud, usted debe decirnos qué información quiere limitar.

**Derecho a una Contabilidad de Revelaciones no estándar:** Usted tiene el derecho de solicitar una lista de las revelaciones que hemos hecho de su información médica. Para solicitar esta lista, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en esta práctica. Su solicitud debe indicar el período de tiempo durante el cual desea recibir una lista de divulgaciones que no más de seis años, es decir, y no puede incluir fechas antes abril 14 de 2003. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (ejemplo: papel o electrónicamente). La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, nos reservamos el derecho de cobrarle por el costo de proporcionar la lista.

**Derecho a enmendar:** Si usted siente que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda durante el tiempo que se mantiene la información. Para solicitar una enmienda, nuestra solicitud debe hacerse por escrito y presentarse al Oficial de Privacidad en esta práctica. Además usted debe proporcionar una razón que apoye su petición. Podemos negar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición. Además podemos rechazar su solicitud si la información no fue creada por nosotros, no es parte de la información médica mantenida en esta práctica, no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar, o que consideramos ser correcta



**South OC Chiropractic**

**23792 Rockfield Blvd. Suite #210  
Lake Forest, CA 92630**

y completa. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar declaración de desacuerdo con nosotros. Podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación. Las declaraciones de desacuerdo y las refutaciones correspondientes se mantendrán archivados y enviados con cualquier futuras solicitudes autorizadas para la información relativa a la parte apropiada de su registro.

### **Su acceso a la información médica**

**Derecho a inspeccionar y copia:** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye los registros médicos y de facturación, pero no incluye las notas de psicoterapia, información recopilada para su uso en una acción civil, penal o administrativa, y la información de salud protegida cuyo acceso está prohibido por la ley. Para inspeccionar y copiar información médica que puede ser utilizada para tomar decisiones acerca de su, usted debe presentar su solicitud por escrito al funcionario de privacidad en esta práctica. Si usted solicita una copia de la información, nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud. Podemos negar su solicitud de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, usted puede solicitar que se revise la negativa. Otra de atención de salud con licencia profesional elegido por esta práctica revisará su solicitud y la negación. La persona que realiza la revisión no será la persona que negó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

**Derecho a una copia impresa de este aviso:** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Incluso si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia en papel. Para obtener una copia impresa de la notificación actual, por favor solicitarlo por escrito a la Oficina de Privacidad en esta práctica.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Usted tiene derecho a solicitar cómo debemos enviar comunicaciones con usted acerca de asuntos médicos, y donde le gustaría aquellos comunicación enviada. Para solicitar comunicación confidencial, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en esta práctica. No le preguntaremos la razón de su solicitud. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Nos reservamos el derecho de rechazar una solicitud si impone una carga excesiva para la práctica.

**Quejas:** Si usted cree que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja con el Oficial de Privacidad en esta práctica o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Toda queja debe ser presentada por escrito. Usted no será penalizado o discriminado por presentar una queja.