

South OC Chiropractic

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

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

www.southocchiropractic.com

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: _____

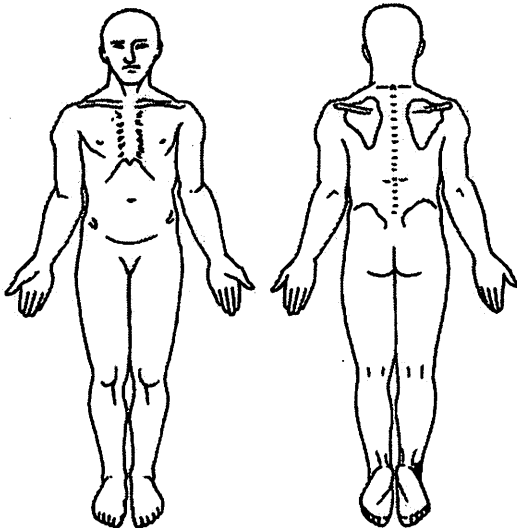
Telefono:() _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

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)

DOLOR									
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



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, lógico 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- ~~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.

ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL / O EN EL EMPLEO

1
uno

2da

DATOS PERSONALES

Fecha: ____ / ____ / ____ Número de Archivo: _____

Nombre: _____

2b
dos b

ACCIDENTE EN EL TRABAJO

Fecha y hora del accidente: _____ a.m. p.m.

¿Fué su accidente directamente relacionado con el trabajo? Sí No

En breve, describa lo ocurrido antes y durante el accidente:

Dé la dirección donde ocurrió el accidente (sí es diferente a la del lugar del trabajo): _____

¿Estuvo alguien presente cuando ocurrió el accidente? Sí No

¿Reportó el accidente a sus superiores o al jefe? Sí No

¿Qué recomendaciones le sugirieron sus superiores después del accidente? _____

¿Ha tenido usted accidentes parecidos a éste? Sí No

¿Sabe usted si ésta clase de accidentes han sucedido anteriormente? Sí No

En general:

¿Físicamente, le produce su trabajo stress? Sí No

¿Mentalmente, le produce su trabajo stress? Sí No

¿Es ruidoso el sitio donde trabaja? Sí No

¿Ha cambiado de trabajo este último año?... Sí No

ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL

Fecha y hora del accidente: _____ a.m. p.m.

Era usted el: Conductor Pasajero asiento de adelante Pasajero asiento de atrás

Si hubo una violación de tráfico, ¿quién recibió la citación?

¿Cuántas personas iban en el vehículo accidentado? _____

¿La policía visitó el lugar del accidente? Sí No

¿Sabe si la policía llenó un reporte de lo ocurrido? Sí No

¿Hubo testigos? Sí No

¿Tenía el cinturón de seguridad abrochado? . . . Sí No

¿Tenía el vehículo bolsas de aire? Sí No

Si las tenía, ¿se inflaron? Sí No

En relación a la base de su cráneo, ¿donde estaba la cabecera de su asiento? Alta Baja A la base de su cráneo.

¿Contra que se accidento? Otro vehículo Otro

Sí es otro, explique: _____

¿Se golpeo alguna parte de su cuerpo con el vehículo? Sí No

En caso de golpe, por favor describa: _____

Marca y modelo del vehículo que usted ocupaba:

Nombre del área o calle en que usted viajaba:

¿En que dirección se dirigía usted? N S E O

¿Cuál era la velocidad aproximada de su vehículo? _____

¿En que lugar fué impactado su vehículo? Frente Detrás Lado derecho Lado izquierdo Otro

Durante el impacto, usted estaba mirando a: la derecha izquierda hacia adelante

¿Usted se dió cuenta o fué sorprendido por el impacto? Sí hubo otro vehículo involucrado en este accidente...

Marca y modelo del otro vehículo: _____

Dirección en que ese otro vehículo se dirigía: Norte Sur Este Oeste

Velocidad de ese otro vehículo: _____

En sus propias palabras, por favor describa el accidente:



tres

DESPUES DE LA LESION

¿Cayó usted inconsciente? Sí No

Sí respondió que sí, ¿por cuanto tiempo? _____

Por favor describa como se sintió inmediatamente después del accidente: _____

Fué usted al hospital o ha visto algún doctor después del accidente? Sí No

¿Cuando fué? Inmediatamente Al próximo día Después de dos días

Como llegó al hospital o al doctor Ambulancia Transporte particular

Nombre del hospital y del doctor que le atendió: _____

El título del doctor es: D.C. M.D. D.O. D.D.S.

Describe los tratamientos que recibió, si alguno: _____

¿Le tomaron radiografías? Sí No

¿Le prescribieron medicamentos? Sí No

¿Ha podido trabajar después del accidente? Sí No

¿Tiene usted impedimentos en su trabajo a consecuencia de la lesión? Sí No

Indique los síntomas que han resultado de éste accidente:

- Vértigo Insomnio Problemas de la mandíbula Náuseas
- Desmemoriado Irritabilidad Dolor en brazos/hombros Dolor de espalda
- Dolor de cabeza Fatiga Dedos/Manos insensibles Dolor en la espalda baja
- Visión borrosa Tensión Dolores en el pecho Espalda rígida
- Zumbido en los oídos Dolor en el cuello Respiración corta Dolor de piernas
- Trímbr en los oídos Cuello rígido Malestar de estómago Pies/dedos insensibles
- Otros _____

¿Su condición ha empeorado?

Sí No Es constante Va y viene

Indique el nivel de dolor cuando hace alguna de las siguientes actividades:

	Cómodo	Incómodo <small>Aunque sea esporádico</small>	Doloroso
Acostado boca arriba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acostado de lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acostado boca abajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estirándose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relación Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corriendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haciendo deportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantando algo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclinándose o doblándose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrodillándose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jalando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha contratado a un abogado? No Sí

Nombre: _____

y número de teléfono: _____

cuatro

RECUPERACION

Para poder evaluar el efecto que regresar a su trabajo le causaría a su recuperación, por favor responda a estas preguntas.

¿Cuántas horas al día trabaja? _____

Por favor indique con las actividades que usted normalmente hace en su trabajo.

- Esta de pie Conduce Usa maquinaria
- Esta sentado Gira su cuerpo Trabaja con las manos elevadas
- Camina Gatea/arrastra Escribe a máquina
- Levanta Inclinarsse/doblarse Agachado

Otros _____

¿En que posiciones puede trabajar con un mínimo esfuerzo físico y por cuanto tiempo? _____ N/A

Antes de lesionarse, ¿podía usted trabajar igual que otras personas de su edad? Sí No N/A

¿Trabaja usted con personas que puedan ayudarle levantar cosas pesadas? Sí No N/A

Mientras se recupera, ¿hay algún trabajo suave que pueda usted solicitar? Sí No N/A

cinco

SEGURO ADICIONAL

Seguro secundario o seguro de Automóvil

Clase de seguro: _____

Nombre de la compañía: _____

Dirección: _____

de teléfono: _____

Nombre del asegurado(a): _____

de póliza: _____ # de este reclamo: _____

#SS del asegurado(a): _____

Fecha de nacimiento del asegurado(a): _____

Empleador del asegurado(a): _____

Nombre del agente de seguros: _____

Sí alguna información médica o financiera a cambiado, por favor informe a nuestro personal.

Recuerde que usted es últimamente responsable por su cuenta.

_____/_____/_____
Firma Fecha

Solo para uso interno Solo para uso interno Solo para uso interno Solo para uso interno Solo para uso interno



South OC Chiropractic

23792 Rockfield Blvd. Suite #210

Lake Forest, CA 92630

A signación cesión del prodecer, contractual de derecho de retención y autorización

Yo por este medio dirigo que cualquier y todas aseguranzas, abogados, agencias, departamentos del gobierno, compañías, individuales, y o otras entidades legales pudran ser elegidos or obligados a pagar beneficios a mi por cualquier condición medica, accidentes, lesiones, o enfermedades del pasado y futuro, que sean pagados directamente y exclusivamente al nombre de South OC Chiropractic (SOCC). Tales sumas debidos a SOCC por cargos incurrido de parte de mi, incluyen pero no son limitados a, cargos de tratamiento, reportes de narracion, deposiciones, testimonios, y cualquier otros cargos incurridos por me in las oficina. Yo concedo el derecho de retención a SOCC con respeto a mis cargos, aplicable para beneficiarlos alternos, sin embargo, yo entiendo que nada en este acuerdo que se interpretará como una elección de SOCC para reclamar protección bajo una ley de derecho de retención. Por los propósitos de este acuerdo, "beneficios" seran incluidos, pero no seran limitados a, ganancias de cualquier asentamiento, juicio, o veredicto, y adems cualquier ganancias emparentado a aseguranzas de comercio de salud, beneficios de discapacidad, beneficios compensacion de el trabajador, pagos de beneficios medicales, lesiones personales de protección, beneficios de salarios perdidos, beeficios de servicios perdidos, cobertura de culpa, cobertura de manejarlo sin aseguranza, responsabilidad de tercera parte, ganancias de negligencia profesional, acuerdos de retener abogados, y cualquier otros beneficios or ganancias que seran pagados a mi para los propósitos dichos arriba, independientemente de cualquier ganancias seran relatados a mis cargos or no.

Yo adicionalmente estoy de acuerdo que, en el evento que el pagador niega pagar a SOCC. Yo asigno, en la medida permitido por la ley, todos mis derechos, remedios, y beneficios a SOCC al grado de mis cargos, y cualquier causas de acción que podrn ser usado de contra del pagador, a ser enjuiciado de las causas de acción de cualquiera de los dos en mi nombre o en el nombre de la oficina, y resolver las causas de acción como la oficina consideran necesario.

En el evento que sostener uno or mas abogados para que me representen en este asunto, yo voy a dirigir cada abogado que emita una carta de protección para esta oficina con respeto a mis cargos. Tras la emisión, por la presente estoy de acuerdo que esa carta(s) de protección no podran ser revocado or modificado sin la expresión de consentimiento por escrito a esta oficina. Ademas yo directare cada abogado para proveer aviso inmediatamente a la oficina con respeto de cualquier fondos recibido por el abogado relacionado con mi accidente, que pague la oficina, y provenga la cuanta completa de los fondos a la oficina cuando sea necesario.

Yo por esta medio directo que los pagadores liberan a SOCC cualquier informacion con respeto a cualquier cobertura o beneficios que pueda yo tener, incluyendo pero no limitado a, el numero de cobertura, el numero de pago, y el numero de reclamaciones pendientes.

Yo autorizo que la oficina puede liberar cualquier informacion con respecto a mi tratamiento o mi caso(s) a todos los pagadores como es definido arriba para facilitar la colección dentro este acuerdo. Yo declaro que esta oficina directamente aga copia de el expediente de este acuerdo, junto con cualquier cargos aplicables, con cualquier pagadores, no importando si el reclamo a sido establecido con los pagadores dichos. Yo declaro autorizo SOCC que endorse/firme mi nombre en cualquier y todos los cheques con mi nombre que reciba pagos que son presentados a esta oficina para pagos de cualquier cuenta que sean asociados con mígo, my esposa, o cualquiera de mis dependientes. Ademas autorizo SOCC que aplique cualquier balance de credito incurrido por me y cualquier otros cargos pendientes que sean debidos de me, my esposa, o mis dependientes, independientemente que sean relatados a mi condición.

Yo entiendo que soy responsable por el total debido a SOCC por los servicios. Este acuerdo no constituye consideracion para la oficina que espere pagos y que podra demandar pagos de mi inmediatamente de que los servicios sean administrados. Si la oficina tiene que tomar acción para collectar cualquier saldo pendiente de mi cuenta, yo soy responsable para pagos y pague a SOCC para todo los costos de colección por los esfuerzos, incluyendo, pero no limitado a, los cargos de costo a la courte y abogados.

Este acuerdo no sera modificado or revocado sin el consentimiento mutal de SOCC y yo mismo. Yo declaro cualquier autorización, sea ejecutado en esta oficina o cualquier otra oficina al grado que los terminos de esa autorizacion conflictan con los terminos de acuerdo no seran revocados.

Estoy de acuerdo que todos y cada uno de las provisiones de este acuerdo sea necesariamente razonable para la protección de los derechos de interes de SOCC y yo mismo. Sin embargo, si cualquier provision de este acuerdo es invalidado, ilegal, or no podra ser enforzado por cualquier razon sera cesado, toda otras provisiones de este acuerdo seran enforzado y en efecto

Nombre de patient: _____

Firma de patient/tutor legal: _____ Date: ____/____/____

Nombre de abogado: _____ Date: ____/____/____

Firma de abogado: _____ Date: ____/____/____

SOUTH OC CHIROPRACTIC

Póliza financiera de lesiones personales

Los doctores y el personal de South OC Chiropractic, están encantados de tenerle como paciente. Por favor permítanos introducir las pólizas a usted para confirmar que podamos aceptarlo(a) como un paciente de lesiones personales.

Por favor lea las opciones siguientes de facturación y re-reembolso de su tratamiento en la oficina. Por favor preguntenos si tiene una pregunta sobre las opciones de abajo:

- ___ Opción 1 - Una póliza personal de auto que tiene cobertura de un exceso de \$2500.
- ___ Opción 2 - Aseguranza personal de salud que cubre el costo de el tratamiento.
- ___ Opción 3 - Tiene un abogado que representa su interés y garantiza pago de el bill de quiropractica cuando el tratamiento sera término.
- ___ Opción 4 - Paga para el tratamiento cuando los servicios seran administrados.

* La mayoría de pacientes pueden tomar ventaja de usar una combinación de las tres opciones. Si requiere ayuda para obtener un abogado, por favor deje saber a su doctor y el felizmente le ayudará. El costo para un buen abogado o más es el mismo. Y nosotros conocemos los buenos!

Por favor comprenda que es contra nuestra póliza de oficina aceptar un caso de lesiones personales cuando el unico modo de pago para su tratamiento es por parte de aseguranzas de 3^a parte. 3^a parte se refiere a cobertura de aseguranza por parte de algien mas que no es usted. Por ejemplo, la aseguranza de el dueño del el otro automóvil involucrado en el accidente.

Es nuestra experiencia que es para su mejor interés que reporte su accident a su aseguranza (que es requerido para que nosotros podamos aceptar su caso personal). Que pague su premium de aseguranza cada mes y que en ocasiones pueda estar pagando por años sin usarlo. Aseguresse de dejar saber a su aseguranza que a tenido un accidente y que quiere acer un reclamo para que nosotros podamos tomar cargo de sus necesidades financieras de su tratamiento.

___ Iniciales

En unos casos, su aseguranza tratara de insistir que uste use la aseguranza del la otra persona involucrada (la 3^a parte) para reembolso de su tratamiento. En estos casos, deje su aseguranza saber que esta pagando cada mes tras mes para su tratamiento cuando sea necesario.

Yo _____ entiendo la póliza de South OC Chiropractic. Yo quisiera usar las opciones de arriba. Yo entiendo que finalmente yo soy responsable de pagar mi tratamiento. Voy a dar toda la información que es necesario para acer un reclamo de el tratamiento. Si en cualquier momento ay un cambio de las opciones arriba, yo inmediatamente notificaria a South OC Chiropractic para que hagan cambios necesarios.

Nombre

Firma

Dia de hoy

Información de daños corporales

1. Día de accidente:

2. Información de su aseguranza de auto:

- A. Nombre de aseguranza:
- B. Nombre del asegurado:
- C. # Póliza:
- D. # Reclamación:
- E. Nombre de agente y teléfono:
- F. ¿Tiene cobertura de salud en su seguro de auto?:
- G. Fue reportado el accidente a su aseguranza?:

3. Información de otra persona involucrado

- A. Nombre de la persona:
- B. Nombre de aseguranza:
- C. # Reclamación:
- D. Nombre del agente y teléfono:

4. Cantidad daños a la propiedad \$ _____

5. Tipo de carro que conducía:

Año _____ Marca _____ Modelo _____

Tipo de daño al carro: _____

6. Su información de aseguranza de salud:

- A. Nombre de aseguranza:
- B. Nombre del asegurado:
- C. # Seguro Social del asegurado:
- D. # Identificación:

7. Tiene un abogado? Sí _____ No _____

Información de abogado:

Nombre:

Dirección:

de teléfono:
