



TERMINOS DE ACEPTACION

EXPLICACION DE SERVICIOS

- Actividades rutinarias podrían ocasionar que la espina dorsal se mal-acomode. Estos mal-acomodamientos, también conocidos como subluxaciones o dysfunction de coyunturas, crean una interrupción entre la comunicación entre el cerebro y las diferentes partes del cuerpo via la espina dorsal. Esto provoca que el movimiento en las coyunturas disminuye, y genere inflamación en cuál ocasiona dolor o incomodidad, pero lo más importante, es que puede afectar la función optima del cuerpo.
- Como quiroprácticos, nos enfocamos en el sistema nervioso. Encontramos estos mal-acomodamientos o subluxaciones con el propósito de mejorar el sistema nervioso naturalmente del paciente para que obtenga un mejor camino hacia una salud optima. Como doctores quiroprácticos nuestro primer enfoque es la salud y el cuidado de nuestros pacientes. Por lo cual, nada mas se aceptaran los pacientes que tengan conocimiento de nuestros servicios y los beneficios que pueden obtener. Es importante que nuestros pacientes sepan lo que hacemos y lo que no hacemos.

LO QUE HACEMOS

- Le proveemos a los pacientes una opción conveniente, accesible y natural para que obtengan una mejor salud a través de tratamientos quiroprácticos. Que muchas de las veces resultan mejor función y movimiento de coyunturas, y mucho más relacionado con la salud del paciente.
- Cumplimos nuestro objetivo basado de nuestra sutil y exacta aplicación de movimientos donde y cuando sea indicado por el quiropráctico licenciado para mejorar el movimiento de la espina dorsal y las extremidades. Este proceso es nombrado comúnmente como un ajuste o manipulación manual.

LO QUE NO HACEMOS/ LIMITACIONES DE SERVICIOS

- No ofrecemos el tratamiento de enfermedades o condiciones en cual no este relacionado con la disfuncion asociado con la espina dorsal o extremidades.
- No se acepta o se mandan facturas hacia ningún tipo de seguridad, Medicare, y/o a 3ras personas en forma de pago.
- No proporcionamos exámenes/ tratamientos invasivos y tampoco administramos fisioterapias como laser frio, estimulación muscular electrónico o ultrasonido.
- Nuestros servicios están limitados a reparar/prevenir efectos del cuidado rutinaria para mejorar la función de la espina dorsal y extremidades.
- En la opinion profesional del doctor, si alguno de nuestros pacientes requiere exámenes diagnósticos adicionales, o otras formas de servicios del cuidado de salud, serán referidos hacia un lugar apropiado, cuando sea indicado.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

La primera cita, todos los pacientes son requeridos pagar \$195.00 que incluye la consulta, examen neurológico, y radiografías de un sola zona, si es necesario mas zonas el costo seria extra. Después de la primera cita, el costo varea dependiendo su tratamiento pagado por visita, mensual o completo. Trabajos musculares, ventosas, decompression y etc. seria un costo adicional. Formas de pago aceptadas: Efectivo, Visa, Mastercard y Health Savings Account (HSA).

Todos los pacientes reconocen que son responsables económicamente y que tienen que remitir el pago completo por todos los servicios recibidos. Todos los pacientes entienden y aceptan que ellos no someterán ningún cobro, factura o reclamo(s) relacionado(s) por, o en, favor hacia ninguna asegurada privada, Medicare o programa asegurador secundario de Medicare en cual el paciente tenga un programa de cobertura de seguridad.

24 HORAS DE AVISO

Para poder mejor servirle a nuestros pacientes, cada cita esta apartada. El horario apartado para cada paciente no esta disponible a los demás pacientes. Entonces, requerimos una notificación o aviso de cancelación de su cita por lo menos 24 horas por adelantado. Por todas las citas canceladas o ausentadas menos de 24 horas de aviso, sera recargado una cuota de cancelación de \$27.00 con la tarjeta que esta registrada en su archivo. Los recordatorios de su cita es una cortesía. Si usted no recibió un aviso de su cita, todavía es su responsabilidad de asistir a su cita.

Yo, _____ (Nombre de paciente) e leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores, y todas las preguntas relacionadas han sido contestado por el doctor a mi satisfacción. Por lo tanto acepto todo el cuidado quiropráctico dado en esta localidad.

Firma _____

Fecha _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Numero de Licencia _____

Sexo: ____ M ____ F

Fecha de Nacimiento: (MM) ____ / (DD) ____ / (AAAA) ____ Edad: _____

Dirección de Hogar: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

de Celular: _____ # de Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia: Nombre _____ # de Telefono: _____

Es eligible para Medicare? (Circule uno por favor) Si No

Ocupación : _____ Años en el trabajo: _____

A sido ajustado/a por un quiropráctico antes? Si No

Si la respuesta es sí, cuando y por cuál razón?

Como se entero de Vital Chiropractic Clinic?

Si alguien lo a referido por favor nos hace saber el nombre de esa persona para agradecerles.
Gracias Por Escoger a Vital Chiropractic Clinic!!!

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

HISTORIAL DEL PACIENTE

Describe la razón de su visita hoy:

Cuando fue la primera vez que noto su síntomas? _____ Que lo ocasiono? _____

Cómo esta su condición ahora? (Circule uno por favor) Mejor Peor Igual Se viene y va

Cuando es que ocurre? (Circule uno por favor) Mañana Tarde Noche

Qué tan frecuente sucede? _____

Cuánto dura sus síntomas? _____

Se mueve de lugar su dolor? (Circule uno por favor) Si No Hacia dónde? _____

Que lo EMPEORA?

___ Manejando ___ Al Respirar
___ Caminando ___ Tosiendo
___ Al estar sentado ___ Durmiendo
___ Al Doblarse ___ Trabajando
___ Al estar parado ___ Ejercicio
___ Al defecar
___ Otras cosas: _____

Que lo MEJORA?

___ Quiropráctica ___ Caliente
___ Descansando ___ Estiramiento
___ Estar acostado ___ Masaje
___ Estar sentado ___ Nada
___ Estar parado ___ Medicamento
___ Caminando ___ Hielo
___ Otras cosas: _____

Rete su dolor HOY: (Circule uno por favor)

(Nada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Dolor Insoportable)

Rete su dolor REGULARMENTE: (Circule uno por favor)

(Nada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Dolor Insoportable)

Mis síntomas interfieren con: (Circule todos los que apliquen)

Trabajo

Al Dormir

Rutina Diaria

Otras Actividades

A tenido esta condición antes? Si No Si es que sí, cuando? _____

A visto otro doctor por su condición? Si No Si es que sí, cuando? _____

Nombre de Doctor: _____ # de Telefono: _____

Le tomaron radiografías o algún otro tipo de imagen? Si No

Que tipo de imágenes? _____

Tipo de tratamiento/resultados: _____

SALUD HISTORIAL

POR FAVOR CIRCULE CUALQUIER QUE LE APLIQUE A USTED:

Fiebre Reciente	Problemas de la Prostata	Consumo de Anticonceptivos
Diabetes	Problemas Menstruales	Entumecimiento de ingle/glúteo
Alta Presión	Problemas Urinarios	Ataques Epilépticos
Infarto Cerebral	Estado de Embarazo, # semanas _____	
Mareo/Desmallo	Peso Irregular Aumento Perdida	
Uso de Corticosteroides	Dolor/Rigidez por las Mañanas	
Osteoporosis	Problemas de vista	
Dolor por las noches		
Cancer/Tumor Explique: _____		
Otros Problemas de salud: _____		

Liste cualquier medicamento que esta tomando y la razón (incluyendo medicamentos de venta libre)

Ah tenido alguna cirugía quirúrgica o a estado hospitalizado/a?

Si

No

Si es que sí, cuando y cuál fue la razón? _____

Por favor escriba todos los accidentes o lesiones que haya tenido, incluyendo cuando estaba pequeño/a (incluya fechas)

HISTORIAL FAMILIAR: (Circule todos lo que le aplique)

Cancer	Diabetes	Alta Presión	Infarto/Problemas de Corazon	Artritis Reumatoide
Otro: _____				

Su salud es afectada por su sistema nervioso pero también puede ser afectado por su medio-ambiente, lo que come, y su estilo de vida como sus actividades y hábitos. El cuidado quiropráctico es importante agregarlo a su vida para poder obtener un estilo de vida más saludable pero requiere **TIEMPO** para que permita que el cuerpo se sane.

****Le pedimos que se comprometa a sus visitas requeridas para obtener sus objetivos de salud que quisiera en esta clínica****

Yo entiendo todos los datos descritos y garantizo que esta forma fue completa correctamente a lo mejor de mi conocimiento. También, entiendo que es mi responsabilidad informar a la clínica cualquier cambio en mi estatus medical.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del Guardian(Si el paciente es menor de edad): _____ Relación: _____

Nombre del Paciente: _____

Firma del Guardian (Si el paciente es menor de edad): _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DE RADIOGRAFIAS

Yo autorizo a Vital Chiropractic Clinic que me obtengan radiografías de mi persona para mis estudios y tratamientos necesarios.

Firma de Paciente _____ Fecha _____

Si el Paciente es Menor de Edad

Yo soy el padre o representante legal de _____ que es menor, _____ años de edad. Yo autorizo que le obtengan radiografías Vital Chiropractic Clinic que sean necesarias.

Firma de Padre/Guardian _____ Fecha _____

Mujeres: Referiendose a la Posibilidad del Embarazo

Esto es para certificar or asegurar que no estoy embarazada y que Vital Chiropractic Clinic tiene permiso de sacarme unos radiografías para mis estudios. Me han avisado que ciertos exámenes radiográficos, en particular los que involucren la pelvis, puede ser riesgosos para el feto.

ULTIMO DIA DE SU ULTIMA MENSTRUACION: _____

Firma de Paciente _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO DE LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD

Permiso para divulgar información: Su información de salud protegida (PHI) sera usado en esta clínica y/o sera conversado hacia otros con el propósito de su tratamiento, obtener pago, o apoyar el cuidado de su salud del día a día en esta clínica. Usted debería revisar los avisos de practicas de privacidad para una descripción mas completa en como su PHI sera usado o revelado. Se describe sus derechos en lo que respecta a sus limitaciones en el uso de información de su salud, incluyendo la información demográfica, obtenido de usted y creado o recibido en esta oficina. Usted podrá revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Usted podrá pedir una copia del aviso en el mostrador. Esta oficina reserva el derecho de modificar la descripción del aviso de las practicas de privacidad.

Solicitando la restricción en el uso de divulgar su información: Usted puede pedir una restricción en el uso o divulgación de su PHI. Es la póliza de esta oficina de que continuara proporcionando tratamientos hacia el paciente quien consiente restricción del uso y divulgación de su PHI para el propósito de su tratamiento, pago, o operaciones de atención medica. El uso o divulgación de información protegido de una restricción acordada sera violacion hacia los estándares de privacidad federales. La oficina está monitorizado via cameras de vigilancia estrictamente para el propósito de seguridad.

Revocación del consentimiento: Usted puede revocar el consentimiento del uso o divulgación de su PHI. Usted tendrá que revocar su consentimiento por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya ocurrió previamente hasta la fecha en que usted revoco el consentimiento recibido no sera afectado.

Yo, _____ (imprime su nombre) reconozco que eh recibido la información descrito arriba y autorizo a esta oficina que libere mi información sobre mi condición y tratamiento hacia mi seguridad, abogado, ajustador de seguros, y/o otros proveedores del cuidado de salud que se considera necesario para el tratamiento. Entiendo que si yo elijo rechazar la liberación de esta información, mi PHI sera usado traspuesto a la oficina para el propósito de mi cuidado, a los individuos designados del doctor, Yo reconozco que las grabaciones vigiladas a lo largo de la oficina son por cuestión de seguridad.

Paciente o Firma de Guardián: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CUIDADO QUIROPRACTICO

Proveemos ajustes. Manipulaciones manuales sutiles de movimientos exactos dónde y cuando sean indicados por el doctor quiropráctico licenciado para mejorar el movimiento de la espina dorsal y las extremidades.

Los efectos de los tratamientos quiroprácticos, como ajustes de la espina dorsal, han demostrado mejoría en muchas condiciones del cuello y la espalda como entumecimiento, espasmos musculares, disminución de movilidad en las coyunturas, dolores de cabeza, y otros síntomas similares en reportes del gobierno y los estudios Multi-disciplinarios, que han conducido a lo largo de muchos años. Tratamientos quiroprácticos rutinarias pueden resultar en mejoría de la función total, provee mas movimientos en las coyunturas, y encamina hacia una vida más activa y saludable.

Sin embargo, ay algunos riesgos relacionados con los ajustes quiroprácticos, incluyendo pero no limitados a la posibilidad de desguinzes, dislocalisaciones y fracturas. Adicionalmente:

1. Aunque sea raro, algunos pacientes podrían sentir/experimentar agravaciones de los síntomas a corto plazo, fracturas de costillas, desgarres musculares, desguinzes de los ligamentos resultando por las terapias manuales.
2. A vido casos reportados de derrame cerebral asociados con movimientos del cuello incluyendo ajustamientos de los cervicales superiores de la espina dorsal. Evidencia medica y científica actual no a establecido una relación definitiva con la causa y efecto entre los ajustes de los cervicales superiores de la espina dorsal y la ocurrencia del derrame cerebral. Ademas, la relación es muy infrecuente. Pero, usted esta advertido de las posibilidades relacionadas por qué el derrame cerebral puede ocasionar impedimentos neurológicos serios y paralysis.
3. Ay algunos casos reportados de lesiones en los discos de la espina cervical y la espina lumbar por medio de los tratamientos quiroprácticos.

Los riesgos o complicaciones de los tratamientos quiroprácticos son mucho mas bajos que muchos otros tratamientos medicos, medicamentos, e/y procedimientos quirúrgicos dados para los mismos problemas.

Ay alternativas de ajustes y manipulaciones manuales comunes que se incluyen como medicamentos, terapia fisica, otros tratamientos medicos y cirugía practicados por cirujanos y medicos.

Al firmar este consentimiento, yo reconozco que e discutido, o e tenido la oportunidad para discutir con mi doctor de quiropráctica la naturaleza y el propósito de los tratamientos quiroprácticos en general y también los tratamientos específicos en particular (incluyendo los ajustes de la espina dorsal), los beneficios, riesgos y alternativas a los tratamientos quiroprácticos.

Consiento para los tratamientos quiroprácticos ofrecidos y recomendados hacia mí por el/la doctor(a) de quiropráctico, incluyendo los ajustes y futuro tratamientos recibidos en Vital Chiropractic Clinic PLLC.

Yo entiendo y e sido informado(a) de los riesgos asociados con los ajustes quiroprácticos, incluyendo pero no limitado a desguinzes, dislocalisaciones, fracturas, lesiones a los discos , paralysis y derrame cerebral.

Nombre del Paciente _____

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Nombre del Doctor _____

Firma del Doctor _____

Fecha _____

Consentimiento de los padres para paciente que sea menor de edad *solamente*:

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento del Paciente:** _____

Nombre de la persona autorizada para firmar para el paciente: _____

Firma del Padre/Guardian: _____