

WELCOME TO ADVANCED SPINE AND HEALTH CENTER!
¡BIENVENIDO A ADVANCED SPINE AND HEALTH CENTER!

Patient Name: _____ **Date:** _____
Nombre del paciente *Fecha:*

HOW did you hear about us or WHO Referred you? (Family, friend, physician): _____
¿COMO escuchó de nosotros o QUIEN lo(a) recomendó? (Familia, amigo, médico):

Is Today's Visit Because of a RECENT (past 3 months) Auto Accident: Yes No
*(**If YES to the question above, please check with the receptionist, additional information is needed**)*
¿Es la visita de hoy por un RECIENTE (últimos 3 meses) por un accidente de carro?: Sí No
*(**Si contesto SI a la pregunta anterior, por favor dígaselo a la recepcionista, más información es necesaria**)*

Date of Birth _____/_____/_____ **Male** **Female** **Social Security #** _____-_____-_____
Fecha de Nacimiento: (mes) (día) (año) Masculino Femenino Seguro Social #

Marital Status: **Married** **Single** **Widowed** **Separated** **Divorced** **Other** _____
Estado Civil: Casado Soltero Viudo Separado Divorciado Otro

Work Status: **Employed** **Unemployed** **Full-Time Student** **Part-Time Student** **Other** _____
Estatus Laboral: Con Empleo Sin Empleo Est. Tiempo Completo Est. Tiempo Parcial Otro

Your Occupation: _____ Your Employer: _____
Su Ocupación: Su Empleador:

Ethnicity: **Hispanic or Latino** **Not Hispanic or Latino** **Preferred Language of Communication:** _____
Etnicidad Hispano o Latino No Hispano o Latino Idioma Preferido para Comunicarse:

Race: **American Indian/Alaska Native** **White** **Black/African American**
Raza: Indio Americano / Nativo de Alaska Blanco Negro / Afro Americano
 Asian **Native Hawaiian/Pacific Islander** **Two or More** _____
Asiático Jawayano Natal / Islas del Pacífico Dos o Más

Address: _____
Dirección:

City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____
Ciudad: Estado: Código Postal:

Home Phone: _____ **Cell Phone:** _____ **Work Phone:** _____
Casa: Celulara: Trabajo:

E-Mail Address: _____
Correo Electrónico

Preferred Method of Contact: **Call Home** **Work** **Cell** **Text Message** **E-Mail**
Contacto Preferido: Llamar Casa Trabajo Celular Mensaje de Texto Correo Electrónico

Tobacco Use: Do you Smoke? Yes Quit Never used **Do you use E-Cigarettes?** Yes No **Do you Chew Tobacco:** Yes No
Consumo de tabaco: ¿Fumas? Si Dejar Nunca ¿Usas cigarroelectronic? Si No ¿Masticas tabaco? Si No

Emergency Contact: _____ **Relationship:** _____ **Phone:** _____
Contacto de Emergencia: Relación: Teléfono:

Emergency Contact's Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip:** _____
Dirección de Contacto de Emergencia: Ciudad: Estado: Código Postal:

Family Physician: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip:** _____
Doctor de Cabecera: Ciudad: Estado: Código Postal:

May our office inform your family physician of presenting conditions, exam findings, diagnosis, and treatment plans? **Yes** **No**
¿Podemos informarle a su doctor de cabecera de sus presentes condiciones, exámenes, diagnósticos y tratamientos recomendados? **Si** **No**

What type of care are you interested in?: **Pain relief only** **Healing of current condition** **Nutrition Support** **All Three**
¿En qué tipo de tratamiento está interesado?: Alivio de Dolor Solamente Sanar mi condición actual Ayuda con Nutrición Todos Tres

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____

¿Cuál es el motivo principal de su visita? _____

¿Qué causó esta queja? _____

¿Cuándo comenzó esta queja? ____/____/____ **¿Está empeorando?** Si No Constante Viene y va

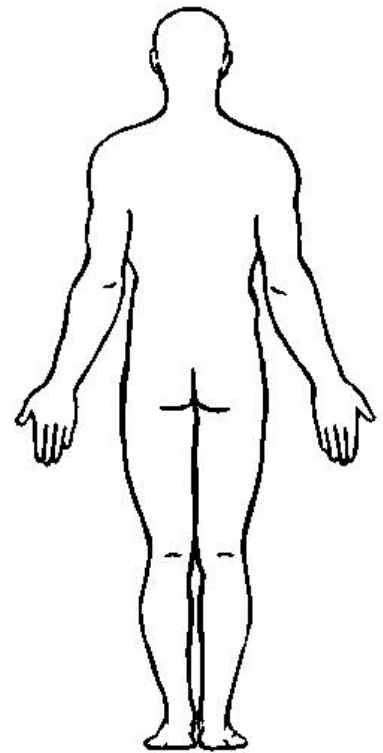
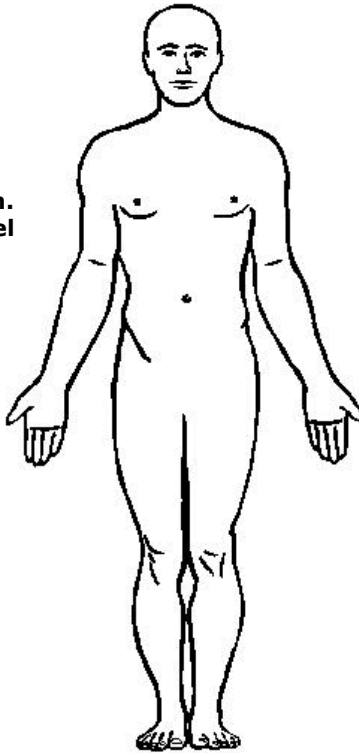
¿Ha tenido esta o una queja similar en el pasado? Si No **¿Si sí, cuándo?** _____

¿Cómo se siente su(s) queja(s)? Círculo todo lo que corresponda: Agudo / aburrido / dolorido / rígido / apretado / dolorido espasmos / hormigueo / puñaladas / disparos / rebabas / calambres / regaños / latidos / entumecimiento / otros: _____

Marque en el diagrama a la derecha, las áreas donde tiene dolor u otros síntomas.

Califique su dolor en la tabla a continuación. Si tiene múltiples áreas con dolor, indique el nivel de dolor en cada área.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Sin dolor Dolor moderado El peor dolor posible



¿Este dolor irradia, dispara o viaja a otras áreas del cuerpo? ¿Si es así, donde?

¿Qué agrava esta queja? Círculo todo lo que corresponda: Sentado / De pie / Acostado / Levantarse del asiento / Caminar / Ejercicio Subir escaleras / Inactividad / Movimiento / Agacharse / Girar / Alcanzar / Levantar / Estornudar / Toser / Otro: _____

¿Lo que alivia su queja? Círculo todo lo que corresponda: Sentado / De pie / Acostado / Caminando / Ejercicio / Inactividad / Masaje de movimiento / Quiropráctica / Calor / Hielo / Envoltura / Medicación / Nada / Desconocido / Otro: _____

¿Con qué frecuencia experimenta sus síntomas? _____

¿Su queja interfiere con su? Círculo todo lo que corresponda: Dormir / levantarse de la cama o de una silla / Cuidado personal / Trabajo de viaje / Recreación / Levantar / Caminar De pie / Actividades diarias / Eventos sociales / Ejercicio / Otro: _____

¿Has visto a otros médicos por esta queja? Si No **En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:**

El nombre del doctor: _____ Fecha de consulta: ____/____/____ Diagnóstico: _____

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____

¿Cual es tu: **¿altura?** _____ Ft. _____ In. **¿peso?** _____ lbs. **¿años?** _____

HISTORIA DE SALUD Verifique TODAS las condiciones de salud que se aplican a usted actualmente o en el pasado.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Osteoartritis / enfermedad degenerativa de las articulaciones | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II | <input type="checkbox"/> Pérdida / ganancia de peso inexplicable |
| <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Lesión por latigazo cervical Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta / hipertensión | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Desordenes digestivos | <input type="checkbox"/> Concusión Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones Location: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteopenia |
| <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Fibromialgia/Fatiga Crónica |
| <input type="checkbox"/> Distrofia muscular | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad / Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Cáncer Tipo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Trastorno genético |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Otras condiciones médicas |

HISTORIA DE LA FAMILIA Haga TODAS las condiciones que corren en su familia y sus relaciones con ellos.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer Tipo: _____ pariente _____ | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta pariente _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II pariente _____ | <input type="checkbox"/> Atritis reumatoide pariente _____ |
| <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio pariente _____ | <input type="checkbox"/> Trastorno genético Tipo: _____ pariente _____ |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral pariente _____ | <input type="checkbox"/> Otra(s) enumere: _____ pariente _____ |

FRACTURAS Huesos rotos, esguinces, distensiones, traumatismos / lesiones graves (Lista y fecha:)

CIRUGÍAS y/o HOSPITALIZACIONES (Lista y Fecha:)

¿Ha tenido rayos X, tomografía computarizada o resonancia magnética en los últimos 3 meses? Si No

En caso afirmativo, ¿qué pasa con: _____ Centro en el que se llevaron? _____

PRESCRIPCIONES Por favor, enumere TODOS los medicamentos y suplementos que está tomando actualmente, la dosis y para qué sirve.

Nombre del medicamento / suplemento	Para qué sirve	Dosis / frecuencia	Fecha de inicio / Fecha de finalización

Continúe de regreso si necesita más espacio.

ALERGIAS Enumere cualquier alergia conocida que tenga (fiebre del heno, látex, medicamentos específicos, etc.)

Continúe de regreso si necesita más espacio.

SOLO MUJERES ¿Actualmente embarazada? Si No Fecha de vencimiento _____ ¿La regla doloroso/anormal? Si No
Cantidad de embarazos _____ Número de nacimientos vivos: Vaginal _____ Cesárea _____ ¿Menopausia? Si No

SOLO HOMBRES ¿Micción frecuente? Si No ¿Micción nocturna frecuente? Si No
¿Dolor de próstata / hinchazón? Si No ¿Dificultad para lograr un eructo? Si No

Nombre del paciente: _____

Acuerdo Financiero

EL PAGO SE ESPERA EN EL MOMENTO DEL SERVICIO

Entiendo claramente que todos los servicios prestados me son cobrados directamente a mí y que soy personalmente responsable del pago al médico. También entiendo que, si suspendo o cancelo, cualquier tarifa por los servicios profesionales que me presten será pagadera y debido de inmediato. Por la presente autorizo al médico a tratar mi afección según lo considere apropiado mediante el uso de la manipulación de mi columna vertebral. El médico no será responsable de ninguna condición médica preexistente ni de ningún diagnóstico médico.

También acepto que soy responsable de una **tarifa de no presentación de \$ 25.00 si se hace una cita con un terapeuta de masaje y no notifico dentro de las 24 horas posteriores a la cancelación o reprogramación.**

Las radiografías solo para exámenes y los negativos seguirán siendo propiedad de esta oficina, estando archivados donde pueden ser vistos en cualquier momento mientras sean pacientes de esta oficina.

En caso de que su cuenta sea entregada para su cobro, el abajo firmante acepta pagar todos los costos para cobrar la deuda, incluidos, entre otros; intereses por un monto del 18% anual, honorarios de abogados, costos judiciales y honorarios de cobranza por un monto del 40%. La obligación de pagar las tarifas de cobro se impondrá al momento de la asignación de la deuda a una agencia de cobro de deudas de terceros.

SEGURO (Si tiene la intención de pagar por cuenta propia, pase a la siguiente sección de esta página)

Si prevé utilizar un seguro de cualquier tipo (Salud, Automóvil, Compensación al trabajador u otro), inicie esta sección y firme al pie de la página. Asegúrese de presentar TODAS las tarjetas de seguro a nuestro personal. Si no tiene una tarjeta de seguro, proporcione la información de su seguro a continuación. Como cortesía para usted, presentaremos su reclamo al seguro y le informaremos sobre cualquier responsabilidad restante del paciente.

Seguro primario _____

Seguro secundario _____

Número de póliza _____

Número de póliza _____

Relación con el asegurado: YO ESPOSO NIÑO

Relación con el asegurado: YO ESPOSO NIÑO

Del asegurado primario: _____

Del asegurado primario: _____

Fec. de Nac. del asegurado primario _____

Fec. de Nac. del asegurado primario _____

Iniciales Autorizo a *Advanced Spine & Health Center* a llamar a mi compañía de seguros y verificar los beneficios que tengo disponibles en virtud de mi plan de seguro actual.

Iniciales Por la presente, instruyo y ordeno el pago de todos los beneficios de gastos médicos y profesionales permitidos y pagaderos en virtud de mi póliza de seguro actual a *Advanced Spine & Health Center* en cuanto a los servicios profesionales prestados. **ESTA ES UNA ASIGNACIÓN DIRECTA DE BENEFICIOS BAJO ESTA POLÍTICA.** Este pago no excederá mi deuda con el cesionario mencionado anteriormente, y he acordado pagar de cierta manera, cualquier saldo de dichos cargos profesionales más allá de este pago del seguro. Una fotocopia de esta tarea se considerará tan efectiva y válida como la original. También autorizo la divulgación de cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado involucrado en este caso.

AUTO-PAGO (Si tiene la intención de usar un seguro, complete la sección de arriba y firme abajo)

Si tiene la intención de utilizar Efficient Care Solutions, un plan de pago, un Acuerdo de intercambio de servicios o cualquier otro tipo de pago propio, inicie esta sección y firme al pie de la página.

Iniciales **NO** autoricé a *Advanced Spine and Health Center* a contactar a mi seguro ni a divulgar información médica pertinente **por medio de la presente, acordando pagar cualquier saldo de los cargos profesionales de forma privada.**

X _____
Firma del paciente o tutor

Fecha

CONVENIO DE ARBITRAJE

Nombre del paciente: _____

Artículo 1: Acuerdo de arbitraje: Entiéndase que cualquier disputa por negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados en virtud de este contrato fueron innecesarios o no autorizados o se prestaron de manera inadecuada, negligente o incompetente, será determinado mediante sumisión al arbitraje según lo dispuesto por la ley estatal y federal, y no mediante una demanda o recurrir a un proceso judicial, salvo que la ley estatal y federal prevea la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a su derecho constitucional a que dicha disputa se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en cambio, aceptan el uso del arbitraje. Además, las partes no tendrán derecho a participar como miembros de ninguna clase de demandantes, y no habrá autoridad para que cualquier disputa se decida sobre una base de demanda colectiva. El arbitraje solo puede decidir una disputa entre las partes y no puede consolidar o unir los reclamos de otras personas que puedan tener reclamos similares.

Artículo 2: Todas las reclamaciones deben ser arbitradas: También se entiende que cualquier disputa que no se relacione con negligencia médica, incluidas las disputas sobre si una disputa está o no sujeta a arbitraje, sobre si este documento es inconcebible o no, y cualquier disputa procesal, también se determinará mediante presentación a arbitraje vinculante. Es la intención de las partes que este acuerdo obligue a todas las partes en cuanto a todas las reclamaciones, incluidas las reclamaciones derivadas o relacionadas con el tratamiento o los servicios prestados por el proveedor de atención médica, incluidos los herederos o los cónyuges pasados, presentes o futuros del paciente en relación a todas las reclamaciones, incluida la pérdida de consorcio. Este acuerdo también tiene la intención de obligar a los hijos del paciente, ya sea nacido o no en el momento de la ocurrencia que da lugar a cualquier reclamo. Este acuerdo está destinado a obligar al paciente y al proveedor de atención médica y/u otros proveedores de atención médica, preceptores o pasantes autorizados que ahora o en el futuro tratan al paciente mientras está empleado, trabajando, asociado o sirviendo como respaldo para el proveedor de atención médica, incluidos aquellos que trabajan en la clínica u oficina de proveedores de atención médica o en cualquier otra oficina, sean o no signatarios de este formulario.

Todos los reclamos por daños monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de reclamos menores contra el proveedor de atención médica y/u los asociados, asociación, corporación, sociedad, empleados, agentes y patrimonio de los proveedores de atención médica deben ser arbitrados, incluidos, entre otros, los reclamos por pérdida de consorcio, muerte injusta, angustia emocional, medidas cautelares o daños punitivos. Este acuerdo tiene la intención de crear una cuenta de libro abierto a menos y hasta que sea revocado.

Artículo 3: Procedimientos y legislación aplicable: Una demanda de arbitraje debe comunicarse por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un Árbitro (Árbitro de la parte) dentro de los treinta días, y un tercer árbitro (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes dentro de los treinta días posteriores. El árbitro neutral será el único árbitro y decidirá el arbitraje. Cada parte en el arbitraje pagará la parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos del arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir honorarios de abogados, honorarios de testigos u otros gastos incurridos por una de las partes para su propio beneficio. Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de bifurcar las cuestiones de responsabilidad y daños previa solicitud por escrito al árbitro neutral.

El consentimiento de la parte para la intervención y acumulación en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otra manera sería una parte adicional apropiada en una acción judicial y, tras dicha intervención y acumulación, cualquier acción judicial existente contra dicha persona o entidad adicional quedará pendiente de arbitraje. Las partes acuerdan que las disposiciones de la ley estatal y federal, en su caso, establecen el derecho a presentar evidencia de cualquier cantidad pagadera como un beneficio para el paciente en la máxima medida permitida por la ley, limitando el derecho a recuperar pérdidas no económicas, y derecho a un juicio por daños futuros conforme a pagos periódicos, se aplicará a las disputas dentro de este acuerdo de arbitraje. Las partes acuerdan además que las reglas de Arbitraje comercial de la Asociación Americana de Arbitraje regirán cualquier arbitraje realizado de conformidad con el acuerdo de arbitraje.

Artículo 4: Disposición general: Todos los reclamos basados en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas serán arbitrados en un solo procedimiento. Un reclamo puede ser renunciado y excluido para siempre si (1) en la fecha en que se recibe el aviso, el reclamo, si se afirma en una acción civil, estaría excluido por el estatuto legal de limitaciones aplicable, o (2) el reclamante no persigue el reclamo de arbitraje de acuerdo con los procedimientos prescritos en este documento con diligencia razonable.

Artículo 5: Revocación: Este acuerdo puede ser revocado mediante notificación escrita entregada al proveedor de atención médica dentro de los 30 días posteriores a la firma y, si no se revoca, regirá todos los servicios profesionales recibidos por el paciente y todas las demás disputas entre las partes.

Artículo 6: Efecto retroactivo: Si el paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha en que se firma (por ejemplo, tratamiento de emergencia), el paciente debe iniciar aquí _____ a partir de la fecha de los primeros servicios profesionales. Si alguna disposición de este Convenio de Arbitraje se considera inválida o inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán en plena vigencia y no se verán afectadas por la invalidez de otras disposiciones, entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este Acuerdo de Arbitraje. Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ACEPTA TENER CUALQUIER PROBLEMA DE MALPRACTICAS MÉDICAS DECIDIDAS POR EL ARBITRAJE NEUTRO Y ESTÁ CERRANDO SU DERECHO A UN JURADO O JUICIO JUDICIAL. VER ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

X
Firma del paciente o tutor _____ Nombre impreso del firmante _____ Fecha _____

X
Testigo de ASHC _____ Nombre impreso del firmante _____ Fecha _____

Consentimiento Informado Para el Cuidado

Nombre del paciente: _____

Usted es quien toma las decisiones para su atención médica. Parte de nuestro papel es proporcionarle información para ayudarlo a tomar decisiones informadas. Este proceso a menudo se denomina "consentimiento informado" e implica su comprensión y acuerdo con respecto a la atención que recomendamos, los beneficios y riesgos asociados con la atención, las alternativas y el posible efecto sobre su salud si decide no recibir la atención.

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

La atención quiropráctica involucra centralmente lo que se conoce como ajuste quiropráctico. Puede haber procedimientos o recomendaciones de apoyo adicionales también. Al proporcionar un ajuste, usamos nuestras manos o un instrumento para reposicionar estructuras anatómicas, como las vértebras. Los beneficios potenciales de un ajuste incluyen restaurar el movimiento normal de la articulación, reducir la hinchazón y la inflamación en una articulación, reducir el dolor en la articulación y mejorar el funcionamiento neurológico y el bienestar general.

Es importante que comprenda, ya que con todos los enfoques de atención médica, los resultados no están garantizados y no hay promesa de curarlos. Al igual que con todos los tipos de intervenciones de atención médica, existen algunos riesgos para la atención, que incluyen, entre otros: espasmos musculares, aumento agravante y / o temporal de los síntomas, falta de mejoría de los síntomas, quemaduras y / o cicatrices por estimulación eléctrica y de terapias frías o calientes, que incluyen, entre otras, compresas calientes y hielo, fracturas (huesos rotos), lesiones de disco, derrames cerebrales, dislocaciones, distensiones y esguinces. Con respecto a los accidentes cerebrovasculares, existe una condición rara pero grave conocida como disección arterial que implica un cambio anormal en la pared de una arteria que puede causar el desarrollo de un trombo (coágulo) con el potencial de provocar un accidente cerebrovascular. Esto ocurre en 3-4 de cada 100,000 personas, ya sea que estén recibiendo atención médica o no. Los pacientes que experimentan esta afección a menudo, pero no siempre, se presentan a su médico o quiropráctico con dolor de cuello y dolor de cabeza. Los pacientes que experimentan esta afección a menudo, pero no siempre, se presentan a su médico o quiropráctico con dolor de cuello y dolor de cabeza. Desafortunadamente, un porcentaje de estos pacientes experimentará un derrame cerebral. Como la quiropráctica puede implicar el ajuste manual y / o mecánico de la columna cervical, se ha informado que la atención quiropráctica puede ser un riesgo para desarrollar este tipo de accidente cerebrovascular. La asociación con el accidente cerebrovascular es extremadamente rara y se estima que está relacionada en uno en un millón a uno en dos millones de ajustes cervicales.

También es importante que comprenda que hay opciones de tratamiento disponibles para su afección además de los procedimientos quiroprácticos. Probablemente, ya has probado muchos de estos enfoques. Estas opciones pueden incluir, entre otras, atención autoadministrada, analgésicos de venta libre, medidas físicas y descanso, atención médica con medicamentos recetados, fisioterapia, refuerzo, inyecciones y cirugía. Por último, tiene derecho a una segunda opinión y a obtener otras opiniones sobre sus circunstancias y su atención médica como mejor le parezca.

He leído, o me han leído, el consentimiento anterior. Aprecio que no sea posible considerar todas las complicaciones posibles para 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 para mi circunstancia. Tengo la intención de que este consentimiento cubra todo el curso de atención de todos los proveedores en este consultorio para mi afección actual y para cualquier afección futura para la que solicite atención quiropráctica en este consultorio.

X _____	_____	_____
Firma del paciente o tutor	Nombre impreso del firmante	Fecha

X _____	_____	_____
Testigo de ASHC	Nombre impreso del firmante	Fecha

Formulario de reconocimiento y consentimiento de HIPAA del paciente

Nombre del paciente: _____

Aviso de prácticas de privacidad / clínicas

_____ Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad, que describe las formas en que
Iniciales Advance Spine and Health Center (ASHC) puede usar y divulgar mi información de atención médica para su tratamiento, pago, y otros descritos y permitidos usos y divulgaciones. Entiendo que puedo contactar al Oficial de Privacidad designado en el aviso si tengo una pregunta o queja. Entiendo que ASHC pueden divulgar esta información de forma electrónica. En la medida en que lo permitió la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de Práctica de Privacidad.

Divulgaciones a amigos y / o familiares

¿DESEA DESIGNAR UN MIEMBRO DE SU FAMILIA U OTRO INDIVIDUO CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDA DISCUTA SU CONDICIÓN? EN CASO AFIRMATIVO, ¿A QUIÉN? Doy permiso para que se divulgue mi Información de Salud Protegida a fin de comunicar los resultados, los hallazgos y las decisiones de atención al familiar y a otras personas que se detallan a continuación:

NOMBRE	VINCULO	NUMERO DE CONTACTO

NOTA: El paciente/representantes puedo revocar o modificar esta autorización específica y dicha revocación o modificación debe ser por escrito.

Comunicaciones sobre mi atención médica

Acepto que la ASHC pueden comunicarse conmigo para programar las visitas de seguimiento necesarias recomendadas por el quiropráctico.

Consentimiento para el uso de correos electrónicos, teléfonos celulares o mensajes de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica

Si en algún momento proporciono una dirección de correo electrónico o un número de teléfono celular en los que se me pueda contactar, doy mi consentimiento para recibir instrucciones no seguras y otras comunicaciones de atención médica en mi correo electrónico o en la dirección de mensajes de texto que proporcioné u obtuvo el consultorio o su administrador de EBO, en cualquier número de mensaje de texto reenviado o transferido desde ese número. Estas instrucciones pueden incluir, pero no se limitan a: recordatorios de citas, procedimientos posteriores al ajuste, promociones clínicas o alcance a los pacientes.

Nota: Puede optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento. La ASHC no cobra por este servicio, pero pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes de texto o minutos de teléfono celular según lo estipulado en su plan de servicios inalámbrico (comuníquese con su proveedor para conocer los precios y los detalles de los planes).

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono móvil: _____

La divulgación de información

Por la presente, permito que ASHC divulgue información en la atención médica con fines de tratamiento, pago o necesidades de atención médica.

- La información de atención médica puede divulgarse a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente para verificar la cobertura o las preguntas de pago, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también puede divulgarse a la persona designada por mi empleador cuando el servicio brindado está relacionado con un reclamo bajo la compensación del trabajador.
- Si estoy cubierto por Medicare o los Servicios de Administración de Veteranos, autorizo la divulgación de información de atención médica a la agencia gubernamental correspondiente para el pago de un reclamo. Esta información puede incluir, sin limitaciones, historial de salud, registros de exámenes, notas SOAP, notas de progreso del médico, radiografías y planes de tratamiento.

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntario a su contenido.

X _____

Firma del paciente o tutor

Fecha