

Bienvenidos a Batterton Chiropractic Clinic

Gracias por elegir nuestra oficina. Estamos comprometidos en brindarle a usted y a su familia la atención quiropráctica de la mas alta calidad disponible para que sane rápidamente y disfrute de una activa, saludable y larga vida. Trabajaremos juntos para ayudar a usted y a su familia a alcanzar su salud y objetivos de estilo de vida.

Si alguna vez tiene alguna pregunta sobre su atención quiropráctica, no dude en preguntar a uno de los miembros de nuestro equipo de alta educación. Todas sus preguntas, incluso las que usted aún no ha pensado, serán respondidas durante su Informe Quiropráctico.

Los quiroprácticos se han convertido en los médicos de atención primaria de millones de personas en todo el mundo. Independientemente del motivo de su visita a nuestra oficina hoy, nuestro objetivo es convertirnos en el apoyo de su familia como proveedor y recurso de confianza para vivir un estilo de vida saludable a lo largo de su vida.

Formulario Demográfico del Paciente

Nombre _____

Referido por _____

Fecha _____

E-mail _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Teléfono (celular) _____

Teléfono (trabajo) _____

Ocupación _____

Lugar de trabajo _____

Fecha Nacimiento _____ (Edad ____)

Estado Civil S C D V

Nombre Esposo/a _____

Ocupación del Esposo/a _____

(CMS require que los proveedores informen tanto la raza como el origen étnico.)

Género (círcule uno): Hombre / Mujer

Raza (círcule uno): Indio Americano ó Nativo de Alaska / Asiático / Negro ó Afroamericano / Caucásico / Nativo de Hawaii ó de las islas del Pacífico / Otro / Me niego a responder.

Etnicidad (círcule uno): Hispano ó Latino / NO Hispano ó Latino / Me niego a responder.

Número de niños y edad:

Tratamiento quiropráctico previo?

Nombre _____ (Edad ____)

Si ____ No ____ Razón _____

Nombre _____ (Edad ____)

Si ____ No ____ Razón _____

Nombre _____ (Edad ____)

Si ____ No ____ Razón _____

Nombre _____ (Edad ____)

Si ____ No ____ Razón _____

Mereces estar saludable. Cuando fuistes concebido, se te dieron los planos, la inteligencia y sistemas para vivir una larga vida, saludable y activa. Desafortunadamente la expresión natural de su salud puede ser interferida. A través de su examen y su atención quiropráctica, trabajaremos para eliminar estas interferencias y mantenerlas fuera de tu vida, para que puedas sanar rápidamente y vivir el estilo de vida que mereces.

Al finalizar su primera visita, recibirá un informe quiropráctico para analizar los diferentes tipos de Planes de Vida Activa que estan disponibles para usted. Los Planes de Vida Activa estan diseñados para que te sientas mejor rápidamente y para ayudarlo a usted y a su familia a estar saludables lo más pronto possible. Por favor revise el Plan de Vida Activa previo a tu informe quiropráctico para que puedas elegir el nivel de participación que apoya usted alcanzando todas sus metas de salud.

Como resultado de mi cuidado quiropráctico, me gustaría (marque todo lo que corresponda)

___ Sentirme mejor rápidamente ___ Vivir un estilo de vida más saludable ___ Tener una columna y sistema nerviosos más saludable.

Firma

Fecha

Formulario antecedentes médicos y familiares de los pacientes

Preguntas a pacientes

Marca con una "X"

Comentarios del quiropráctico

P. 1. Su Nacimiento fúe traumático?

Parto largo?

Dificultad en el parto?

Pinzas?

Cesárea?

Breach / Cefálica?

Parto en el hogar?

Recibió medicamentos durante el parto?

Trabajo de parto inducido?

P.2. Desarrollo del Nacimiento

Alguna vez usted...

Aprendió a cuidar su columna vertebral?

Se a caído de la cama?

Golpeado en la cabeza?

Amamantar?

Alguna enfermedad?

Tuvo algun accidente?

Alguna cirugia?

Caerse al aprender a caminar?

Acosado por sus hermanos?

Abuso infantil?

Azotes?

Jalón de oreja / barbilla?

P.3. Hábitos actuales de salud...

Fuma?

Alcohol?

Dieta?

Has estado en un accidente?

Formulario antecedentes médicos y familiares de los pacientes

Condición Actual

Queja actual o crisis? Si no hay crisis actual, cuál es el motivo de su visita hoy?

Motivo principal _____

El dolor o queja comenzó cuando? _____

Los dolores son: Agudo Tedioso Constante Intermitente

Que actividades agravan su condición / dolor? _____

Que actividades disminuyen su condición/ dolor? _____

La condición empeora durante ciertos momentos del día? _____

Esta condición interfiere con el trabajo? ____ Dormir? ____ Rutina? ____ Otros? ____

Esta condición esta empeorando progresivamente? _____

A visitado otros doctores para esta condición? _____

Algún remedio casero? _____

Otros síntomas

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Cara enrojerida | <input type="checkbox"/> La luz le molesta en los ojos | <input type="checkbox"/> Pies fríos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Rigidez en el cuello | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria | <input type="checkbox"/> Manos frías |
| <input type="checkbox"/> Problemas al dormir | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Dolor estómecal | <input type="checkbox"/> Fiebre |
| <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Perdida de balance | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Adormecimiento |
| <input type="checkbox"/> Perdida de olfato | <input type="checkbox"/> Perdida de sabor | <input type="checkbox"/> Depersión | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho |
| <input type="checkbox"/> Respiración corta | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Irritabilidad |
| <input type="checkbox"/> Dolor de oído | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Tensión | <input type="checkbox"/> Perdida de gusto |

Ha estado bajo medicamentos o tratamiento?

Nombre del medicamento	Dosis	Por cuanto tiempo lo tomó?

Es alérgico/a a algún medicamento?

Nombre del medicamento	Fecha de comienzo	Reacción

Fumador (círcula uno): Fuma todos los días / Ocasionalmente / Ex fumador / Nunca fumó

Has tenido alguna cirugía? Si o No De que? _____ Cuando? _____

Que efectos secundarios ha experimentado con medicamentos o cirugías? _____

Historial Familiar:

	Corazón	Artritis	Cáncer	Diabetes	Otro
Padre					
Madre					

Su abuelo/a mayor registrado vivió hasta los _____. Sigue vivo/a Murió

Eligo rechazar la recepción de mi resume clinico despues de cada visita (estos resúmenes a menudo estan en blancos como resultado de la naturaleza y frecuencia de la atención quiropráctica.)

Firma

Fecha

Cuestionario de Roland-Morris Modificado

Por favor lea detenidamente:

Cuando tiene dolor, puede resultarle difícil hacer algunas de las cosas que normalmente hace.

Marque solo las oraciones con las que se describa hoy

1. Me quedo en casa la mayor parte del tiempo debido a mi dolor.
2. Cambio de posición con frecuencia para tratar de que mi espalda este comoda.
3. Camino mas despacio de lo normal debido a mi dolor.
4. Debido a mi dolor, no estoy haciendo ninguno de los trabajos que normalmente hago en la casa.
5. Debido a mi dolor uso el pasamanos para subir escaleras.
6. Por mi dolor me acuesto para descansar mas.
7. Debido a mi dolor, tengo que agarrarme de algo para levantarme.
8. Debido a mi dolor trato de que otras personas hagan las cosas por mi.
9. Me visto mas despacio por mi dolor.
10. Solo me pongo de pie por cortos períodos de tiempo.
11. Debido a mi dolor trato de no agacharme ni arrodillarme.
12. Me resulta difícil levantarme de una silla.
13. Tengo dolor casi todo el tiempo.
14. Me resulta difícil darme vuelta en la cama por mi dolor.
15. Mi apetito no es muy bueno debido a mi dolor.
16. Tengo problemas en ponerme calzetines/medias debido a mi dolor.
17. Solo camino distancias cortas debido a mi dolor.
18. Duermo menos debido a mi dolor.
19. Debido a mi dolor, me visto con la ayuda de otra persona.
20. La mayor parte del tiempo estoy sentado/a por mi dolor.
21. Evito fogones pesados en la casa debido a mi dolor.
22. Debido a mi dolor, subo las escaleras mas despacio que de costumbre.
23. Debido a mi dolor, estoy mas irritable y malhumorado/a con la gente que de costumbre.
24. Me quedo en la cama la mayor parte del dia por mi dolor.

OTROS COMENTARIOS:

Firma del doctor: _____

Batterton Chiropractic Care
621 W. 19th Street
Houston, Texas 77008

I. Consentimiento informado para el examen y tratamiento quiropráctico

Por la presente solicito y doy consentimiento para la realización de ajustes quiroprácticos y cualquier otro procedimiento. Incluido un examen completo, radiografías de diagnóstico, técnicas de fisioterapia, en mí (o en el paciente antes mencionado para el cual estoy legalmente responsable) que son recomendados por Paula Batterton D.C. y/u otros médicos licenciados en quiropráctica que ahora o en el futuro brindaran tratamiento mientras este empleado, asociado u observador como respaldo de Batterton Chiropractic Clinic.

Entiendo que, como cualquier procedimiento de atención médica, existen ciertas complicaciones que pueden surgir durante un ajuste quiropráctico. Esas complicaciones incluyen, entre otras, manipulaciones del cuello que se han asociado con lesiones en arterias del cuello que provocan o contribuyen a complicaciones graves, incluido el accidente cerebrovascular. Esta es una ocurrencia muy rara (una vez, en probabilidad de uno a tres millones). Examinamos a nuestros pacientes en busca de indicios que son candidatos a para la manipulación quiropráctica. No espero que el doctor pueda anticipar todos los riesgos y complicaciones durante el curso del procedimiento que el doctor considere en ese momento, en base a los hechos entonces conocidos. Son los mejores para su interés.

He tenido la oportunidad de discutir con los doctores la naturaleza, el propósito y el riesgo de los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos recomendados y he tenido respuestas a mis preguntas a mi entera satisfacción. Entiendo que los resultados no son garantizados.

He leído o me han leído la explicación anterior del ajuste quiropráctico y el tratamiento relacionado. Al firmar abajo, yo que he sopesado los riesgos involucrados en someterme al tratamiento y he decidido que me conviene someterme al mismo. Se recomienda tratamiento quiropráctico, habiendo sido informado de los riesgos, y doy consentimiento para el tratamiento. Tengo intención de que este formulario de consentimiento para cubrir todo el curso de tratamiento para mi condición actual y para cualquier condición futura para la cual busco tratamiento.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

Firma representante legal

Fecha

Pacientes mujeres: Con mi firma a continuación, declaro que, según mi leal saber y entender, no estoy embarazada, ni sospecho estarlo ni esta confirmado. Fecha de mi última menstruación _____.

II. Consentimiento informado para el examen y tratamiento quiropráctico

Cuando un paciente busca atención quiropráctica y aceptamos un paciente para tal atención, es esencial que ambos trabajen para el mismo objetivo. La quiropráctica tiene un solo objetivo. Es importante que cada paciente comprenda tanto el objetivo como el método que podrá alcanzarlo. Esto evitara cualquier confusión o decepción. **AJUSTE:** un ajuste es la aplicación específica de fuerzas para facilitar la corrección de la subluxación vertebral por parte del cuerpo. Nuestro método quiropráctico es de corrección mediante ajustes específicos de la columna vertebral. **SALUD:** un estado de bienestar físico, mental y social óptimo, y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades. **SUBLUXACION VERTEBRAL:** una desalineación de una o más de las 24 vértebras de la columna vertebral que provoca la alteración de la función del nervio e interfiere en la transmisión de impulsos mentales, lo que resulta en una disminución de la capacidad innata del cuerpo para expresar su máximo potencial de salud. No ofrecemos diagnosticar ni tratar ninguna enfermedad o condición que no sea la subluxación vertebral. Sin embargo, si durante el transcurso de una evaluación quiropráctica, nos encontramos hallazgos NO quiroprácticos o inusuales, le asesoraremos. Si desea asesoramiento, diagnóstico o tratamiento para esos hallazgos, le recomendamos que busque los servicios de un proveedor de atención médica que se especialice en esa área. Independientemente de cómo se llame la enfermedad, no ofrecemos tratarla. Tampoco ofrecemos asesoramiento sobre el tratamiento prescrito por otros. Nuestro único objetivo de práctica es eliminar una interferencia mayor a la expresión del cuerpo innato.

Yo, _____ he leído y entendido completamente las declaraciones anteriores.

Todas las preguntas sobre los objetivos del doctor en relación a mi atención en esta oficina han sido respondidas a mi completa satisfacción. Por lo tanto, acepto la atención quiropráctica ofrecida.

Firma del paciente

fecha

Batterton Chiropractic Clinic
621 W. 19th Street
Houston, Texas 77008

Seguros y responsabilidades de pago:

Entiendo y acepto que las pólizas de seguro médico y accidentes son un acuerdo entre el transportista y yo. Entiendo claramente y acepto que todos los servicios prestados se me cobran directamente a mi y soy personalmente responsable del pago. También entiendo si suspendo o termino mi atención en esta oficina, cualquier cargo pendiente por los servicios profesionales ofrecidos será exigible y pagadero de inmediato. Por la presente autorizo a los doctores de Batterton Chiropractic Clinic y quien ellos designen como su asistente a administrar cualquier atención que consideren necesaria. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

Firma del paciente

Fecha

Liberación y declaración para permitir el pago de beneficio de seguro privado al proveedor:

Yo (nosotros), el paciente que suscribe y/o la parte responsable, por la presente autorizamos conjuntamente a esta oficina, sus agentes/empleados a liberar y divulgar la totalidad o parte de los registros médicos del paciente a cualquier entidad que sea o pueda ser responsable de la totalidad o parte de cobro del proveedor. **Yo (nosotros)**, autorizo la divulgación de los registros necesarios para ayudar en el reembolso de los beneficios a los que **yo (nosotros)** puedo tener derecho. **Yo (nosotros)**, autorizamos a esta oficina a y/o empleados a liberar a través de la atención médica adecuada. **Yo (nosotros)**, autorizo que el pago de los beneficios de cualquier tercero o compañías de seguro se realice en esta oficina por cualquier servicio prestado a pacientes. Las firmas proporcionadas a continuación serán suficientes para todos los formularios de manera Segura.

Reconocimiento del paciente:

Nombre de/los paciente(s):

Muchas gracias por tomarse el tiempo para revisar como estamos usando cuidadosamente su información de salud. Si tiene alguna duda, por favor póngase en contacto con nosotros. De lo contrario, agradeceríamos su reconocimiento firmando a continuación que usted ha recibido, revisado y minuciosamente y entendido esta política.

Firma del paciente

Fecha

Información y consentimiento de HIPPA:

Yo, _____ por la presente doy mi consentimiento y reconozco mi acuerdo con los terminos establecidos en el formulario DE INFORMACION HIPPA adjunto y cualquier cambio posterior en la política de la oficina. Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente a partir de este momento.

Firma del paciente

Fecha

GRACIAS POR SU CONFIANZA!

Batterton Chiropractic Clinic
621 W. 19th Street
Houston, Texas 77008

INFORMACION Y CONSENTIMIENTO LEY HIPPA

La ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPPA por sus siglas en inglés) Brinda garantías para proteger su privacidad. La implementación de los requisitos de HIPPA comenzó oficialmente el 14 de abril de 2003. Muchas políticas han sido nuestra práctica durante años. Este formulario es una versión "amigable". Un texto más completo está publicado en la oficina.

De que se trata esto: en especial, existen reglas y restricciones sobre quien puede ver o ser notificado de su información de salud protegida (PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesaria para brindarle servicios de oficina. HIPPA le brinda ciertos derechos y protecciones a usted como paciente.

Equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de brindarle un servicio y atención profesional de calidad. Hay información adicional en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (www.hhs.gov).

Hemos adoptado las siguientes practicas:

1. La información del paciente se mantendrá confidencial excepto cuando sea necesario para brindar servicios o para garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se manejen de manera adecuada. Esto incluye específicamente el intercambio de información con nuestros proveedores de atención médica, laboratorios, pagadores de seguros médicos según sea necesario y apropiado para su atención. Los archivos de los pacientes se pueden almacenar en estantes de archivos abiertos y no contendrán ningún código que identifique la condición de un paciente o información que no sea un asunto de registro público. El curso normal de brindar atención significa que dichos registros pueden dejarse, al menos temporalmente, en áreas administrativas como la oficina principal, la sala de examen, etc. Esos registros no estarán disponibles para personas que no sean el personal de la oficina. Usted acepta los procedimientos normales utilizados dentro de la oficina para el manejo de gráficos, registros de pacientes, PHI y otros documentos o información.
2. Es política de esta oficina recordar a los pacientes sus citas. Podemos hacerlo por teléfono, correo electrónico, correo regular o por cualquier medio conveniente para práctica y/o según solicite usted. Es posible que le enviemos otras comunicaciones para informarle sobre los cambios en la política de la oficina y las nuevas tecnologías que podría encontrar valiosas o informativas.
3. La práctica utiliza una serie de proveedores en la realización del negocio. Estos proveedores pueden tener acceso a la PHI, pero deben aceptar cumplir con las reglas de confidencialidad de la HIPPA.
4. Usted comprende y acepta las inspecciones de la oficina y la revisión de documentos que pueden incluir PHI por parte de agencias gubernamentales o pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones.
5. Usted acepta presentar cualquier inquietud o queja con respecto a la privacidad al gerente de la oficina o al médico.
6. Su información confidencial no se utilizará con fines de mercadeo o publicidad de productos, bienes o servicios.
7. Estamos de acuerdo en proporcionar a los pacientes acceso a sus registros de acuerdo con las leyes estatales y federales.
8. Podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para atender mejor las necesidades tanto de la práctica como del paciente.
9. Tiene derecho a solicitar restricciones en el uso de su información médica protegida y solicitar cambios en ciertas políticas utilizadas dentro de la oficina con respecto a su PHI. Sin embargo no estamos obligados a cambiar las políticas internas.

Yo, _____ por la presente consiento y reconozco mi acuerdo con los terminos establecidos en el FORMULARIO DE INFORMACION HIPPA adjunto y cualquier cambio posterior en la politica de la oficina. Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente a partir de este momento.

Firma del paciente

Fecha

Batterton Chiropractic Clinic
621 W. 19th Street
Houston, Texas 77008

Tel:(713)861-9168
Fax: (713)861-9069

ASIGNACION LEGAL DE BENEFICIOS Y LIBERACION DE DOCUMENTOS MEDICOS Y DEL PLAN

Al considerar el monto de los gastos médicos en que se incurrirá, yo, el abajo firmante, seguro y/o cobertura de beneficios de atención médica para empleados con lo mencionado anteriormente, y por la presente asigna y transmite directamente a Batterton Chiropractic Clinic, 621 W. 19th St, Houston Texas 77008, beneficios médicos y/o reembolso del seguro, si corresponde de otro modo pagadero a mí por los servicios prestados por dicho doctor y clínica. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos independientemente de cualquier pago de beneficios o seguro. Por la presente autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria para procesar este reclamo. Por la presente autorizo a cualquier administrador del plan o fiduciario, asegurador y mi abogado para liberar a dicho doctor, clínica, documentos, póliza de seguro y/o información de liquidación previa solicitud por escrito de dicho doctor y clínica para reclamar dichos beneficios médicos, reembolso o cualquier remedio aplicable. Autorizo el uso de esta firma en todos mis seguros y/o presentación de reclamos de beneficios de salud para empleados.

Por la presente transmito al doctor y a la clínica mencionados anteriormente en la medida máxima permitida bajo la ley y bajo cualquier póliza de seguro aplicable y/o atención médica del empleado cualquier reclamo, elección en acción u otro derecho que pueda tener a dicho seguro y/o cobertura de beneficios de atención médica para empleados; bajo cualquier póliza de seguro aplicable y/o plan de atención médica del empleado con respecto a los gastos médicos incurridos como resultado de los servicios médicos que recibí del doctor y la clínica antes mencionado y en la medida autorizado por la ley para reclamar dichos beneficios médicos, reembolso del seguro y cualquier remedio aplicable. Además en respuesta a cualquier solicitud razonable de cooperación, acepto cooperar con dicho doctor y clínica en cualquier intento de tal doctor y clínica para llevar a cabo dicha reclamación, opto en acción o derecho contra mis aseguradoras y/o plan de salud del empleado, incluyendo, si es necesario, demandar a dicho doctor y clínica contra dichas aseguradoras y/o plan de atención médica del empleado en mi nombre pero tales gastos médicos y de la clínica.

Esta cesión permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como el original. He leído y entendido completamente este acuerdo.

Firma del paciente/encargado legal

Fecha

Batterton Chiropractic Clinic
621 W. 19th St.
Houston, Texas 77008

Tel: (713)861-9168
Fax: (713)861-9069

INFORMACION ELECTRONICA DE SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Telefono del hogar: _____ Celular: _____

Podemos dejar un mensaje detallado? (círcula una) **S ó N**

Correo electronico: _____

Método preferido de comunicación para recordatorios de pacientes: (círcule uno) Email Tel. Mensaje de voz

Contactos/tutores adicionales:

Nombre Relación Tel.

Nombre Relación Tel.

Yo (nosotros), _____, doy mi consentimiento para recibir mensajes electronicos de Batterton Chiropractic Clinic.

Firma paciente/ guardian Fecha