

Historial de salud del paciente

Por favor IMPRIMIR

Nombre _____ Apodo _____

Apellido _____ Segundo nombre _____ Sufijo _____

Teléfono móvil Teléfono de casa _____

Teléfono secundario _____

Correo electrónico personal _____

By providing my email address, I authorize my doctor to contact me via the email address(es) provided.

Fecha de nacimiento Sexo (marque uno) ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No especificado

Edad _____ Estado civil (marque uno) ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Otro SSN _____

Situación laboral (marque uno para el patio)

☐ Empleado ☐ FT Estudiante ☐ PT Estudiante ☐ Otro ☐ Jubilado ☐ Trabajador por cuenta propia

Raza (marque todos los que correspondan)

- ☐ Black/African American ☐ Caucasian ☐ Hispanic ☐ American Indian/Alaskan Native
☐ Asian ☐ Asian Indian ☐ Chinese ☐ Filipino
☐ Japanese ☐ Korean ☐ Vietnamese ☐ Native Hawaiian or other Pacific Island
☐ Samoan ☐ Guamanian or Chamorro ☐ Other _____ ☐ I choose not to specify

Origen étnico (marque uno) ☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino ☐ I choose not to specify

Idioma preferido (marque uno)

☐ Inglés, ☐ Español, ☐ Lenguaje de Señas Americano ☐ Other _____ ☐ elijo no especificar

Dirección de la calle _____

Código postal _____ **Ciudad/ Estado** _____

Dirección postal (si es diferente a la dirección postal) _____

Código postal _____ **Ciudad/ Estado** _____

ABOGADO (ATTY)

Persona de Contacto:	Fax:	
Dirección:	Teléfono:	

PROTECCIÓN CONTRA LESIONES PERSONALES (MVA) or (PIP)

Afirmación #:	Fecha del accidente:	
Su Compañía de Seguros de Vehículos	Estado del Accidente:	
Teléfono:	Fax:	

RESPONSABILIDAD (LI) (3rd PARTY)

Nombre del conductor/propietario de terceros	Política #
3º Seguro. Co.	Teléfono:
Nombre del Ajustador:	Ajustador Teléfono:

¿Fuma actualmente tabaco de algún tipo? ☐ Sí ☐ Ex fumador ☐ Nunca he sido fumador
En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia fuma? ☐ Fumador diario actual Fumador actual ☐ a veces fumador

Medicamentos actuales, incluida la frecuencia y la dosis, si se conocen. Si no hay medicamentos actuales, Compruébalo aquí: ☐

	Start Date		Start Date
1) _____		5) _____	
2) _____		6) _____	
3) _____		7) _____	
4) _____		8) _____	

Haz una lista de todas las alergias conocidas que hayas tenido a cualquier medicamento. Si no se conocen alergias, consulte aquí: ☐

1) _____	3) _____
2) _____	4) _____

¿Ha sido atendido en el consultorio de un proveedor diferente y/o en un hospital por sus lesiones más recientes? _____
 (Por favor, complete toda la información en la página 6 si su respuesta es Sí)

¿Te has hecho una ☐radiografía, ☐una tomografía computarizada☐, una resonancia magnética del ☐cuello☐, la parte media de ☐ la espalda y la parte baja de la espalda en los últimos 28 días? ☐Ninguno
 (marque cuáles aplican)

¿Eres claustrofóbico? ☐ Sí ☐ No ¿Tienes metal en tu cuerpo? ☐ Sí ☐ No dónde? _____

¿Estás embarazada? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuántas semanas? _____

¿Ha tenido alguna cirugía o lesión (quemaduras, huesos rotos, etc.) de la que debamos estar al tanto?

Enumere brevemente sus principales problemas de salud: _____

¿Algún médico le ha diagnosticado hipertensión actualmente? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, describa: _____

¿Algún médico le ha diagnosticado diabetes actualmente? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿de qué tipo? ☐Tipo I ☐Tipo II En **caso afirmativo a la diabetes, ¿su análisis de sangre para hemoglobina A1c fue > 9.0%?** ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy Seguro **En caso afirmativo, otros comentarios con respecto a la diabetes:** _____

¿Perdió tiempo en el trabajo debido a sus lesiones? ☐ Sí ☐ No

¿Cuántos días/horas has perdido de trabajo hasta la fecha? _____

La fecha de hoy

/	/
---	---

Firma del paciente

NAME: _____ DATE: _____

PLEASE USE THE FOLLOWING DRAWING TO ACCURATELY MARK THE AREAS IN WHICH YOU FEEL THE DESCRIBED SENSATIONS. USE THE APPROPRIATE SYMBOLS AND INCLUDE ALL AFFECTED AREAS.

Por favor use los simbolos en el siguiente dibujo para demostrar la area que esta afectada.

Dull: DDDDD

Agudo

Stabbing/cutting: /////

Cortaduras

Burning: XXXX

Quemaduras

Numb: NNNN

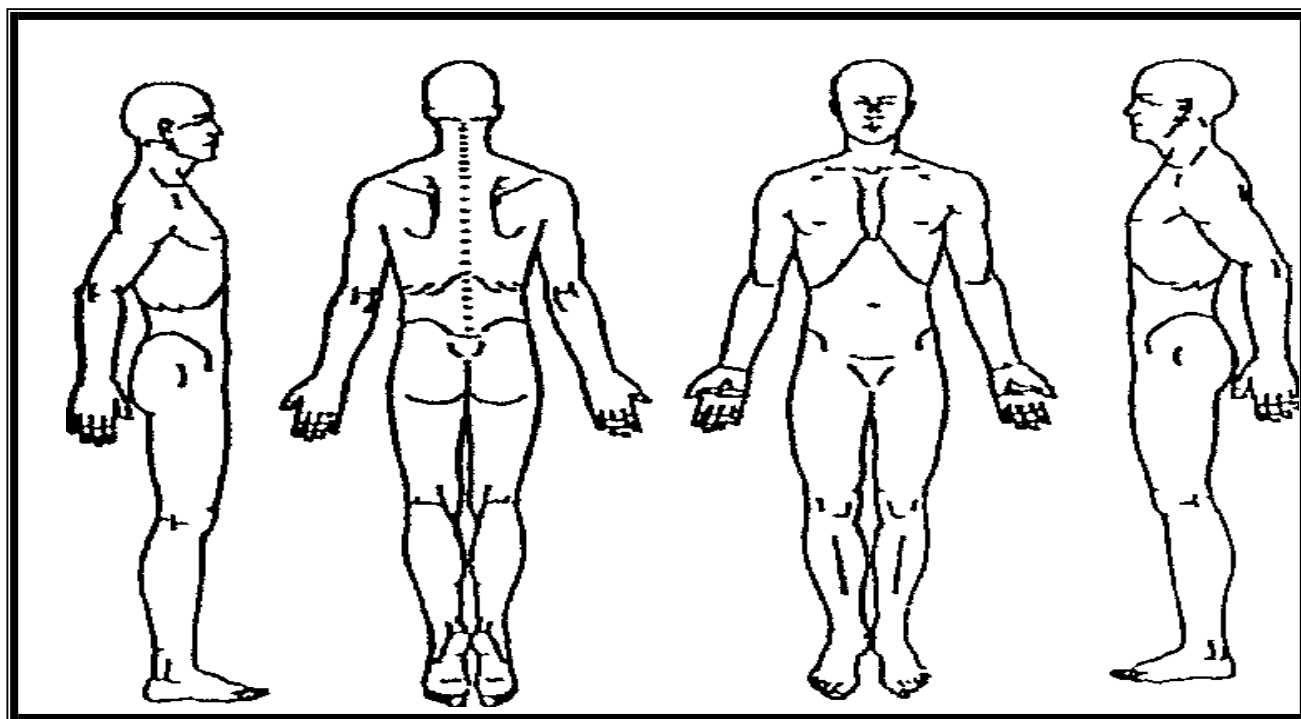
Dormido

Tingling: TTTT

Cosquillas

Cramping: SSSS

Calambres



Please place a circle on the line below to indicate your present pain level.

Por favor circule el nivel de dolor que le corresponde

MILD

Minimo

MODERATE

Moderado

INTENSE

Intenso

No Pain 1 ---2---3---4---5--6- ---7---8--9- -10- Worst Pain

PATIENT SIGNATURE: _____

Firma de paciente

**Clínica Quiropráctica de Arroz
Dr. Eliseo Cummings, D.C.
204 North First Street Conroe, Texas 77301**

Formulario de consentimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)

Su Información de Salud Protegida (PHI) será utilizada por esta oficina o divulgada a otros con fines de tratamiento, obtención de pagos o apoyo a las operaciones diarias de atención médica de esta oficina. Debe revisar el Aviso de prácticas de privacidad para obtener una descripción más completa de cómo se puede usar o divulgar su PHI. Describe sus derechos en lo que respecta al uso limitado de la información de salud, incluida su información demográfica, recopilada de usted y creada o recibida por esta oficina. Puede revisar el Aviso antes de firmar este consentimiento. Puede solicitar una copia del Aviso en la recepción. Esta oficina se reserva el derecho de modificar las Prácticas de Privacidad descritas en el Aviso.

Solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información

Puede solicitar una restricción en el uso o divulgación de su PHI. Es política de esta oficina que continuará brindando tratamiento a un paciente que restrinja el consentimiento para el uso y la divulgación de su PHI con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. El uso o divulgación de información protegida en violación de una restricción acordada será una violación de los estándares federales de privacidad.

Revocación del consentimiento

Puede revocar este consentimiento para el uso y divulgación de su PHI. Debe revocar este consentimiento por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en que se reciba su revocación del consentimiento no se verá afectado.

Yo, _____

Yo, _____ Entiendo que la PHI se utilizará dentro de la oficina para fines de mi atención, a aquellas personas designadas por el médico.

Cesión de Beneficios / Cesión de Causa de Acción / Gravamen Contractual

Nuestra oficina hará todo lo posible para verificar los beneficios de su póliza, sin embargo, esta oficina y su seguro NO garantizan una cotización de beneficios para el pago de los servicios prestados. Si su seguro proporciona beneficios quiroprácticos, su seguro se presentará semanalmente como cortesía para usted. Usted será responsable de su deducible y/o copago. Su seguro debe pagar dentro de los 45 días a partir de la fecha en que se presentó. En el caso de que su compañía de seguros no pague de manera oportuna, es posible que se le pida que se comunique con su compañía de seguros. **Si su compañía de seguros le envía un cheque directamente por nuestros servicios, debe llevar el cheque mal dirigido a nuestra oficina dentro de las 48 horas.**

Cesión de derechos y transmisión de intereses de gravamen

Por la presente, ejecuto y proporciono intereses de gravamen irrevocables y asignación de ingresos a cualquier causa de acción que exista a mi favor contra cualquier compañía de seguros por los términos de la póliza, incluido el derecho exclusivo e irrevocable de recibir el pago por dichos servicios, exigir el pago y procesar y recibir multas, intereses, pérdidas judiciales u otras cantidades legalmente compensables adeudadas por una compañía de seguros de acuerdo con el Artículo 21.55 del Código de Seguros de Texas. cooperar, proporcionar información según sea necesario y comparecer según sea necesario para ayudar en el procesamiento de tales solicitudes de beneficios a pedido.

A cualquier compañía de seguros que proporcione beneficios o liquidación de un reclamo, se le instruye que, de conformidad con este Interés de gravamen irrevocable y Asignación de Ingresos, pague el monto total en dólares de todas las sumas que debo a cuenta al médico y al centro de tratamiento mencionados anteriormente dentro de los 30 días posteriores a la recepción de las facturas médicas presentadas por el médico y / o el centro de tratamiento. **Instruyo que los cheques se hagan pagaderos a Rice Chiropractic Clinic, y el pago se envíe a 204 N. First St. Conroe, Texas 77301.**

Esta demanda se ajusta específicamente al Artículo 21.55 del Código de Seguros de Texas, que establece honorarios de abogados, multa del 18%, costo judicial e intereses de juicio, en caso de violación. En el caso de que los ingresos de mi liquidación de seguro se paguen directamente a mi abogado, por la presente instruyo irrevocablemente a mi abogado para que retenga todas las sumas y montos que se determine que se deben, adeudan y pagan en mi cuenta y remito el pago de todas esas sumas directamente al médico y / o centro de tratamiento mencionado anteriormente al recibir mi (s) laudo(s) de liquidación.

Consentimiento informado para el tratamiento

Por la presente, autorizo y libero al médico y a cualquier persona que él / ella designe como su asistente para administrar tratamiento, examen físico, estudios de rayos X, atención quiropráctica o cualquier servicio clínico que él / ella considere necesario en mi caso. Entiendo que, como con cualquier procedimiento de atención médica, las complicaciones son posibles después de la manipulación quiropráctica y / o las técnicas de terapia manual. Los riesgos de complicaciones debido a los tratamientos quiroprácticos se han etiquetado como "raros" y la probabilidad de reacción adversa debido a procedimientos auxiliares también se considera "rara".

• Yo, el padre o tutor legal abajo firmante de _____ (**menor de edad**), por la presente doy mi permiso al personal de Rice Chiropractic para tratar a dicho niño.

Por la presente, reconozco que si no asciendo a las citas según lo recomendado por mi médico tratante, él / ella tiene todo el derecho de terminar la responsabilidad de mi atención y renunciar a cualquier discapacidad que se me haya otorgado dentro de un período de tiempo razonable. Entiendo que no completar mi plan de tratamiento recomendado puede poner en peligro mi caso. Al firmar a continuación, acepto los términos que he leído anteriormente.

Firma del paciente o de los padres: _____

Acuerdo de Nombramiento/Comunicación Electrónica

Aquí en Rice Chiropractic Clinic, programamos a los pacientes de la manera más eficiente posible. Como cortesía a nuestro personal y a otros pacientes, le pedimos que llame o envíe un mensaje de texto al (936) 756-2415 o envíe un correo electrónico a ricechiropractic@me.com tan pronto como sepa que necesita reprogramar o cancelar su cita. Preferiblemente con 24 horas de anticipación.

Llegue lo más cerca posible de la hora de su cita. Llegar más de 15 minutos antes a su cita podría constituir una larga espera. Se le considerará una persona sin cita previa si llega más de 15 minutos antes y nuestras visitas sin cita previa se atienden después de nuestras citas programadas, por lo que es probable que no pueda ser atendido hasta cerca de la hora de su cita. Si no se presenta y cancela tarde (menos de 24 horas antes de su cita), se le puede cobrar una tarifa de \$ 20.

3 CITAS PERDIDAS O CANCELADAS RESULTARÁN EN EL CIERRE DE SU CASO (Su abogado deberá darnos la aprobación para reabrir su caso)

Si llega 15 minutos tarde a su cita, se le reprogramará. Llegar tarde a su cita podría reducir el tiempo que podemos tratarlo.

Llame si sabe que llegará más de 15 minutos tarde o temprano; Es posible que podamos programarlo para el mismo día. De lo contrario, intentaremos reservar su cita para un horario que funcione mejor para-ambos. Para los casos de lesiones personales, informamos el cumplimiento a su abogado semanalmente. Póngase en contacto con nosotros por cualquier motivo por el que no pueda asistir a sus citas. Al firmar, usted acepta lo anterior y nos informará que necesita cancelar o reprogramar su cita de manera oportuna. Además, acepta comprender que este es un centro médico y haremos todo lo posible para verlo rápidamente y sin un tiempo de espera excesivo, independientemente de cómo sucedan las cosas y es posible que nos retrasemos. Al firmar, usted acepta ser paciente con nuestro personal y otros pacientes si nos retrasamos, y trabajaremos para que lo atiendan tan pronto como sea posible.

Firma del paciente, padre o tutor

Fecha

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Rice Chiropractic Clinic puede comunicarse conmigo electrónicamente a la dirección de correo electrónico y / o número de teléfono que figura en la documentación de mi grupo demográfico. Esto incluye recordatorios de citas de pacientes. Los correos electrónicos rara vez se utilizan; Nos pondremos en contacto con usted principalmente por teléfono.

Soy consciente de que existe cierto nivel de riesgo de que terceros puedan leer correos electrónicos no cifrados. Además, acepto que soy responsable de proporcionar a la empresa cualquier actualización de mi dirección de correo electrónico y / o número de teléfono móvil.

- ☐ De acuerdo:
- ☐ No estoy de acuerdo:

(Marque uno de los círculos de arriba para aceptar recibir correspondencia de la Clínica Quiropráctica Rice)



204 N. First St.
Conroe, TX 77301



(936) 756-2415
Fax (936) 756-2415



ricechiropractic@me.com

Rice Chiropractic Clinic

204 N. First St.

Conroe, Texas 77301

Fax: 936-756-2415/936-463-6170

ricechiropractic@me.com

Patient Name (Nombre): _____

Soc. Sec. #: _____ - _____ - _____ DOB (Fecha de Nacimiento): M ___/D ___/A ___

Date of Accident (Fecha del accidente): _____

Hospital/Facility patient was seen (Hospital/Facility paciente fue atendido):

- ☐ Conroe HCA
- ☐ St. Luke's-Woodlands or St. Luke's Chi (circle correct one)
- ☐ Kingwood Hospital
- ☐ Huntsville Memorial
- ☐ Hermann Memorial-Woodlands
- ☐ Other: _____

Numbers for the Hospital/Facility you were seen (Números del hospital/centro en el que fue atendido):

Phone (Teléfono): _____ Fax: _____

I, _____, (for the purpose of treatment at this office), request and consent to the release of all medical records for the following date/s of service ____/____/____ to ____/____/____. [Yo, _____, (con el propósito de tratamiento en esta oficina), solicito y doy mi consentimiento para la divulgación de todos los registros médicos para las siguientes fecha/s de servicio: ____/____/____ to ____/____/____.]

I authorize Rice Chiropractic Clinic to use and disclose the protected health information described above for my medical treatment or consultation, billing or claims payment, or other purposes as I may direct. I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time. I understand that a revocation is not effective to the extent that any person or entity has already acted in reliance on my authorization or if my authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage and the insurer has a legal right to contest a claim. I understand that my treatment, payment, enrollment, eligibility for benefits will not be conditioned on whether I sign this authorization. I understand that information used or disclosed pursuant to this authorization may be disclosed by the recipient and may no longer be protected by federal or state law. I certify that the information above is true and that when releasing this Protected Health Information for the above patient you are releasing Rice Chiropractic Clinic of any liability and certify that under perjury of law you are who you say you are. This clinic complies with all applicable federal privacy statutes. (Autorizo a Rice Chiropractic Clinic a usar y divulgar la información de salud protegida descrita anteriormente para mi tratamiento o consulta médica, facturación o pago de reclamos, u otros fines que pueda indicar. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad ya haya actuado en función de mi autorización o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y la aseguradora tiene el derecho legal de impugnar un reclamo. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción y elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a si firmo o no esta autorización. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal. Certifico que la información anterior es verdadera y que al divulgar esta información médica protegida para el paciente anterior, usted está liberando a Rice Chiropractic Clinic de cualquier responsabilidad y certifico que, bajo perjurio de la ley, usted es quien dice ser. Esta clínica cumple con todos los estatutos federales de privacidad aplicables.)

Patient/Guardians Signature (Firma del paciente/tutor): _____ Date (Fecha): _____

Políticas de la clínica

- Cuando asista a sus citas con el médico, puede traer a otras personas con usted para escuchar los resultados o escuchar lo que el médico tiene que decir. Por favor, no traiga niños, otros amigos o familiares con usted cuando asista a terapia. Son bienvenidos a esperar en la sala de espera, pero no se les permitirá regresar con usted mientras reciben tratamiento. A menos que haya hablado con el médico para recibir un permiso especial por circunstancias atenuantes.

Si recibe un permiso especial y el niño o la persona que lo acompaña destruye la propiedad, molesta a otros pacientes, es grosero/incontrolable, etc. Podemos pedirle a la persona que lo acompaña que se vaya o pedirles a ambos que se vayan.

- Si no tiene transporte, comuníquese con su abogado o compañía de seguros para que puedan ayudarlo a configurar algo. Ya no proporcionamos transporte a través de nuestra oficina.
- Como cortesía a otros pacientes y a nuestro personal, le pedimos que permanezca alejado de su teléfono cuando lo detengan para recibir tratamiento. Es posible que le pidamos que salga de la habitación para que otra persona pueda recibir tratamiento si está hablando por teléfono. Si está hablando por teléfono en la sala de espera, lo llevaremos de regreso una vez que haya terminado con su llamada. Si necesitas atender una llamada telefónica mientras estás en la sala de espera, te pedimos que permanezcas fuera de Facetime y del teléfono con altavoz. Las llamadas telefónicas que duran más de 15 minutos después de la hora de su cita pueden resultar en una reprogramación.
- Mientras espera o trata, le pedimos a usted y a las personas que lo acompañan que usen auriculares para escuchar música, videos, etc. Se proporcionarán auriculares para pedir prestados mientras esté aquí si es necesario.
- Política de 24 horas: Llame para reprogramar o cancelar su cita 24 horas antes de la hora de su cita. Tenemos muchos pacientes que tratar y, a veces, tenemos una lista de espera de pacientes que necesitan citas. Si no llama con 24 horas de anticipación para cancelar, reprogramar o si no se presenta constantemente a sus citas, tendrá que convertirse en un paciente sin cita previa y no podrá programar citas.

Queremos que todos se sientan cómodos cuando sean tratados aquí en Rice Chiropractic. Gracias por ayudarnos a mantener un ambiente agradable para que todos nuestros pacientes reciban tratamiento mientras los ayudamos con su proceso de curación.

Qué Esperar como Paciente de Lesiones Personales

Después de su visita inicial con el médico, es posible que lo deriven para:

- X-rays
- MRI's (notifíquenos si tiene algún metal en su cuerpo o si es claustrofóbico para que podamos conseguirle sedación o programar tomografías computarizadas en su lugar)
- MD, para una evaluación y gestión farmacológica
- Especialista (como el manejo del dolor y/o la ortopedia) si es anterior MRI/CT se ha hecho

Se necesita la aprobación de un abogado o del seguro; Deberías ser visto por MD en menos de una semana y las imágenes deben realizarse alrededor de las 2-3 semanas de terapia. Si no ha tenido noticias de estas instalaciones en un tiempo razonable, háganoslo saber.

Se programarán citas de terapia:

- ❖ 3 días a la semana durante aproximadamente 2-3 semanas
- ❖ 2-3 días a la semana durante aproximadamente 3-4 semanas
- ❖ 1-2 días a la semana durante aproximadamente 4-5 semanas

Más terapia al comienzo del tratamiento, cuando por lo general tiene más dolor. Menos al final mientras se suele tratar con un especialista.

Reevaluaciones:

- Después 6-8 Visitas de terapia
- Después Recibimos informes de imágenes
- Después Ha consultado a un especialista
- Si hay es una pausa en su cuidado

Servicios de Terapia:

- * Ejercicios correctivos
- * Acondicionamiento general
- * Descompresión espinal
- * Terapia de masaje
- * E-Stem
- * Ultrasonido
- * Cuidado quiropráctico (después MRI's y con la aprobación del médico tratante)

Nuestro objetivo: Tratar sus lesiones para restaurar la movilidad, fortalecer sus músculos, estabilizar su cuerpo una vez más.

La información de esta página es una aproximación. No todas las lesiones son iguales, no todos los casos son iguales, no todas las terapias están incluidas. El médico y otros proveedores que trabajan con nosotros elaboran planes de tratamiento basados en cada paciente individual.

HORARIO DE LA CLÍNICA QUIROPRÁCTICA DE RICE

Dr. Eli Cummings (Quiropráctico)

Martes 9:00 am – 6:00 pm

(Cerrado de 12:30 a 2:30 para el almuerzo)

Viernes 8:30 am – 1:00 pm

Consultorio/Terapia

Lunes 2:00 pm – 6:00 pm

Martes 9:00 am – 6:00 pm

(Cerrado de 12:30 a 2:30 para el almuerzo)

Miércoles 10:00 am – 6:00 pm

Jueves 10:00 am – 6:00 pm

Viernes 8:30 am – 5:00 pm

(Cerrado de 1:00 a 2:30 para el almuerzo)

Sábado 9:00 am – 3:00 pm

Lunes y sábados SOLO con cita previa

**** DEBE tener una cita para ser atendido.** Puede programar citas llamando al 936-756-2415 o enviando un correo electrónico a ricechiropractic@me.com

**** Las personas sin cita previa** se incluirán en nuestro horario para la próxima cita disponible, lo que podría resultar en una larga espera o programarse para otro día. Las visitas sin cita previa serán atendidas después de nuestros pacientes con citas confirmadas.

NO hay visitas sin cita previa para los exámenes físicos del DOT.

**** Como recordatorio, si hemos visto a nuestro último **paciente programado**, es posible que cerremos temprano o que el médico se vaya temprano. El último paciente se programa 30 minutos antes del cierre.**

La MEJOR manera de programar citas es de manera constante. Podemos ponerlo en citas recurrentes, sin embargo, si no se presenta, será eliminado de nuestra lista de citas recurrentes.