

RICE CHIROPRACTIC CLINIC - MINOR (SPANISH)

Date:

PERSONAL INFORMATION

Por favor, imprima

Nombre _____ Apodo _____

Apellido _____ Segundo nombre _____ Sufijo _____

Teléfono móvil _____ Teléfono de casa _____

Información de los padres: Nombre _____ Teléfono Número _____

Otra información de los padres: Nombre _____ Teléfono Número _____

Correo electrónico del parente/tutor _____

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

Método de contacto Teléfono móvil Teléfono de casa Teléfono secundario Inicio Correo electrónico

Fecha de nacimiento

	/	/
--	---	---

 Edad _____

Género (Marque uno) Masculino Hembra No especificado

Estado civil (Marque uno) Soltero Casado Otro SSN _____

Situación laboral (Marque uno)

Empleado Estudiante FT Estudiante de PT Other _____

Dirección _____

Código postal _____ Ciudad/ Estado _____

Información del abogado: _____ Número de teléfono: _____

Administrador de casos: _____ Fecha del accidente: ____ / ____ / ____

¿Actualmente fumas tabaco de algún tipo? Sí Ex fumador Nunca he sido fumador

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia fuma?: Fumador diario actual Corriente a veces fumador

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

Haz una lista de cualquier alergia conocida que hayas tenido a cualquier medicamento. Si no se conocen alergias, consulte aquí:

¿Te has hecho alguna radiología reciente? No Sí, por favor haga una lista de lo que tenía y dónde se hizo?

REASON FOR VISIT

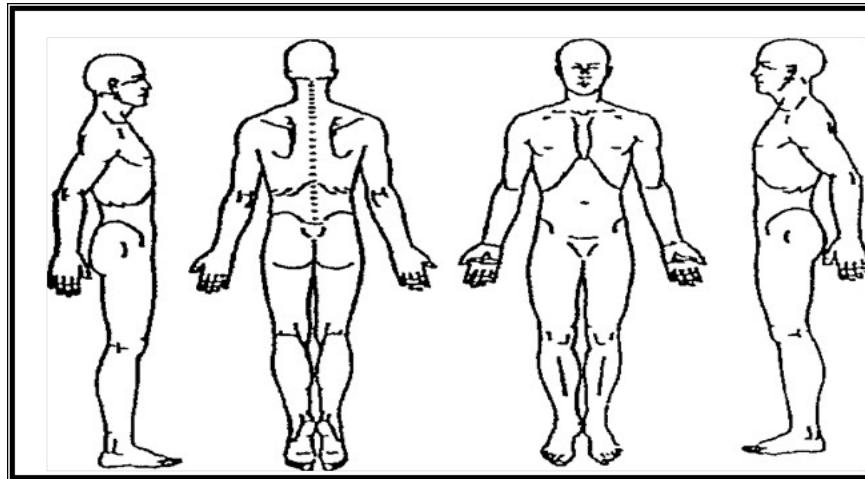
What is the reason for your visit today? Headache Neck Pain Mid-Back Pain Low Back Pain
 Other _____

What caused this complaint(s)? _____

When did this complaint begin? ____ / ____ / ____ Is it getting worse? Yes No Constant Comes and goes

Have you had this or a similar complaint in the past? Yes No If "Yes", when? _____

What do your complaint (s) feel like? Circle all that apply: Sharp / Dull / Sore / Stiff / Tight / Aching / Spasms /
Throbbing / Stabbing / Shooting / Burning / Cramping / Nagging / Tingling / Numbness /
Other _____



Por favor, encierre en un círculo o haga una "X" en el diagrama del cuerpo donde tiene dolor u otros síntomas.
¿A qué área(s) se irradia, dispara o viaja el dolor (si corresponde)?

HEALTH HISTORY

¿Hay algún diagnóstico/problema médico del que debamos estar al tanto?? _____

FRACTURAS (huesos rotos, esguinces, torceduras, traumatismos/lesiones graves (lista y fecha):

CIRUGÍAS y/o HOSPITALIZACIONES (Lista y Fecha):

To be performed by clinic staff: Height: _____ inches Weight: _____ pounds BP: _____ / _____

Area for Doctor

Notes: _____

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: _____