

# Informacion Confidencial De Paciente

Account #: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Cellular Phone: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estad: \_\_\_\_\_ Codigo Posta: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil (circule uno) Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

Edad \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Coreo Electronico \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_

Direcion: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Codigo: \_\_\_\_\_

Nombre de su Coyuge: \_\_\_\_\_ # De hijos/as: \_\_\_\_\_

Nombre de paciente que lo recomendo: \_\_\_\_\_

As tendido cuidado con un quiropractico? Si  No  Fecha: \_\_\_\_\_

Esta Lastimadura esta relacionado con: Accidente de Auto

Fecha /Tiempo: \_\_\_\_\_ ubicacion: \_\_\_\_\_

Su compania de seguro de auto: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Todos los cargos se deben cuando se presenta los servicios...

Forma de pago ( ) Cheque ( ) Dinero en efectivo ( ) Tarjeta de credito ( ) Tarjeta de credito medica

¿Por qué la quiropráctica? La gente va a quiroprácticos para una variedad de razones. Algunos van para el alivio sintomático del dolor o las molestias (cuidado de alivio). Otros están interesados en tener la causa del problema, así como los síntomas corregido y relevado (cuidado correctivo). Su médico sopesarán sus necesidades y deseos al recomendar su programa de tratamiento. **Favor de circular el tipo de cuidados que mejor se adapte a sus necesidades.**

## Cuidado de alivio

Cuidado de alivio es necesario deshacerse de los síntomas o dolor, pero no la causa de esa atención. Es lo mismo que si un piso esta seco y se esta mojando por una fuga , pero no reparar la fuga.

## Cuidado Correctivo

Cuido correctivos se difiere de cuidado de alivio en que su objetivo es deshacerse de los síntomas o el dolor y corregir la causa del problema. Cuidado correctivo varía en mucho tiempo, pero es más duradero.

Yo Autorizo a Smoot Family Chiropractic para presentar los servicios necesarios para mi y entiendo que soy responsable por todos los cargos incurridos.

Firma De Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

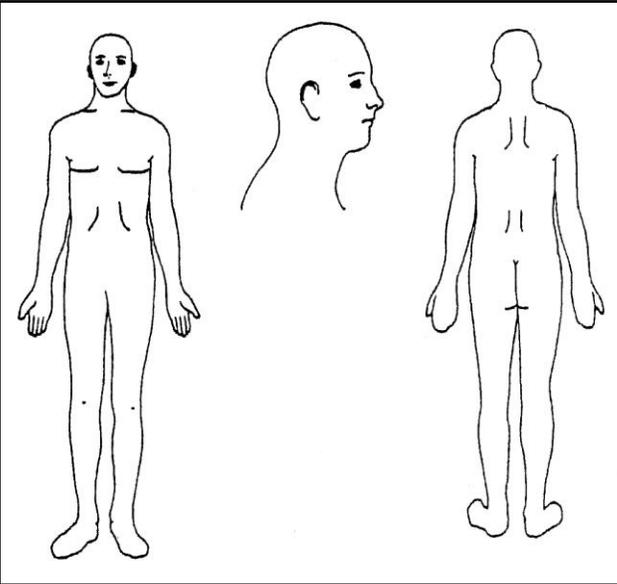
Padres o tutores autorizando la atención: \_\_\_\_\_

Gracias por permitirnos servirle!

Que sintomas tiene y cuanto tiempo tiene con molestia?

Nombre: \_\_\_\_\_

Por favor marque con una X en el diagrama a continuación dónde están tus problemas



1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Quando piensa que los sintomas empesaron ?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Lista de otros quiropráctica o médicos que ha consultado para estas condicion?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Compruebe si alguno de los siguientes que ha tenido en los seis meses:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza                   | <input type="checkbox"/> Entumecido                |
| <input type="checkbox"/> Allergies/                        | <input type="checkbox"/> Frecuente nausea/ vomito  |
| <input type="checkbox"/> Problema de Vision                | <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal           |
| <input type="checkbox"/> Infeccion en los oidos            | <input type="checkbox"/> Constipacion              |
| <input type="checkbox"/> Mareos                            | <input type="checkbox"/> Diarea                    |
| <input type="checkbox"/> Problema de corazon               | <input type="checkbox"/> Bajo/ Alto Apetito        |
| <input type="checkbox"/> Problema de pulmones / Congestion | <input type="checkbox"/> Excesiva sed              |
| <input type="checkbox"/> Problema de precion alta o baja   | <input type="checkbox"/> Doloroso / Excesiva orina |
| <input type="checkbox"/> Hinchason de tobillo              | <input type="checkbox"/> Orina descolorida         |
| <input type="checkbox"/> Prostata/ Disfuncion Sexual       | <input type="checkbox"/> Diabetis                  |
| <input type="checkbox"/> Menstrasion irregular             | <input type="checkbox"/> Cancer                    |

Esta usted Embrasada?     Si     No     No, estoy segura

# SMOOT FAMILY CHIROPRACTIC

## TERMINOS DE ACEPTACION

Cuando un paciente busca cuidado quiropráctico y aceptamos al paciente para dicho cuidado, es esencial para los dos estar trabajando hacia el mismo objetivo.

La quiropráctica tiene solo una meta. Es importante que cada paciente entienda el objetivo y el método que se usara para alcanzarlo. Esto prevendrá cualquier confusión o decepción.

Ajustes: Un ajuste es la aplicación específica de fuerzas para facilitar la corrección de subluxación vertebral en el cuerpo. Nuestro método quiropráctico de corrección es por ajuste específico de la espina.

Salud: Un estado de bienestar optimo, mental y social, no precisamente la ausencia de alguna enfermedad.

Subluxación Vertebral: Una desalineación de una o más de las 24 vertebras en la espina dorsal la cual causa alteraciones del funcionamiento de los nervios e interferencia en la transmisión de impulsos mentales resultando en disminución en la habilidad del cuerpo para expresar su potencial de salud máxima.

Nosotros no ofrecemos diagnosticar o tratar ninguna enfermedad o condición aparte de subluxación vertebral. Sin embargo, si durante el curso de examinación espinal quiropráctica encontramos cosas no relacionado con la quiropráctica o hallazgos inusuales se lo advertiremos. Si usted desea consejos, diagnostico o tratamiento para estos hallazgos, le recomendaremos que busque los servicios de un proveedor que se especialice en ese área. Independientemente de cual sea la enfermedad nosotros no ofrecemos tratarla. Tampoco ofrecemos sugerencias acerca del tratamiento recetado por otros. **NUESTRO UNICO OBJETIVO** es eliminar una interferencia mayor a la expresión de la sabiduría del cuerpo. Nuestro único método específico es ajuste específico para corregir subluxaciones vertebrales.

Yo, \_\_\_\_\_ eh leído y comprendido ampliamente la declaración anterior  
(Imprimir el nombre del guardián)

Todas las preguntas acerca de los objetivos del doctor pertenecientes a mi cuidado en esta oficina han sido contestadas a mi completa satisfacción.

Por lo tanto yo acepto cuidado quiropráctico en esta base.

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Consentimiento para evaluar y ajustar a un menor

Yo, \_\_\_\_\_ siendo el padre o guardián legal de \_\_\_\_\_ eh leído y comprendido ampliamente los términos de aceptación anteriores y otorgo permiso para que mi hijo/a reciba cuidado quiropráctico.

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

# SMOOT FAMILY CHIROPRACTIC

## Notificación de practica privada

Esta noticia describe como información médica sobre usted puede ser usada y darse a conocer y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor revísela cuidadosamente.

Smoot Family Chiropractic es requerido por ley mantener la privacidad y confidencialidad de la información sobre su salud y de proveer a nuestros pacientes con un aviso de nuestros deberes legales e información protegida sobre su salud.

## Revelación de información sobre su cuidado de salud

### **Tratamiento**

Podemos revelar información sobre su cuidado de salud a otros proveedores dentro de nuestra práctica con el propósito de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Ejemplo:

“En ocasiones puede ser necesario para buscar consulta acerca de su condición por parte de otros proveedores de atención medica asociados con Smoot Family Chiropractic.”

“es nuestra política proporcionar un sustituto de atención medica autorizado por Smoot Family Chiropractic, para proveer evaluación y tratamiento a nuestros pacientes sin previo aviso, en el evento de la ausencia de proveedor primario en caso de vacaciones, enfermedad o algún otra situación de emergencia.”

### **Pago**

Podemos revelar información sobre su salud a su proveedor de seguro médico con el propósito de obtener pago por operaciones médicas. (Ejemplo)

“Como cortesía a nuestros pacientes enviaremos una declaración de la facturación detallada a su aseguradora si su caso es lesión personal con el propósito de pago a Smoot Family Chiropractic por cuidados de salud proveídos. Si usted tiene aseguradora personal a la cual le gustaría que enviáramos cobros, por favor déjenos saber al comienzo del mes nosotros le impondremos una facturación detallada de las visitas del mes anterior que usted podrá mandar a su aseguradora, ellos le enviaran reembolso se lo consideran necesario. El estado de cuenta contiene información médica incluyendo diagnóstico, fecha de la lesión o condición y códigos que describen el servicio médico recibido.”

## Actas judiciales y administrativas

Podemos revelar su información médica en el curso de cualquier acto judicial o administrativo

## Cumplimiento de la ley

Podemos revelar su información médica a un oficial de la ley para el propósito de identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, cumpliendo con mandato judicial o citación, y otros propósitos de la ley.

## Seguridad publica

Puede que sea necesario revelar su información médica a la persona adecuada para prevenir o reducir un serio e inminente para la salud de una persona en particular o el público en general.

## Agencias gubernamentales especializadas

Podemos revelar su información médica para beneficios militares, seguridad nacional, prisionero, y gubernamentales.

### Testimonios de paciente

La mayoría de los pacientes **están de acuerdo en compartir su testimonio personal acerca de cómo la quiropráctica les a ayudado.** En caso de que el paciente desea compartir su historia quiropráctica para ayudar alentar a otros pacientes, solo lo haremos con el consentimiento escrito del paciente.

### Hoja de registro

Nuestra oficina utiliza una hoja de registro para propósitos de oficina, si usted decide no registrarse podemos hacer otros arreglos.

### Teléfono

Podemos contactarlo con el propósito descrito abajo: (ejemplo)

“como cortesía hacia nuestros pacientes a veces llamaremos a su casa la noche previa a su cita para recordarle el tiempo de su cita. Si usted no se encuentra en casa dejamos un mensaje de aviso en el contestador automático o con la persona que conteste el teléfono. Durante este mensaje no se revelara ninguna información médica aparte de la fecha y el horario de su cita junto con una solicitud de que regrese la llamada para cancelar o cambiar su cita.

“es nuestra practica participar en eventos de caridad para sensibilizar, donaciones de comida, regalos, dinero, etc. Durante estos tiempos podemos mandarle una carta, tarjeta postal, invitación o llamada para invitarlo a que participe en la actividad de caridad. Nosotros le proveeremos con la información sobre el tipo de actividad, la fecha y horarios y solicitaremos su participación en tal evento. No es nuestra política revelar información de salud personal sobre su condición para el propósito de Smoot Family Chiropractic.”

### Cambio de propietario

En el caso de que Smoot Family Chiropractic sea vendido o fusionado con otra organización su información de salud/registro se convertirá en propiedad el nuevo dueño.

### Sus derechos sobre información de salud

- Tiene el derecho de solicitar restricciones en ciertos usos y revelaciones de su información de salud. Por favor tengo en cuenta que Smoot Family Chiropractic no es requerido estar de acuerdo con las restricciones que usted pida.
- Usted tiene el derecho de tener su información recibida o comunicada por un método alternativo o mandado a una locación alternativa aparte del método de comunicación usual, a su solicitud.
- Tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud.
- Tiene el derecho de solicitar que Smoot Family Chiropractic enmendé su información de salud protegida. Por favor sea advertido que Smoot Family Chiropractic no es requerido estar de acuerdo en enmendar su información de salud. Si su solicitud de emendar su información de salud es negada se le proveerá con una explicación de la razón de rechazo e información de como usted puede estar en desacuerdo con el rechazo.
- Tiene el derecho de recibir una contabilidad de las revelaciones de su información médica protegida hecho por Smoot Family Chiropractic.
- **Tiene el derecho de una copia en papel de esta notificación de práctica privada en cualquier momento con solicitud.**

### Cambios a esta notificación de práctica privada

Smoot Family Chiropractic se reserva el derecho de emendar esta notificación de práctica de privacidad en cualquier momento en el futuro, y ara las nuevas provisiones efectivas para toda la información que contiene. Hasta que tal emendación se haga Smoot Family Chiropractic es requerido por la ley para cumplir con esta noticia.

Smoot Family Chiropractic es requerido por la ley mantener la privacidad de la información de su salud y de proveerle notificación de sus deberes legales y práctica privada con respecto a su información de salud. Si tiene preguntas sobre cualquier parte de esta notificación o si quiere más información sobre sus derechos de seguridad contacte Dr. Brian Smoot at (831) 751-3939

### Quejas

Quejas acerca de sus derechos de privacidad o como Smoot Family Chiropractic ha manejado su información de salud debe ser dirigida a Dr. Brian A Smoot llamando a su oficina al (831) 751-3939. Usted puede hacer una cita para una conferencia personal en personal o por teléfono con dos días de anticipación.

Si usted no está satisfecho con la manera en la que esta oficina maneja su queja usted puede enviar una queja formal a:

DHHS, Office of Civil Rights  
200 Independence Ave. S.W  
Room 509F HHH Building  
Washington, DC 20201

## ACUERDO DE ARBITRAJE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente solicitud y consentimiento para la realización de ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluyendo radiografías físicas y de diagnóstico en mí (o en el paciente nombrado abajo, por el cual yo soy legalmente responsable) por el médico de quiropráctica nombrado abajo y algún otro médico con licencia en quiropráctica quienes ahora o en el futuro me traten mientras este empleado por, trabajando o asociados con o sirviendo como apoyo para el doctor de quiropráctica nombrado abajo, incluye esos trabajando en la clínica u oficina nombrados abajo o cualquier otra oficina o clínica, así haiga firmas para esta forma o no.

Yo eh tenido una oportunidad para discutir con el médico de quiropráctica nombrado abajo y con algún otro personal, la naturaleza y propósito de los ajustes quiroprácticos y sus procedimientos. Yo comprendo que los resultados no son garantizados.

Entiendo y estoy informado que como en la práctica de la medicina, en la práctica de la quiropráctica ahí algunos riesgos del tratamiento incluyendo pero no limitados a, fracturas lesiones en los discos, accidentes cerebrovasculares, dislocación y esguinces. Yo no espero que el doctor pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en el juzgamiento del doctor durante el curso del procedimiento lo cual el doctor sienta en ese momento basado en los hechos entonces conocidos que estén en mi mejor interés.

He leído o me han leído el consentimiento anteriormente. También eh tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre este consentimiento. Firmando abajo estoy de acuerdo con los procedimientos ya nombrados. Pretendo que esta forma de consentimiento cubra todo el curso de tratamiento para mis condiciones presentes y para cualquier condición en el futuro por los cuales busque tratamiento.

<b>FIRMA DEL PACIENTE</b> (REPRESENTANTE DEL PACIENTE)	(FECHA) (INDIQUE RELACION SI ESTA FIRMANDO POR EL PACIENTE)
<b>FIRMA DE OFICINA</b>	(FECHA)

**Dr. Smoot**  
**Smoot Family Chiropractic**  
34 Iris Dr.  
Salinas, CA 93906  
831.751.3939

VIC: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_