

Killeen Affordable Chiropractic - Forma de Registro del Paciente

Información del Paciente				
Apellido, Nombre(s) del Paciente:				Fecha de Nacimiento:
Nombre Legal, si es diferente al antes mencionado:	Apellido de Soltera:	Número de Seguro Social (Requerido):	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	
Teléfono de Casa:	Teléfono Móvil:	Okay enviar correo electrónico, dejar mensajes de voz, o texto en referencia a citas, resultados de pruebas, referencias, o cualquier otra razón? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Correo Electrónico:				
Dirección del Paciente (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal):				
Ocupación:		Empleador:	Teléfono Empleador:	

Reporte de Lesiones por Accidente				
Fecha y Hora del Accidente::		Ubicación del Accidente:		
Daños a Vehículo (\$):	Tipo de Vehículo:	¿Existe Reporte de Policía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo se	¿Emisión de Citatorio? <input type="checkbox"/> Para mi <input type="checkbox"/> Para ellos <input type="checkbox"/> No lo se	Ubicación en el vehículo: <input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero Frente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pasajero Atrás
¿Usaba usted el cinturón de seguridad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo se	¿Usaba usted arnés para hombros? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo se	Ubicación del Impacto: <input type="checkbox"/> Frente Central <input type="checkbox"/> Frente Derecho <input type="checkbox"/> Frente Izquierdo <input type="checkbox"/> Detrás Centro <input type="checkbox"/> Detrás Derecho <input type="checkbox"/> Detrás Izquierdo <input type="checkbox"/> Lado Derecho <input type="checkbox"/> Lado Izquierdo		
Descripción del Accidente:				
IMPORTANTE: ¿Recibió Usted Diagnóstico Por Imagen (Rayos-X, CT, MRI, Ultrasonido, etc)? <input type="checkbox"/> No lo se <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, ¿Dónde?				
IMPORTANTE: ¿Ha consultado con otro médico/hospital/clínica/emergencias/ ALGÚN OTRO LADO, después del accidente?				
Información del Seguro de Su Vehículo				
¿Tiene usted PIP (Protección de Lesiones Personales)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Compañía de Seguro:		
Número de Poliza:	Número Telefónico:	Número de Reclamo:	Nombre del Ajustador:	Número Telefónico del Ajustador:

Killeen Affordable Chiropractic - Forma de Registro del Paciente

Autorización Para Revelar Información Médica / Contactos de Emergencia

¿Desea usted que Killeen Affordable Chiropractic, y sus empleados, puedan discutir temas médicos o financieros con algún miembro de su familia o algún otro contacto de emergencia? Este permiso será válido indefinidamente y será revocado solo por escrito. Si es así, favor de especificar a quién y cuál información. Usted puede discutir temas financieros o sobre mi cuidado médico con las siguientes personas:

INFORMACIÓN QUE PUEDE DISCUTIR	Nombre	Relación	Número Telefónico	¿Agregar como contacto de Emergencia?
____ FINANCIERA ____ CUIDADO MEDICO				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
____ FINANCIERA ____ CUIDADO MEDICO				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Otro contacto de Emergencia?				

Permiso para Tratamiento, Aviso de Política de Prácticas de Privacidad, y Políticas Financieras

Al firmar este permiso, yo autorizo a mi médico y/o otras personas que él o ella considere apropiado para realizar exámenes, pruebas, procedimientos, y cualquier otro cuidado que considere necesario o aconseje para el diagnóstico y tratamiento de mi condición médica. Este permiso es válido para cada visita que haga a al menos que sea revocado por escrito por mí. Yo entiendo que el consultorio utiliza grabación de audio de los encuentros con pacientes y de vez en cuando video en vivo sin grabación del tratamiento de rehabilitación solamente para propósitos dentro del consultorio y doy mi autorización para la grabación de audio y video en vivo sin grabación de mis encuentros como paciente para este propósito.

Por favor esté informado de que la ley de Texas permite que al paciente se le realice una prueba por posible exposición al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el virus asociado con el SIDA, en las siguientes situaciones: 1) para analizar sangre, productos de sangre, órganos o tejidos para determinar su aptitud para donación; 2) Si otro individuo es accidentalmente expuesto a sangre o fluidos de sangre de un paciente, tal y como por medio de una jeringa (cualquier prueba debe ser conducida conforme al protocolo de enfermedades infecciosas de Killeen Affordable Chiropractic, o 3) si un procedimiento médico o quirúrgico será realizado en el cual trabajadores del cuidado de la salud podrían estar en contacto con sangre o fluidos de sangre del paciente. Esta declaración es para informarle que usted podría ser analizado, a costo de Killeen Affordable Chiropractic si alguna de estas situaciones se presentara a lo largo del periodo de su tratamiento.

Permiso para Tratamiento de un Menor (Menor de 18 años)

Doy mi autorización a esta oficina para administrar los servicios que considere necesarios para el o la menor, _____ . Mi relación con el o la menor es _____ .

Un Aviso de Prácticas de Privacidad (PDP) estará disponible para todos los pacientes. Este Aviso de Prácticas de Privacidad identifica: 1) como su información médica puede ser usada o revelada; 2) sus derechos a acceder a su información médica, modificar su información médica, solicitar una contabilización de revelaciones de su información médica, y solicitar restricciones a nuestros usos y revelaciones de esa información; 3) sus derechos a reclamar si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados; y 4) nuestras responsabilidades de mantener la privacidad de su información médica.

El suscrito certifica que el/ella ha leído lo anterior, tiene acceso a una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y es el paciente, o el representante personal del paciente.

Como parte de nuestra relación profesional, es importante que usted comprenda nuestra política financiera.

- Es su responsabilidad proporcionarnos su información de seguros y su información de facturación actualizadas.
- Debemos destacar que, como proveedores médicos, nuestra relación es con usted, el paciente, y no con su compañía de seguros. Su seguro es un contrato entre usted, su compañía de seguros, y posiblemente su empleador. Es su responsabilidad conocer y entender el nivel de servicios cubiertos por su compañía de seguros.
- Si usted tiene alguna cobertura de Medicaid, deberá notificarnos antes de su visita. Esto es parte de su acuerdo con Medicaid y la falta de notificación acerca de su cobertura de Medicaid resultará en total responsabilidad financiera por los servicios recibidos.
- Podríamos aceptar la asignación de seguro después de verificar su cobertura. Favor de estar consciente de que algunos o tal vez todos los servicios prestados podrían no ser cubiertos en su totalidad por su compañía de seguros. Usted será financieramente responsable por los servicios no cubiertos por su compañía de seguros.
- Nosotros cobramos lo que es usual y es costumbre en nuestra área. Usted es responsable de los pagos independientemente de la determinación arbitraria de alguna compañía de seguros en cuanto a lo que es una tarifa usual o de costumbre.
- Los copagos, coaseguros y/o deducibles se vencen en el momento del servicio. Estimaremos la cantidad que usted debe basado en la información que recibamos de su compañía de seguros. Sin embargo, usted es responsable de pagar la totalidad determinada por su compañía de seguros una vez ellos hayan pagado su reclamo - Sin importar nuestro estimado.
- Le enviaremos un estado de cuenta (a la dirección que usted proporcione) notificando de cualquier balance que usted deba. Si tiene

Killeen Affordable Chiropractic - Forma de Registro del Paciente

- preguntas o desea discutir la validez de este estado de cuenta, es su responsabilidad contactar a nuestra oficina dentro de los 30 días después de recibir el estado de cuenta inicial. Puede llamar al (512) 371-7478 o al (210) 881-0630.
- El pago se vence en su totalidad al momento de recibir su estado de cuenta. Los balances de los pacientes que no hayan sido liquidados en su totalidad dentro de los 30 días de la fecha de emisión del estado de cuenta, serán considerados como vencidos. Las cuentas vencidas serán referidas a una agencia profesional de cobros y/o a un abogado para ser cobradas. Usted es responsable de pagar todo los gastos incurridos, incluyendo honorarios de abogado y de tribunal si estos aplican.
 - Si no le es posible pagar el balance en su totalidad, usted deberá contactar nuestra oficina de pagos para llegar a un acuerdo de calendario de pagos. Cualquier cargo por pagos atrasados incurridos en balances vencidos serán incluidos en cualquier acuerdo mutuo al hacer los arreglos. Si usted no cumple en hacer los pagos de acuerdo a lo acordado, su cuenta será referida a una agencia profesional de cobros y/o un abogado. Usted será responsable de pagar todos los gastos incurridos, incluyendo honorarios de abogado y tribunal si estos aplican.
 - En caso de que usted envíe un pago por medio de cheque y el banco regrese dicho cheque por cualquier razón, se agregará \$35.00 a su balance original. Además, podríamos buscar remedios legales adicionales que nos provea la Ley de Texas.

Se podría cobrar una cuota si usted no se presenta, cancela, o reprograma su cita con menos de un día hábil completo de anticipación. Las cuotas por cancelación son \$40 por citas para MD/DO/FNP, \$20 por citas para DC/Ideal Protein, y \$200 por citas para cualquier especialista/procedimiento.

Mi firma indica que he leído y comprendido el Permiso para Tratamiento, Política de Prácticas de Privacidad y Políticas financieras en su totalidad.

Firma del Paciente

Fecha de Nacimiento

Nombre del Paciente o Representante Legal

Relación del Representante

Fecha

Asignación de Beneficios y Autorización de Pago Directo

Asignación de Beneficios, Asignación de Derechos para Beneficiarse por el Plan ERISA y Obtener Otros Reclamos Legales y Administrativos Asociados con mi Seguro de Salud y/o Plan de Beneficio de Salud (Incluyendo Incumplimiento del deber fiduciario), Designación del Representante Autorizado y Autorización de Pago Directo.

Por medio de la presente, yo asigno y transmito directamente a Killeen Affordable Chiropractic (también operando como Injury Medical Group y Injury Diagnostic Services), como mi representante autorizado, todo los beneficios médicos y/o reembolsos de seguro, si existe alguno, de lo contrario pagadero a mi persona por servicios, tratamientos, terapias, y/o medicamentos prestados o proporcionados por Killeen Affordable Chiropractic (En adelante referido a Killeen Affordable Chiropractic, Injury Medical Group y Injury Diagnostic Services), independientemente del estatus de participación en su red de cuidados. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los gastos independientemente de cualquier seguro que aplique o de pagos de beneficios. Por medio de la presente autorizo a Killeen Affordable Chiropractic a revelar toda la información médica necesaria para procesar los reclamos. En adelante, por medio de la presente autorizo a mi administrador de plan fiduciario, asegurador y/o abogado para revelar todo los documentos del plan, resumen de la descripción de beneficios, póliza de seguro, y/o información de indemnización que sea solicitada por escrito por parte de Killeen Affordable Chiropractic o sus abogados con la intención de reclamar dichos beneficios médicos.

Además de la asignación de beneficios médicos y/o reembolsos de seguro antes mencionados, Yo asigno y/o transmito al proveedor de cuidados de salud antes mencionado cualquier reclamo legal o administrativo o decisión a tomar bajo cualquier grupo de plan de salud, beneficios de empleado, plan, seguro de salud o seguro de agraviado concerniente a gastos médicos incurridos como resultado de servicios médicos, tratamientos, terapias y/o medicaciones que yo reciba de parte de Killeen Affordable Chiropractic (incluyendo cualquier derecho a perseguir esos reclamos administrativos o legales o elegir un plan de acción). Esto constituye una asignación expresa y consciente de reclamos por incumplimiento del deber fiduciario de ERISA y otros reclamos legales y administrativos.

Por medio de la presente asigno y designo a Killeen Affordable Chiropractic como representante autorizado, mi intención es transmitir todos mis derechos de reclamo (o poner un gravamen sobre) los beneficios médicos relacionados a los servicios, tratamientos, terapias, y/o medicaciones proporcionadas por Killeen Affordable Chiropractic, incluyendo los derechos a cualquier indemnización, seguro o aplicación legal o remedios administrativos (incluyendo daños derivados de

Killeen Affordable Chiropractic - Forma de Registro del Paciente

reclamos por incumplimiento del deber fiduciario de ERISA). Al representante asignado o designado (Killeen Affordable Chiropractic) le he otorgado el derecho para (1) obtener información relacionada con el reclamo en la misma medida que yo; (2) enviar evidencia; (3) hacer afirmaciones acerca de hechos o leyes; (4) Hacer cualquier solicitud incluyendo proveer o recibir aviso de procedimientos de apelación; (5) participar en cualquier acción administrativa y judicial y procurar reclamos o elegir un plan de acción o derechos contra cualquier parte, compañía de seguros, plan de beneficios para empleados, plan de cuidados de la salud o administrador de plan responsable. Pro-care Medical Center como mi representante asignado y autorizado puede presentar demandas en mi nombre en contra de cualquier plan de beneficios para la salud, plan de beneficios para empleados, administrador de plan, o compañía de seguros con posición derivada con cargos al proveedor.

A menos que sea revocada, esta asignación es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales bajo la PPACA (Legislación de la Reforma de Cuidados de Salud) , ERISA, Medicare y leyes federales y estatales aplicables. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada válida, de la misma manera que una original.

PACIENTES CON LESIONES PERSONALES: Por medio de la presente dirijo a cualquiera y todas las partes de la compañía de seguros a realizar pagos directos a Killeen Affordable Chiropractic por todos los servicios, artículos y/o suministros otorgados a mi persona o miembros de mi familia por y en relación a mi cuidado en Killeen Affordable Chiropractic. Yo elijo renunciar al uso de mi propio seguro de gastos médicos, si algún seguro de gastos médicos está disponible, a fin de preservar mis beneficios de cuidados de salud. Yo solicito que todos mis recibos médicos sean facturados únicamente a la parte tercera responsable, UIM y/o PIP. A mi compañía de seguros solo se le facturará a la discreción de Killeen Affordable Chiropractic.

Firma del Paciente

Fecha de Nacimiento

Nombre del Paciente/Representante Legal

Relación del Representante

Fecha

Historial del Dolor

1. ¿Cuál es su **queja principal**? _____

2. En la escala de abajo, por favor circule la severidad de su **problema principal** (en su peor momento)

Ninguna Ligeramente Moderado Medio Severo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. En la escala de abajo por favor circule con qué frecuencia experimenta su **queja principal**:

No frecuente Ocasional Intermitente Frecuente Constante

4. ¿Por cuánto tiempo ha estado experimentando su queja principal? _____

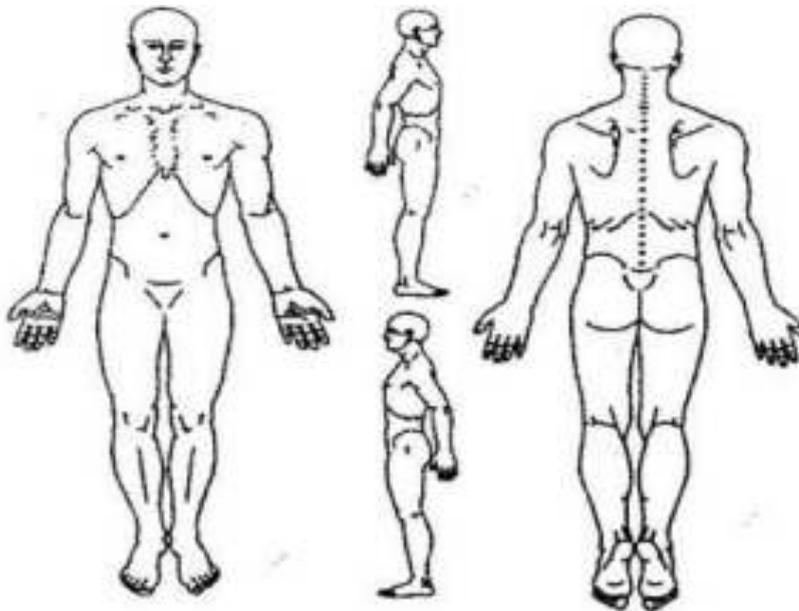
Por favor circule si está usted experimentando actualmente:

- Dolor de Cuello
- Rigidez de Cuello
- Dolores de Cabeza
- Dolor de Hombros
- Dolor Irradiante de Brazo
- Adormecimiento/Hormigueo de Brazo/Mano
- Dolor de Espalda Baja
- Dolor Irradiante de Glúteos
- Dolor Irradiante de una Pierna
- Dolor Irradiante de ambas Piernas
- Debilidad Muscular
- Dolor al Toser o Estornudar
- Problemas Intestinales o de Vejiga

5. En el diagrama de abajo, por favor muestre dónde está experimentando todas sus quejas actuales utilizando las siguientes letras:

D: Dolor **A:** Dolor Ardiente **C:** Calambres **S:** Dolor Sordo **I:** Dolor Intenso **A:** Adormecimiento **H:** Hormigueo

No olvide marcar sus áreas de problema en el diagrama!



¿Tiene algún **dolor** y/o **dificultad** al realizar cualquiera de las siguientes actividades?

___ Levantar ___ Leer ___ Concentrarse ___ Trabajar ___ Manejar ___ Dormir ___ Actividades Recreativas

___ Caminar ___ Sentarse ___ Vida Social ___ Desempeño en el Trabajo ___ Relaciones ___ Ejercicio

6. ¿Cuándo nota usted más **su problema principal**? AM PM ¿Cuánto dura? ___ Mins ___ Hrs

7. ¿Que lo hace sentir mejor? _____

8. ¿Qué lo hace sentir peor? _____

9. ¿Ha tenido este problema en el pasado? Si No

10. ¿Ha perdido tiempo de su trabajo a causa de su **principal problema**? Si No Fechas _____ a _____

11. Desde que empezó su problema este ha .. Empeorado Mejorado Permanecido Igual

12. ¿Ha tenido algún diagnóstico de hernia de disco? Si No No estoy seguro(a), ¿Cuál disco ?

13. ¿Ha tenido cirugía de columna? Si No Especifique que tipo de cirugía: _____