

Rodgers Stein Chiropractic Center

Registro de pacientes Por favor complete todos los campos

Fecha: _____

Paciente # _____

Nombre: (Mr. Mrs. Ms. Dr.) _____

Dirección: _____ Cuidad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Edad _____ # de seguro social _____ - _____ - _____

Teléfono de casa (_____) _____ Celular(_____) _____ Fax(_____) _____

Correo electrónico: _____

Estado civil: M S D W Número de niños: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Dirección del empleador: _____ # de Teléfono:(_____) _____

Nombre de esposo(a): _____ # de seguro social _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento de esposo(a) _____ / _____ / _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Dirección del empleador: _____ # de Teléfono:(_____) _____

Contacto de emergencia: _____ # de Teléfono:(_____) _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

Por favor, marque cualquier y todos los seguros que puedan ser aplicables en este caso.

Medical Major Medicare Secundario Medicaid Accidente de auto Otro

Nombre de la compañía de seguros primaria: _____

Dirección: _____ # de Teléfono:(_____) _____

de ID: _____ # de Grupo: _____

Nombre de la compañía de seguros secundaria (si la hubiere): _____

Dirección: _____ # de Teléfono:(_____) _____

de ID: _____ # de Grupo: _____

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN: Autorizo el pago de beneficios de seguro directamente a la oficina del quiropráctico o quiropráctico. Autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria para comunicarse con los médicos personales y otros proveedores de salud y pagadores y para asegurar el pago de beneficios. Entiendo que soy responsable de todos los costos del cuidado quiropráctico, independientemente de la cobertura de seguro. También entiendo que si suspendo o cancelo mi horario de atención según lo determinado por mi médico tratante, cualquier honorario por los servicios profesionales será inmediatamente vencido y pagadero. Entiendo que el interés se cobra en las cuentas atrasadas.

Firma jurada: _____ Fecha: _____

Rodgers Stein Chiropractic Center

Nombre: _____ (cont.)

Nombre de Médico Primario: _____ # de Teléfono:(_____) _____

Fecha del ultimo examen físico _____

¿Puede Rodgers Stein Chiropractic Center comuníquese con su médico de atención primaria si es necesario? _____

Por favor, describa el propósito de esta cita _____

Número de doctores previamente visitados para esta condición 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuál es su síntoma principal? _____

¿Qué es lo que le impide hacer o disfrutar? _____

Si esto es una recurrencia, ¿Cuándo fue la primera vez que notó este problema? _____

¿Cómo ocurrió originalmente? _____

¿Ha empeorado recientemente? Sí ____ No ____ Igual ____ Mejor ____ Gradualmente peor ____

Si es así, ¿Cuándo y cómo? _____

¿Que frecuente es la condición? Constante ____ Darío ____ Intermitente ____ Noche solamente ____ Otro ____

Por favor describe _____

¿Cuánto dura? Todo el día _____ Unas horas _____ Minutos _____

¿Le han tomado radiografías? (Circulé) Espalda_baja_fecha ____ / ____ Cuello_fecha ____ / ____ Pecho_fecha ____ / ____

Otro _____ Fecha ____ / ____

Describa el dolor: Agudo o Punzante ____ Sordo o Molesto ____ Adormecimiento ____ Hormigueo ____ Doloroso ____

Quemante ____ Punzante como un cuchillo ____ Otro ____

¿Qué hace el problema peor? Estar de pie ____ Sentado ____ Acostado ____ Doblez ____

Levantamiento pesado ____ Torcer ____ Otro ____

Por favor, califique su dolor usando la siguiente escala: (0 = sin dolor, 10 = peor dolor posible):

Intensidad del dolor actual: 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____ 10 ____

Intensidad media del dolor: 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____ 10 ____

Intensidad del dolor a lo peor: 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____ 10 ____

| <u>Nivel de educación</u> | <u>Estado del empleo</u> | <u>Actividad principal del trabajo</u> | <u>Satisfacción laboral</u> |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grado 8 o menos | <input type="checkbox"/> Pagado a tiempo completo | <input type="checkbox"/> Trabajo pesado | <input type="checkbox"/> Realmente me gusta mi trabajo |
| <input type="checkbox"/> Escuela secundaria parcial | <input type="checkbox"/> Pagado a tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Trabajo ligero | <input type="checkbox"/> Como mi trabajo |
| <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria | <input type="checkbox"/> Ama de casero | <input type="checkbox"/> Mayormente sentado | <input type="checkbox"/> No opinión |
| <input type="checkbox"/> Alguna Universidad | <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Mayormente de pie | <input type="checkbox"/> No me gusta mi trabajo |
| <input type="checkbox"/> Graduado universitario | <input type="checkbox"/> Desempleado | <input type="checkbox"/> Mayormente caminar/moverse | <input type="checkbox"/> No me gusta mi trabajo |
| <input type="checkbox"/> Maestría o superior | <input type="checkbox"/> Retirado | <input type="checkbox"/> Conducir o vehículo de funcionamiento | <input type="checkbox"/> Conducir o vehículo de funcionamiento |
| | <input type="checkbox"/> Otros | | |

¿Fumas? _____ Si es así, ¿cuántos paquetes por día. _____

¿Bebe alcohol? _____ Si es sí, cantidad _____

¿Bebes cafeína? _____ Si es sí, cantidad _____

Rodgers Stein Chiropractic Center

Nombre: _____ (cont.)

HISTORIA DEL PACIENTE

Historia personal

Enfermedades de la niñez: Sarampión _____ Paperas _____ Varicela _____ Otro _____

Enfermedades inusuales de la niñez: _____

Enfermedades o condiciones adultas: _____

Cirugías/hospitalizaciones: _____

Fracturas: _____

Por favor enumere todos Medicamentos/Suplementos que está utilizando actualmente y la razón(es) para utilizarlas:

¿Es alérgico a alguna droga o medicamento? _____

¿Tiene alergias a alguno de los siguientes? Comida _____ En el aire _____ Lociónes/aceites/perfumes _____ Estacional _____

¿Ha tenido o tiene ahora alguno de los siguientes síntomas que son o han sido de angustia significativa para usted?

Por favor indique con la letra A si usted tiene estas condiciones ahora o P si usted ha tenido estas condiciones previamente.

A = Ahora

P = Previamente

Dolores de cabeza _____ Frecuencia _____

Pérdida de equilibrio _____

Dolor de cuello _____

Desmayo _____

Rigidez en el cuello _____

Pérdida de olor _____

Problemas para dormir _____

Pérdida del gusto _____

Dolor de espalda _____

Patrones de intestino inusuales _____

Nerviosismo _____

Pies fríos _____

Tensión _____

Manos frías _____

Irritabilidad _____

Artritis _____

Dolores en el pecho, opresión _____

Espasmos musculares _____

Mareos _____

Resfriados frecuentes _____

Dolor en el hombro/cuello/brazo _____

Fiebre _____

Entumecimiento en los dedos _____

Problemas sinusales _____

Entumecimiento en pies _____

Diabetes _____

Presión arterial alta _____

Problemas de indigestión _____

Dificultad para orinar _____

Dolor articular/hinchazón _____

Debilidad en extremidades _____

Dificultades menstruales _____

Problemas respiratorios _____

Pérdida de peso/ganancia _____

Fatiga _____

Depresión _____

Luces molestar ojos _____

Pérdida de memoria _____

Orejas anillo _____

Zumbido en los oídos _____

Ataque cardíaco _____

Problemas de tiroides _____

accidente cerebrovascular _____

Soplo cardíaco _____

Enfermedad de transmisión sexual _____

Problemas de válvulas cardíacas _____

Rodgers Stein Chiropractic Center

Nombre: _____ (cont.)

Historia familiar

Por favor revise las enfermedades y condiciones que aparecen a continuación e indique las que son problemas de salud actuales del miembro de la familia. Deje en blanco los espacios que no se aplican.

| CONDICIÓN | PADRE Edad [] | MADRE Edad [] | Esposo(a) Edad [] | HERMANO(S) Edad [] Edad [] | HERMANA(S) Edad [] Edad [] | NIÑOS Edad [] Edad[] |
|------------------------|-------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| Artritis | | | | | | |
| Asma, fiebre del heno | | | | | | |
| Problemas de espalda | | | | | | |
| Bursitis | | | | | | |
| Cáncer | | | | | | |
| Estreñimiento | | | | | | |
| Diabetes | | | | | | |
| Problema del disco | | | | | | |
| Enfisema | | | | | | |
| Epilepsia | | | | | | |
| Dolores | | | | | | |
| Problemas cardíacos | | | | | | |
| Alta Presión sanguínea | | | | | | |
| Insomnio | | | | | | |
| Problemas renales | | | | | | |
| Problemas hepáticos | | | | | | |
| Migraña | | | | | | |
| Nerviosismo | | | | | | |
| Neuritis | | | | | | |
| Neuralgia | | | | | | |
| Nervio pellizcado | | | | | | |
| Escoliosis | | | | | | |
| Problemas sinusales | | | | | | |
| Problemas estomacales | | | | | | |
| Movimiento | | | | | | |
| Otros: | | | | | | |

Si alguno de los miembros de la familia anterior ha fallecido, por favor enumere su edad al morir y la causa:

Rodgers Stein Chiropractic Center

Nombre: _____ (cont.)

Por favor, utilice la siguiente clave para marcar con precisión las áreas en las que se sientan las sensaciones descritas. Incluir todas las áreas afectadas.

Sordo/molesto NNN

Agudo/punzante //

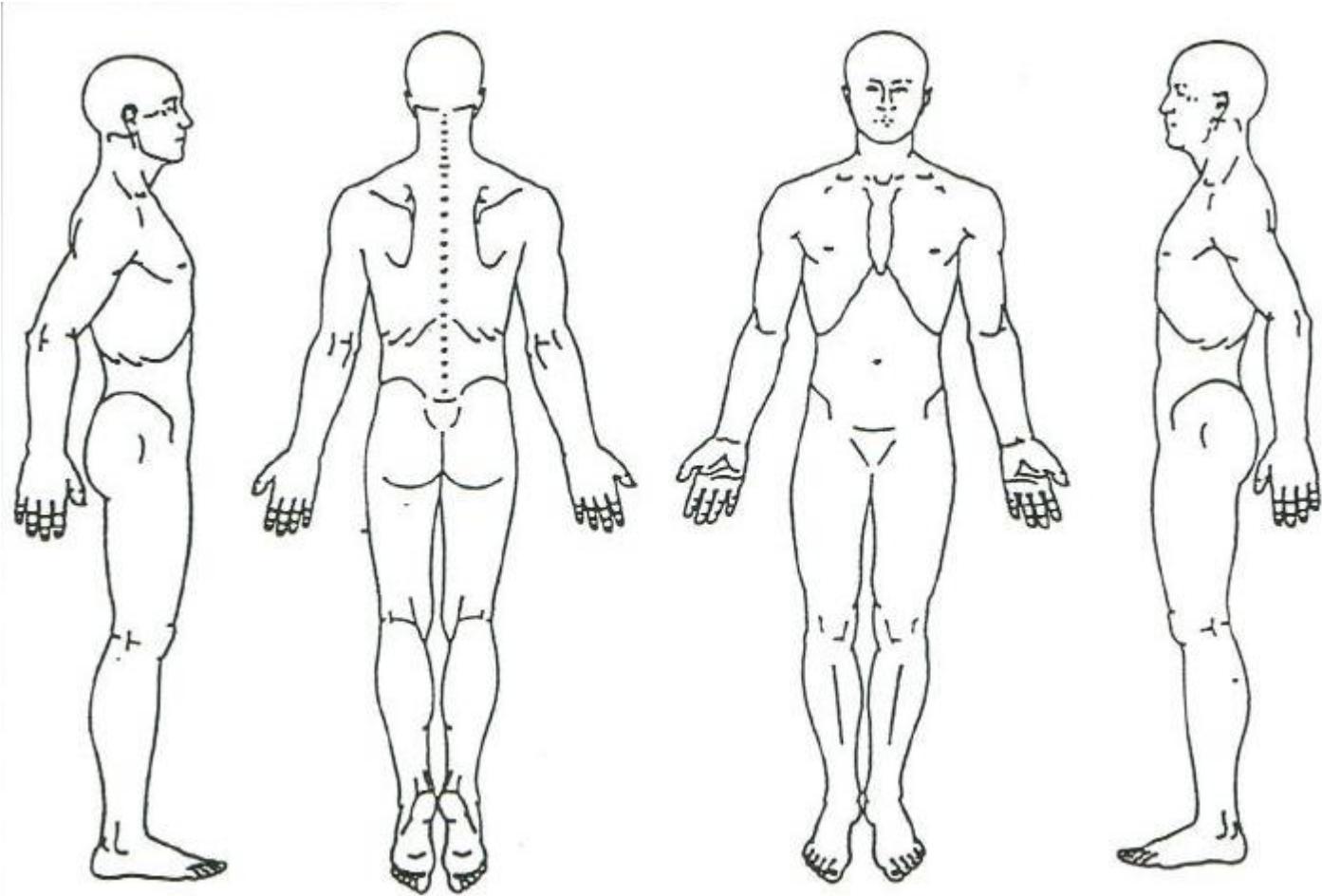
Quemante XXX

Pellizcando PPPP

Calambres SSS

Entumecido - - - - -

Hormigueo (patillas y agujas) oooo



Usando la escala 0-100, con 0 = ningún dolor y 100 = peor dolor posible, escribe por favor el número que indica el nivel de su dolor _____.

Firma jurada: _____ Fecha: _____

Rodgers Stein Chiropractic Center

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO

Por la presente solicito y consiento la realización de tratamientos quiroprácticos (también conocidos como los ajustes quiroprácticos o tratamientos de manipulación quiropráctica) y cualquier otro asociado procedimientos: examinación física, pruebas, radiografías de diagnóstico, terapia de fisio, medicina física, procedimientos de fisioterapia, etc. en mí por el doctor de la quiropráctica nombrado arriba y/u otros asistentes y/o profesionales autorizados.

Entiendo, como con cualquier procedimiento de atención médica, que hay ciertas complicaciones, que pueden presentarse durante los tratamientos quiroprácticos. Estas complicaciones incluyen, pero no se limitan a: fracturas, lesiones discales, dislocaciones, tensión muscular, síndrome de Horner's, parálisis diafragmática, mielopatía cervical y tensiones y separaciones costovertebral. Algunos tipos de manipulación de el cuello se ha asociado con lesiones a las arterias en el cuello que conducen a o que contribuyen a complicaciones incluyendo derrame cerebral.

No espero que el médico pueda prever todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar sobre el médico para ejercitar el juicio durante el curso del procedimiento (s) que el médico siente en ese momento, basándose en los hechos entonces conocidos, que son en mi mejor interés.

He tenido la oportunidad de hablar con el doctor (es) mencionado anteriormente y/o con el personal de la oficina sobre la naturaleza, el propósito y los riesgos de los tratamientos quiroprácticos y otros procedimientos recomendados. Me han tenido mis preguntas respondidas a mi satisfacción. También entiendo que los resultados específicos no son garantizado.

He leído (o me he leído) la explicación anterior de los tratamientos quiroprácticos.

Al firmar a continuación, declararé que he sido informado y sopesado los riesgos involucrados en la quiropráctica tratamiento en esta oficina de atención médica. He decidido que es en mi mejor interés para recibir tratamiento quiropráctico. Por la presente doy mi consentimiento para ese tratamiento. Tengo la intención de este consentimiento para cubra todo el curso del tratamiento para mis condiciones actuales y para cualquier condición futura (s) para lo cual busco tratamiento.

FIRMAR SÓLO DESPUÉS DE ENTENDER Y ACEPTAR LO ANTERIOR

Nombre impreso del paciente

Firma del paciente

Fecha

Firma del representante (si el paciente es menor o discapacitado)

Fecha

Testigo de la firma de los pacientes

Fecha

Doctor(a): _____

Rodgers Stein Chiropractic Center

Rodgers Stein Quiropráctica Confirmación Del Paciente Y Recibo De Aviso De Prácticas De Privacidad Conforme A HIPAA Y Consentimiento Para El Uso De La Información De Salud

Nombre_____

Fecha_____

Imprimir el nombre del paciente

El abajo firmante por la presente reconoce que él o ella ha recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad de esta oficina de acuerdo con HIPAA y ha sido notificado que una copia completa de el Manual de Cumplimiento de HIPAA está disponible a petición.

El firmante, por la presente, consiente en el uso de su información de salud de una manera consistente con el Notica de Prácticas de Privacidad conforme a HIPAA, el Manual de Cumplimiento de HIPAA, Ley Estatal y Ley Federal.

Por_____

Firma del paciente

Fecha_____

(Mes/Día/Año)

Si el paciente es menor de edad o bajo una orden de tutela según lo define la ley estatal:

Por_____

Firma del parent/guardián (círculo uno)

Rodgers Stein Chiropractic Center
3303 West Davis Street
Conroe, TX 77304
(936) 441-9991

Rodgers Stein Chiropractic Center

Rodgers Stein Chiropractic Center

PÓLIZA FINANCIERA



El cuidado quiropráctico está cubierto por muchos planes de seguro. La mayoría de nuestros pacientes que tienen seguro de salud o accidente caerán bajo uno de los planes discutidos en esta póliza. Le pedimos que lea y entienda nuestra política a medida que se aplica a su situación particular.

Entiendo que todas las radiografías o otros estudios de imagen son propiedad de Rodgers Stein Chiropractic Center. Copias de los registros médicos están disponibles, y hay un cargo por copias de cualquier registro de papel o estudios de imagen.

*He leído y entiendo la política de pago de Rodgers Stein Chiropractic Center. Entiendo que mi seguro es un acuerdo entre yo y mi compañía de seguros, **No** entre Rodgers Stein Chiropractic Center y mi compañía de seguros. Solicito que Rodgers Stein Chiropractic Center prepare los formularios habituales sin cargo alguno para que pueda obtener beneficios de seguro. También entiendo que si mi seguro no responde dentro de 60 días, o si yo suspendo o termino mi horario de atención según lo prescrito por los doctores en Rodgers Stein Chiropractic Center los cargos serán debidos y pagados inmediatamente.*

Firma del paciente (o guardián si el paciente es menor)

Fecha

Testigo

Rodgers Stein Chiropractic Center

Pacientes sin seguro

Solicitamos que el 100% de la visita se pagado en el momento del servicio. Aceptamos su cheque, Master Card, Visa, Discover, o American Express.

Seguro de grupo o individual

Cuando sea posible, le llamaremos para verificar los beneficios de su seguro. Sin embargo, los beneficios que nos ha ofrecido su compañía de seguros **no son** una garantía de pago. El pago será debido por usted en el momento del servicio por cualquier servicio no cubierto, deducibles o co-pagos.

Cuota anual

Hay una cuota anual de \$75.00 por paciente o \$150.00 por familia recogida en la primera visita de cada año.

Lesiones personales o accidentes automovilísticos

Aceptamos casos de seguro de PI sobre una base caso por caso. Debemos tener la verificación de su compañía de seguros y una asignación firmada de beneficios en el archivo antes del tratamiento. Notifique inmediatamente a nuestra oficina si un abogado le está representando. Una vez que el reclamo se resuelva o si suspende o termina la atención antes de la liberación por Rodgers Stein Chiropractic Center, todos los cargos por servicios se vencen inmediatamente. También requerimos que usted firme una garantía de tarjeta de crédito por cualquier saldo no pagado restante después de seis meses.

Medicare

Aceptamos la asignación de Medicare. El cheque se envía generalmente directamente a nuestra oficina en el pago de los servicios que Medicare cubrirá que para los quiroprácticos es SOLAMENTE manipulación manual de la espina dorsal. Medicare paga el 80% de la cuota permisible una vez que el deducible se ha cumplido. Usted está obligado a pagar el deducible y el 20% restante, así como cualquier servicio no cubierto. Nuestra oficina completa y archiva los formularios de Medicare sin cargo.

Seguro secundario

Por favor infórmenos de cualquier seguro secundario que pueda tener.

Planes Flex/cuentas de ahorros médicas

Por favor infórmenos si tiene una cuenta de ahorros médicas, a veces conocida como "Flex Plan". Estaremos encantados de proporcionarle una declaración de sus cargos para el reembolso.

DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Yo, _____, hago aquí por designe Stacey Rodgers, D.C. y/o Rodgers Stein Chiropractic Center (en lo sucesivo denominado "mi médico", en la medida permitida por la ley de seguridad de ingresos de jubilación de los empleados de 1974 ("ERISA") y según se estipula en 29 CFR 2560-503-1 (b)4 a actuar en mi nombre para perseguir reclamaciones y ejercitar todos los derechos relacionados con mi plan de beneficios de atención médica para empleados con respecto a cualquier gasto médico o de otro tipo (s) de atención médica incurridos como resultado de los servicios Recibo del doctor arriba nombrado. Estos derechos incluyen el derecho a actuar en mi nombre con respecto a las determinaciones iniciales de las reclamaciones, a perseguir apelaciones de determinaciones de beneficios bajo el plan, a obtener constancia, y a reclamar en mi nombre tales prestaciones médicas o de otro tipo de servicios de atención médica, seguros o reembolso del plan de beneficios de atención médica y para perseguir cualquier otro remedio aplicable, todo en relación con gastos médicos o de otro tipo de atención médica como resultado de los servicios que recibí de mi médico.

Firma del paciente (o guardián si el paciente es menor)

Fecha

Nombre Impreso

Testigo

Rodgers Stein Chiropractic Center

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR COMUNICACIONES ELECTRONICAS

Su consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas incluye, pero no se limita a:

1. Facturas anuales, mensuales u otros estados de cuenta y/o factura periódica de su(s) cuenta(s)
2. Recordatorios de sus citas

Entiendo que la comunicación electrónica se procesara durante el horario comercial de rutina. En el caso de que no reciba una respuesta, entiendo que debo ponerme en contacto con la oficina directamente.

Entiendo que este servicio se ofrece de forma gratuita, sin embargo, pueden aplicarse tarifas de mensajes de texto estándar de mi operador de telefonía móvil.

Entiendo que soy responsable de notificar a Rodgers Stein Chiropractic Center cuando mi información de contacto cambie.

Por la presente doy permiso a Rodgers Stein Chiropractic Center para enviarme mensajes por correo electrónico y/o mensajes de texto como medio de comunicación, a pesar de que dichos métodos de comunicación electrónica pueden carecer privacidad.

Firma del paciente (o guardián si el paciente es menor) _____ Fecha _____

Correo electrónico: _____

Teléfono celular: _____

Rodgers Stein Chiropractic Center

EXENCIÓN DE EMBARAZO

Por la presente reconozco que el doctor(a) de la oficina Rodgers Stein Chiropractic Center me ha informado antes de ser radiografiada de la conveniencia del riesgo y las probables consecuencias de recibir radiografías durante el embarazo. He declarado por mi propia voluntad que no estaba embarazada en ese momento y por la presente libero y mantengo indemne de cualquier acción legal o responsabilidad causada por el uso de este procedimiento.

Nombre impreso del paciente

Firma del paciente/representante autorizado del paciente

Testigo

Fecha

Médico