



1525 Superior Ave Ste 214 Newport Beach, CA 92663 [Tel:949-298-5670](tel:949-298-5670) Fax:949-298-5664
renuchironb@gmail.com www.renuchironb.com

FORMULARIO DE ADMISION DEL PACIENTE

Bienvenido a nuestro formulario de admisión en línea. La información que complete será enviada directamente a nuestra oficina, lo que acelerará su visita al consultorio y nos permitirá atender mejor sus necesidades de atención médica.

1. Nombre: _____ **Apellido:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

2. MRN # (Uso exclusivo de la oficina):

ACERCA DE TI

Complete todo lo que pueda para ayudarnos a que su visita inicial sea fácil y rápida para su conveniencia.

3. Domicilio

Domicilio _____ Apt. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

4. Información de Contacto

Teléfono de celular _____ Teléfono de casa _____

Correo electrónico _____



5. Información Geográfica (circule)

Genero de sexo:

Estado Civil:

Hombre Mujer

Soltero/a

Casado/a

Divorciado/a

Viudo/a

Otro

6. Nombre de esposa:

7. Información Personal

Altura - Pies:

Altura - Pulgadas:

Peso (libras):

8. Tiene Seguro Médico?

Si

No

9. Nombre de seguro de salud

10. Información de la póliza de seguro:

Nombre del plan de seguro

ID/Numero de Póliza:

Numero de grupo

Relación con la paciente: Yo Mismo Esposa/o Papas Empleador

Cuidadora/o Otro

Nombre y apellido del asegurado:

Fecha de nacimiento del asegurado:

11. Dele su tarjeta de seguro médico al personal de la oficina

12. Información de contacto de emergencia

Nombre del contacto de emergencia:

Número de teléfono:

Relación de paciente:



13. Información de Empleador (Circule)

Estado de Empleo: Empleado/a Estudiante No empleado/a Jubilado/a
No se

Nombre del Empleado:

Ocupación:

14. Quien te Recomendó?

Nombre:

¿Como te enteraste de Nosotros? (circule todo que aplique)

Recomendaros Google Referencia Abogado Yelp Zocdoc
Groupon Social Media Campaña de correo electrónico Evento Otro:

RAZON DE VISITA

Elija la categoría que mejor se adapte a su motivo para visitarnos hoy.

15. Por favor háganos saber el motivo de su visita: (circule todo lo que aplique)

Con dolor Accidente Automovilístico Lesión de trabajo Probar la quiropráctica
Lesión deportiva 2nd Opinión Rayos X solo Solo Masaje
Otro (no relacionado con un accidente automovilístico o lesión laboral)



LESIONES DE TRABAJO

16. Qué tipo de accidente causo su lesión?

Agachando Cargando Escalando Arrastrando
Brincando De rodillas Acostado Levantando
Jalando Empujando Levantar brazos por encima de hombros
Correr Sentando Realizar movimientos repetitivos
Allanamiento Voltear Retortijón Mecanografía
Viajar Usar computadora Caminar Estar de pie
Hablar por teléfono Otra actividad relacionada con el trabajo
Otra actividad no relacionada con el trabajo

17. Cuando ocurrió el accidente?

18.

	Si	No
¿Recibiste una lesión en la cabeza?		
¿Perdiste el conocimiento?		
¿Llego la policía al lugar?		
¿Se tomo un informe de accidente?		
¿Llegaron al lugar los servicios médicos de emergencia?		

19. Como se fue de el lugar del accidente?

20. Donde sintió la incomodidad inmediatamente después del accidente? Elija todo lo lo que corresponda

	Si	No
Abdomen		
Atrás		
Pecho		
Rostro		
Cabeza		
Cuello		



23. **¿Qué tratamiento, si alguno, ha recibido desde el accidente? Elija todo lo que corresponda.**

	Si	No
Hospitalización		
Cirugía		
Acupuntura		
Atención quiropráctica		
Terapia de inyección		
Masaje		
Medicina Naturopatía		
Fisioterapia		
Visita al medico		
Medicamentos sin receta		
Medicamentos recetados		
Terapia de calor o frio		
Ninguno		
Otro		

Si otro, especifique:

24. **Hay algún síntoma adicional que haya aparecido desde que ocurrió el accidente? Elija todo lo que corresponda**

	Si	No
Dificultad para respirar		
Espasmo muscular		
Dolor en el pecho		
Entumecimiento y hormigueo		
Depresión		
Dolor de costilla		
Dolor facial		
Dolor de estomago		
Dolor genital		
Dolores de cabeza		
Tensión		
Adolorido		
Shock		
Mareo		



Dificultad para dormir		
Estrés		
Dolor de glúteo		
Irritabilidad		
Aturdido		
Cansancio		
Pérdida de apetito		
Ansiedad		
Energía baja		
Ninguno		
Otro		

Si otro, especifique:

25. Han cambiado sus síntomas desde el accidente? Elija todo que aplique

	Si	No
Funcionamiento diario mejorado en casa/trabajo		
No se muestran cambios en el funcionamiento diario en casa/trabajo		
Funcionamiento diario deteriorado en casa/trabajo		
Los síntomas se han exacerbado		
Los síntomas han desaparecido		
Provoco más dolor		
Provoco más rigidez		

**26. Califique la gravedad de su malestar en su peor momento, en una escala del 0
Al 10, donde 0 es ningún dolor y 10 es dolor intenso**

¿Con que frecuencia sientes este malestar?



29. Que mejora esta condición o te da alivio? Elija todo lo que corresponda

	Si	No
Nada		
Ajuste quiropráctico		
Medicamentos recetados		
Compresas frías		
Redirigir la atención		
Ejercicio		
Descansar		
Paquetes de calor		
Estirar		
Masaje		
Trabajar		
Medicamentos sin receta		
Fisioterapia		
Otro		

Si otro, especifique:

30. Otros proveedores de atención medica han realizado pruebas relacionadas

¿Con esta afección?

Si No Si, especifique: _____

31. Alguna vez ha tenido episodios previos de esta condición?

Si No Si, especifique: _____

32. Tiene alguna condición adicional?

Si No Si, especifique: _____



¿Con que frecuencia sientes este malestar?

¿Como ha cambiado esta queja desde su inicio?

Enumere las actividades o movimientos específicos que causan o afectan Esta incomodidad (por ejemplo, agacharse, entrar o salir del automóvil, usar Computadora, etc.)

36. ¿Qué tratamiento, sin alguno, ha recibido desde la lesión? (Elija todo que corresponda)

	Si	No
Ninguno		
Atención de quiropráctica		
Masaje		
Tratamiento médico con inyección		
Tratamiento quirúrgico		
Medicamentos sin receta		
Medicamentos recetados		
Tratamiento natural o holístico		
Acupuntura		
Fisioterapia		
Otro		

Si es otro especifique:

37. Que agrava esta condición? (Elija todo lo que corresponda)

	Si	No
Casi cualquier movimiento		
Actividad atlética y/o ejercicio		
Agacharse		
Llevar o levantar		
Cambiando la posición		



Tose y/o estornudar		
Cuidado diario de niños o mascotas		
Levantarse de la cama, silla o coche		
Tareas del hogar (limpieza, cocina, etc.)		
Mirando por encima del hombro		
Acostarse, conciliar el sueños y permanecer dormido		
Tirar, empujar o alcanzar		
Levantando el brazo(s) por encima del hombro(s)		
Autocuidado (vestirse, bañarse, etc.)		
Sentado en el coche o en una silla		
Agacharse		
Parado		
Estrés		
Caminar o correr		
Trabajar en un excretorio/computadora		
Trabajo de jardinería		
Desconocido		
Otro		

Si es otro especifique:

38. Que mejora esta condición o te da alivio? (Elija todo lo que corresponda)

	Si	No
Nada		
Ajuste Quiropráctico		
Medicamentos recetados		
Compresas frías		
Redirigir la atención		
Ejercicio		
Descansar		
Paquetes de calor		
Estirar		
Masaje		
Trabajar		
Medicamentos sin receta		
Fisioterapia		
Otro		

Si es otro especifique:



39. Otros proveedores de atención medica han realizado pruebas relacionadas con esta afección?

Si No

40. Alguna vez ha tendió episodios previos de esta afección?

Si No

SALUD ACTUAL

41. Esta usted tomando actualmente algún medicamento?

Si No

42. Enumere los medicamentos recetados y de venta libre que toma con Regularidad, así como la dosis y la frecuencia de cada medicamento (por ejemplo, 5 mg una vez al día)

	Nombre del medicamento	Dosis/Frecuencia
1		
2		
3		

43. Aparte de las condiciones ya mencionadas, tiene usted algún problema de salud adicional?

	Si	No
Músculos, Huesos o articulaciones		
Nervios, dolores de cabeza, mareos o emociones		
Cabeza, ojos, oídos, nariz o garganta		
Corazón, presión arterial o circulación		
Dificultad para respirar, tos, asma o afección pulmonar		
Estómago, intestinos o condiciones digestivas		
Condiciones genitales, de vejiga o urinarias		
Diabetes, tiroides o afección glandular		
Condiciones de la piel o sangrado		
¿Tiene alguna alergia o algún medicamento?		



44. Alergia a Medicamentos

	Nombre de Medicamento	Reaccion	Fecha	Comentarios
1				
2				
3				

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

45.

	Si	No
¿Ha tenido algún procedimiento quirúrgico?		
¿Existe alguna enfermedad o condición pasada que debamos tener en cuenta?		
¿Tiene antecedentes de accidentes o traumatismos?		
Tiene antecedentes familiares de enfermedades, como diabetes, cáncer, hipertensión y enfermedades neurológicas progresivas, ¿que debamos tener en cuenta?		

LABORAL, SOCIAL, HABITOS

46. Hábitos de trabajo actuales- Elija todos los que correspondan

Permanentemente deshabilitado Parcialmente discapacitado Estudiante
 No puedo trabajar debido la condición Tiempo completo (20-40+ hours/week)
 Desempleados Tiempo parcial (1-19 hours/week) Jubilado Ama de casa

47. Hábitos sociales personales

	Si	No
Fumar o consumir productos de tabaco		
Beber alcohol		
Beber cafeína		
Usar drogas recreativas		
Otros, a discutir con el medico		



48. Hábitos actuales de ejercicio

	Si	No
Ningún ejercicio actual		
Hacer ejercicio diariamente		
Hacer ejercicio mas de 3 veces por semana		
No puedo volver a hacer ejercicio debido a la condición actual		

49. Hábitos dietéticos y nutricionales

	Si	No
Vegano o vegetariano		
Suplementos diarios		
Otro		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AJUSTES Y ATENCIÓN DE QUIROPRÁCTICA

Por el presente solicito y doy mi consentimiento para la realización de ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluyendo varios modos de fisioterapia y radiografías de diagnóstico, de mí (o en el paciente nombrado a por debajo, de quien soy legalmente responsable) por parte del médico quiropráctico mencionado a continuación y/u otros médicos quiroprácticos autorizados que ahora o en el futuro tratarme mientras esté empleado, trabajando o asociado con o sirviendo como respaldo para el médico quiropráctico mencionado a abajo, incluidos aquellos que trabajan en el clínica o oficina que se enumeran a continuación o cualquier otra oficina o clínica.

He tenido la oportunidad de hablar con el médico quiropráctico mencionado a abajo y/o con otro personal del consultorio o de la clínica la naturaleza y el propósito de los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos.

Entiendo y me informan que, al igual que en la práctica de la medicina, en la práctica de la quiropráctica, existen algunos riesgos para el tratamiento, que incluyen, entre otros, fracturas, fracturas de disco lesiones, accidentes cerebrovasculares, luxaciones y esguinces. No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en el médico para ejercer el juicio que durante el curso del procedimiento el médico siente en el momento, basado en los hechos conocidos, es mi mejor interés.

He leído o me han leído el consentimiento anterior. Yo también he tenido un oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido y al firmar a continuación acepto las procedimientos antes mencionados. Tengo la intención de que este formulario de consentimiento cubra todo el curso de tratamiento para mi condición actual y para cualquier condición futura para la cual Busco tratamiento.

A ser completado por el paciente:

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha de firma

Para ser completado por el médico o el personal:

Nombre y dirección de la clínica/consultorio:

Nombre en letra de molde del médico que trata a este paciente:

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDES OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISAR CUIDADOSAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre el aviso anterior, comuníquese con nuestra oficina al

Nuestras obligaciones

Estamos obligados por ley a:

- Mantener la privacidad de la información de salud protegida.
- Darle aviso de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud.
- Seguir los términos de nuestro aviso que está actualmente vigente.

Cómo podemos usar y divulgar información de salud

A continuación se describen las formas en que podemos usar y divulgar información de salud que lo identifique ("Salud Información"). Excepto para los siguientes propósitos, Usaremos y divulgaremos información de salud solo con su permiso por escrito. Puede revocar dichos permisos en cualquier momento escribiendo a nuestra oficina oficial de privacidad.

Tratamiento. Podemos usar y divulgar información de salud para su tratamiento y para brindarle información relacionada con el tratamiento y servicios de atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar información de salud a médicos, enfermeras, técnicos, o otros personal, incluidas personas ajenas a nuestra oficina, que participan en su atención médica y necesitan la información para brindarle atención médica.

Pago. Podemos usar y divulgar información de salud para que nosotros o otros podamos facturar y recibir pagos de usted, una compañía de seguros o un tercero por el tratamiento y los servicios que reciba. Por ejemplo, podemos darle información de su salud para que paguen su tratamiento.

Operaciones de atención médica. Podemos usar y divulgar información de salud con fines operativos de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad para operar y administrar nuestra oficina. Por ejemplo, podemos usar y divulgar información para asegurarnos de que la atención obstétrica o ginecológica que usted recibirá es de la más alta calidad. También podemos compartir información con nuestras entidades que tienen una relación con usted (por ejemplo, su plan de salud) para sus actividades operativas de atención médica.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud. Podemos usar y divulgar información de salud para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita con nosotros. También podemos usar y divulgar información de salud para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados que pueden ser de su interés.

Individuos involucrados en su atención o pago por su atención. Cuando sea apropiado, podemos compartir información de salud con una persona que esté involucrada en su atención médica o en el pago de su atención, como su familia o un amigo cercano. Nosotros también podemos notificar a su familia sobre su ubicación o condición general o revelar dicha información a una entidad que lo ayude en un esfuerzo de socorro en caso de desastre.

Investigación. Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar información de salud para investigaciones. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar comparar la salud de los pacientes que reciben un tratamiento con aquellos que reciben otro por la misma condición. Antes de usar o divulgar información de salud para investigación, el proyecto pasará por un

proceso de aprobación especial. Incluso sin una aprobación especial, podemos permitir que los investigadores revisen los registros para ayudarlos y identificar personas que puedan estar involucradas en el proceso de investigación para otros fines similares.

N

Situaciones especiales

LESIONES DE TRABAJO

Según lo exige la ley. Divulgaremos información de salud cuando lo requieran las autoridades internacionales, federales, estatales o si tiene alguna pregunta sobre el aviso anterior, comuníquese con nuestra oficina de la ley local. Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad. Divulgaremos información de salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o al público, o a otra persona. Sin embargo, la divulgación se hará sólo a alguien que pueda ayudar a proporcionar tratamiento.

- Adagchando
- Brincando
- Cargando
- De rodillas
- Escalando
- Acostado
- Artrastrando
- Levantando
- Levantando brazos por encima de hombros
- Empujando
- Correr
- Sentando
- Realiza movimientos repetitivos
- Atarriamiento
- Voltear
- Retortij—n
- Mecanograf’a
- Viajar
- Usar computadora
- Caminar
- Estar de pie

Donación de órganos y tejidos. Si es donante de órganos, podemos usar o divulgar información de salud a organizaciones que se ocupan de la obtención de órganos u otras entidades dedicadas a la obtención, almacenamiento o transporte de órganos, ojos, o tejidos para facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.

Otra actividad no relacionada con el trabajo

17. Cuando ocurri— el accidente ?

Militares y veteranos. Si es miembro de las fuerzas armadas, podemos usar o divulgar información de salud como requerido por las autoridades de mando militar. También podemos divulgar información de salud a las autoridades militares extranjeras correspondientes. autoridad si usted es miembro de un ejército extranjero.

18.

Compensación laboral. Podemos divulgar información de salud para programas de compensación laboral o similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.	Si	No
¿Recibiste una lesi—n en la cabeza?		
¿Perdiste el conocimiento?		
¿Llego la polic’a al lugar?		
¿Se como un informe de accidente?		
¿Se como un informe de enfermedades, lesiones o discapacidades; denunciar abuso o negligencia infantil; informar reacciones a medicamentos e problemas con productos; notificar a las personas sobre retiradas de productos que puedan estar utilizando; informar a una persona que puede haber estado expuesto a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; y reportar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted es el paciente.		

19. Como se fue de el lugar ?

Actividades de vigilancia de la salud. Podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención de salud, los programas gubernamentales y cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

20. Donde sinti— la incomodidad inmediatamente despuzs del accidente? Elija todo lo que corresponda.

	Si	No
Abdomen		
Artros		
pecho		
Rostro		
Cabeza		
Guello		

Aplicación de la ley. Podemos divulgar información de salud si lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley si la información es: 1) en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar; 2) información limitada para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; 3) sobre la víctima del delito

incluso si, bajo ciertas condiciones circunstancias, no podemos obtener el acuerdo de la persona; 4) sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de un delito, 5) sobre la conducta de un individuo en las instalaciones y, 6) en caso de emergencia, denunciar un delito en el Reglamento de Delitos y Sanciones, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Forenses, Servicios forenses, directores de funerarias. Podemos divulgar información de salud a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su muerte. Nosotros también podemos divulgar información de salud a los directores de funerarias según sea necesario para sus funciones.		
Actividades de Seguridad e Inteligencia Nacional. Podemos divulgar información de salud a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones especiales.		
Servicios de Protección y Actividades de Inteligencia. Podemos divulgar información de salud a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones especiales.		

Si otro, especifique :

Reclusos o individuos bajo custodia. Si es recluso de una institución correccional u otra custodia de la ley funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos divulgar información de salud a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley. La divulgación se hará si fuese necesario 1) para proteger la salud y seguridad de un individuo; 2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros, o; 3) para la seguridad de la institución correccional.

	Si	No
Tus derechos: ¿El funcionamiento diario mejorado en casa/trabajo?		
¿No se muestran cambios en el funcionamiento diario en casa/trabajo?		
¿El funcionamiento diario deteriorado en casa/trabajo?		
¿Los síntomas se han exacerbado?		
¿Los síntomas han desaparecido?		
Derecho a inspeccionar y copiar. Tiene derecho a inspeccionar y copiar la información de salud que podamos utilizar para realizar decisiones sobre su atención o el pago de su atención. Esto incluye registros médicos y de facturación, distintos de notas de psicoterapia. Para inspeccionar o copiar esta información, debe realizar su solicitud por escrito a nuestro Departamento de Privacidad Oficial.		

26. Califique la gravedad de su malestar en su peor momento, en una escala del 0 al 10, donde 0 es ningún dolor y 10 es dolor intenso. Si cree que la información de salud que tenemos es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Si la información se conserve en nuestra oficina. A solicitar una enmienda, debe realizar su solicitud, por escrito, a nuestro Oficial de Privacidad.

¿Con que frecuencia sientes este malestar?
Derecho a una confiabilidad de divulgaciones. Tiene derecho a solicitar una lista de ciertas divulgaciones que hicimos de información de salud para fines distintos al tratamiento, pago y operaciones de atención médica o para los cuales usted proporcionó autorización escrita. Para solicitar un informe de divulgaciones, debe realizar su solicitud, por escrito, a Nuestro Departamento de Privacidad Oficial.

Derecho a Solicitar Restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información de salud que nosotros usar o divulgar para tratamiento, pago u operación de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la Salud Información que divulgamos a alguien involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un miembro de la familia o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no compartamos información sobre su diagnóstico o tratamiento particular con su cónyuge. Para solicitar una restricción, debe realizar su solicitud, por escrito, a nuestro Oficial de Privacidad. No estamos obligados para estar de acuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.

Derecho a solicitar comunicación confidencial. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre sus asuntos médicos de una determinada manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted únicamente por correo o en el trabajo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe realizar su solicitud, por escrito, a nuestro Departamento de Privacidad Oficial. Su solicitud debe especificar cómo y dónde desea que lo contactemos. Nos adaptaremos a lo razonable solicitudes.

Derecho a una copia impresa de este aviso. Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Debes pedirnos que te demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede obtener una copia de este aviso comunicándose con nuestra oficina.

Cambios a este aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer que el nuevo aviso se aplique a la información de salud que ya tenemos así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia actual de nuestro aviso en nuestra oficina. El aviso obtener la fecha de vigencia en la primera página, en la esquina superior derecha.

Quejas

Si cree que se ha violado su privacidad, puede presentar una queja ante nuestra oficina o ante el Secretario de la Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante nuestra oficina, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad. Todo_Las quejas deben hacerse por escrito. No será penalizado por presentar una queja.

Al firmar mi nombre a abajo, tengo la opción de recibir de una copia de este aviso, y comprendo y estoy de acuerdo con sus términos.

Firma del paciente

Fecha

Nombre de la oficina: _____

Dirección de la oficina: _____

Consentimiento de mensajería del paciente

Al proporcionar mi número de teléfono residencial, número de teléfono móvil, dirección de correo electrónico y cualquier otra información de contacto personal, autorizo a mi proveedor de atención médica a usar mi información personal, el nombre de mi proveedor de atención, la hora y el lugar de mi citas programadas y otra información limitada, con el fin de notificarme de una cita pendiente, una cita perdida, un examen de bienestar vencido, saldos adeudados, resultados de laboratorio u otras comunicaciones a través de un sistema automatizado de comunicación y mensajería. I También autorizo a mi proveedor de atención médica a revelar a terceros que puedan interceptar estos mensajes (personas a las que ha proporcionado acceso a sus dispositivos digitales o correo electrónico cuentas) información de salud protegida (PHI) limitada con respecto a mis eventos de atención médica. I consentimiento para recibir múltiples mensajes por día del alcance automatizado y sistema de mensajería, cuando sea necesario.

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente



1525 Superior Ave Ste 214 Newport Beach, CA 92663

☎ 949-298-5670

📠 949-298-5664

renuchironb@gmail.com

www.renuchironb.com

Trabajaremos diligentemente con su compañía de seguros para garantizar que sus reclamos sean procesados y pagados. En última instancia, si la compañía de seguros niega el pago, puede ser su responsabilidad pagar los servicios. Trabajamos duro para garantizar que reciba el mejor tratamiento posible y trabajar juntos es necesario para este enfoque. Notifique a ReNu Chiropractic cuando el número de una tarjeta de crédito haya cambiado o haya caducado.

POR FAVOR LEA CADA PUNTO

- Si mi compañía de seguros no paga a ReNu Chiropractic por los servicios prestados, seré personalmente responsable de los cargos. Tendré 15 días para borrar mi cuenta llamando a mi compañía de seguros después de que esta oficina me notifique. Si la cuenta no se liquida dentro de los 15 días, por la presente autorizo a ReNu Chiropractic a cargar cualquier monto pendiente a mi tarjeta de crédito.
- Los cheques de seguro que reciba serán llevados de inmediato a la oficina. La imposibilidad de hacerlo dentro de los 30 días posteriores a la recepción de los cheques del seguro autoriza a ReNu Chiropractic a cargar en la tarjeta de crédito registrada los cargos impagos en mi cuenta.
- El saldo de efectivo de mi cuenta se pagará dentro de los 30 días siguientes a la notificación del monto adeudado. Si queda un saldo después de 30 días, por la presente autorizo a ReNu Chiropractic a cargar el monto total a mi tarjeta de crédito registrada.
- Cuando no uso un seguro médico para mi tratamiento, autorizo el uso de esta tarjeta para el pago de los servicios prestados en ReNu Chiropractic en el momento en que se prestan los servicios hasta que se proporcione una notificación por escrito para cancelarlos. (es decir, copagos de fisioterapia, acupuntura y quiropráctica, masajes, pagos médicos, etc.)
- Entiendo que hay un cargo de \$35.00 por NO PRESENTACIÓN/CANCELACIÓN EL MISMO DÍA para todos los servicios excepto quiropráctica, a menos que se proporcione un aviso de 24 horas antes de la cita.

Autorizo a la empresa mencionada anteriormente a cargar en la tarjeta de crédito indicada en este formulario de autorización los servicios prestados. Certifico que soy un usuario autorizado de esta tarjeta de crédito y que no disputaré el pago con la compañía de mi tarjeta de crédito cuando se me cobre por los servicios prestados.

Entiendo y acepto toda la información escrita anteriormente.

Client Signature

Date