



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)

ACCIDENTE DE AUTO

16. Por favor describe el accidente

¿Cuándo Ocurrió el accidente?

¿En qué parte del vehículo estaba usted en el momento del accidente?



¿Número de persona en su vehículo?

¿En qué dirección miraba usted en el momento del impacto?

17.

	Si	No	No Se
Estabas usando el cinturón de seguridad			
¿Se desplego la bolsa de aire?			
¿Golpeaste a otro vehículo?			
¿Golpeaste el divisor central?			
Tu cabeza golpeo la ventana			
¿Tu cabeza golpeo el reposacabezas?			
¿Perdiste el conocimiento?			

18. **Que parte de su vehículo fue impactada? Elija todo lo que corresponda.**

	Si	No
Frente derecho		
Frente izquierdo		
Frente medio		
Por detrás		
Derecho atrás		
Izquierdo atrás		
Lado derecho (lado del pasajero)		
Lado izquierdo (lado del conductor)		
Puerta de atrás derecha		
Puerta de atrás izquierda		
T-bone lado derecho		
T-bone lado izquierdo		
Desconocido		

19. **En que dirección se movía su vehículo?**

Cuale era la velocidad aproximada de su vehículo?



¿Cuál fue el alcance de los daños a su vehículo?

¿En qué dirección se movía el otro vehículo?

¿Cuál era la velocidad aproximada del otro vehículo?

¿Cuál fue el alcance de los daños al otro vehículo?

20.

	Si	No
¿Su vehículo fue remolcado desde la escena?		
¿Llegó la policía al lugar?		
¿Se tomo un informe policial del accidente?		
¿Llegaron al lugar los servicios médicos de emergencia?		
¿Hay testigos del accidente?		

21. **Ha ido a un hospital o ha visto a algún otro médico?**

¿Como se fue de el lugar del accidente?

¿Nombre del Hospital?

¿Nombre del médico?

¿Describe el tratamiento que recibiste?



- | | | |
|--|----|----|
| ¿Tomaron radiografías? | Si | No |
| ¿Tomaron tomografía CT? | Si | No |
| ¿Tomaron una resonancia (MRI)? | Si | No |
| ¿El medico receto medicamentos? | Si | No |
| ¿Ha podido trabajar desde el accidente? | Si | No |

22. Indique los síntomas que son resultado del accidente? (elija do que aplica)

	Si	No
Mareo		
Dificultad para dormir		
Dolor de mandíbula		
Nauseas		
Pérdida de memoria		
irritabilidad		
Dolor de cabeza		
Visión borrosa		
Zumbido en el oído		
Tinnitus		
Fatiga		
Dificultad para respirar		
Malestar estomacal		
Tensión corporal		
Dolor de cuello		
Rigidez del cuello		
Dolor en el hombro derecho		
Dolor en el hombro izquierdo		
Entumecimiento de la mano derecha		
Entumecimiento de la mano izquierda		
Dolor de espalda media		
Rigidez de espalda media		
Dolor en el pecho		
Dolor de costilla		
Dolor en espalda baja		
Rigidez en espalda baja		
Dolor en la pierna derecha		
Dolor en la pierna izquierda		
Entumecimiento del pie derecho		
Entumecimiento del pie izquierdo		



26. **Que termino(s) describe su malestar después del accidente? Elija todo lo que corresponda.**

	Si	No
Dolor		
Ardor		
Profundo		
Embotado		
Intolerable		
Agudo		
Referido		
Punzante/Palpitante		
Rigidez		
Tenso		
Hormigueo		
Entumecido		
Otro		

Si otro, especifique:

27. **¿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:



28. 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:



29. 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		

30. 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?

31. Enumere las actividades o movimientos específicos que causan o afectan esta incomodidad (por ejemplo, agacharse, entrar o salir del automóvil, usar una computadora, etc.)



32. Que agrava esta condición? Elija todo lo que corresponda

	Si	No
Casi cualquier movimiento		
Actividad atlética y/o ejercicio		
Agacharse		
Llevar o levantar		
Cambiando de posición		
Toser 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 sueño y permanecer dormido		
Tirar, empujar o alcanzar		
Levantando el brazo(s) por encima de los hombros		
Autocuidado (vestirse, bañarse, etc.)		
Sentado en el coche o en una silla		
Agacharse		
Parado		
Estrés		
Caminar o correr		
Trabajar en un escritorio/computadora		
Trabajo de jardinería		
Desconocido		
Otro		

Si otro, especifique:

33. 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:

34. Otros proveedores de atención medica han realizado pruebas relacionadas

¿Con esta afección?

Si No Si, especifique: _____

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

Si No Si, especifique: _____

36. Tiene alguna condición adicional?

Si No Si, especifique: _____

AREA ADICIONAL DE PREOCUPACION

37. Fecha aproximada en que comenzó esta condición (no se requiere fecha exacta)

¿Qué causo esta condición?

¿Cuál es su área adicional de preocupación?



38. Que termino(s) describe su malestar? (Elija todo lo que corresponda)

	Si	No
Adolorido		
Ardor		
Profundo		
Embotado		
Intolerable		
Agudo		
Dolor referido		
Punzante/Palpitante		
Rigidez		
Tensión		
Hormigueo		
Otro		

Si es otro especifique:

39. 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?

¿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.)



40. ¿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:

41. 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		



SALUD ACTUAL

45. **Esta usted tomando actualmente algún medicamento?**

Si

No

46. **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		

47. **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?		

48. **Alergia a Medicamentos**

	Nombre de Medicamento	Reacción	Fecha	Comentarios
1				
2				
3				



ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

49.

	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

50. 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

51. Hábitos sociales personales

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

52. 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		



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

53. 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 pacientes que puedan ser incluidos en su proyecto de investigación o para otros fines similares.

Situaciones especiales

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.

Socios comerciales. Podemos divulgar información de salud a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o para proporcionarnos servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, nosotros podemos utilizar otra empresa para realizar servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros socios comerciales están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar ni divulgar ninguna información que no sea la que es específico en nuestro contrato.

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.

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.

Compensación laboral. Podemos divulgar información de salud para programas de compensación laboral o similares. Estos Los programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos para la salud pública. Podemos divulgar información de salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluye divulgación para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; denunciar abuso o negligencia infantil; informar reacciones a medicamentos o 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 está de acuerdo o cuando lo exija la ley.

Actividades de vigilancia de la salud. Podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizado 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.

Demandas y Controversias. Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar información de salud en respuesta a un tribunal o a una orden del administrador del tribunal. También podemos divulgar información de salud en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han realizado esfuerzos hecho para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

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 conducta criminal; 5) sobre conducta criminal en nuestras instalaciones y; 6) en caso de emergencia, denunciar un delito en el lugar del delito si son víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Forenses, médicos forenses, directores de funerarias. Podemos divulgar información de salud a un médico forense o examinador medico. 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 pueden 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.

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. Este la liberación se haría si fuera necesario 1) para que la institución le brinde atención médica; 2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros, o; 3) para la seguridad de la institución correccional.

Tus derechos.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que tenemos sobre usted:

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 y copiar esta información, debe realizar su solicitud por escrito a nuestro Departamento de Privacidad Oficial.

Derecho a modificar. Si cree que la información de salud que tenemos es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información se conserve en nuestra oficina. A solicitar una enmienda, debe realizar su solicitud, por escrito, a nuestro Oficial de Privacidad.

Derecho a una contabilidad 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