

Registracion de Nuevo Paciente Menor - PI (Slip & Fall)

¿Cómo se entero de esta oficina? _____

Si se hace referencia por un abogado, por favor especifique qué abogado: _____

Historia Personal

Nombre del paciente: _____

de Telefono: _____ # de Celular: _____

Correo Electronico: _____ # de Trabajo: _____

Dirección: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____ Sexo: Hombre o Mujer

de Seguro Social: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)

Trabajo/Empleador: _____ Tipo de trabajo: _____

Nombre de contacto de emergencia: _____

Relación: _____ # de casa: _____ # de celular: _____

Condición actual de la Salud

Quejas principales: _____

Su ceja se debe a un: Accidente de Auto Accidente de trabajo Otro Accidente

Causa desconocida Otro: _____

Ha tenido este problema antes en el pasado? Si o No Si, es asi cuanto tiempo? _____

Día del accidente/herida o fecha de su dolor/cuando comenzó su problema: _____

Si esta deshabilitado(a) del trabajo, Por favor denos la fecha: _____

Su dolor a: Mejorado Empeorado Sigue lo mismo Va y Viene

Círcule cualquier actividad que agrave su condición: Parado(a) Sentado(a) Caminando

Agacharse Torserse Toser Acostarse Levantando cosas Otro: _____

Cuando siente que el dolor se empeora? En la mañana En la tarde En la noche

El dolor lo levanta en la noche? Si o No

A visitado a otro doctor por setas misams condiciones? Si o No

Si contesta si, por favor escriba el nombre del doctor: _____

Fecha de la ultima consulta que fue examinado(a)/ tratado(a): _____ Diagnostico: _____

Medicamentos que usted esta tomando en la actualidad: Pastillas de Dolor Relajante Muscular

Insulina Pastillas para presión alta Aspirina Tylenol Advil

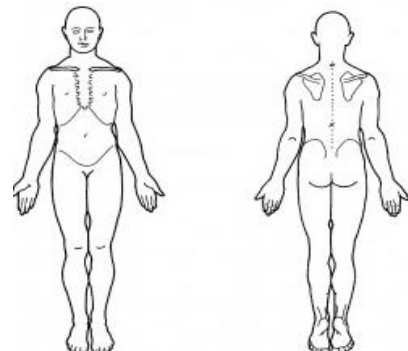
Vitamina Suplementos Otro: _____

Nombre del proveedor de servicios médicos: _____

Usando la escala de 0-10, 0 siendo no dolor y 10 siendo el peor dolor posible, por favor indique el nivel de su dolor: _____

Por favor marque la aria(s) de donde le afecta el dolor en el diagrama que esta a su derecha con los números apropiados.

- (1) Ardor
- (2) Calambres
- (3) Agudo
- (4) Adormecido
- (5) Puñalada
- (6) Hormigueos



Antecedentes de Salud

Principales Accidentes/ Caidas: _____

Cirugías mayores / Operaciones: Corazón Espalda Nuca Piernas Brazos Caderas

Apendicitis Amígdalas Hernia Otro: _____

Hospitalización(es) distinto del anterior: _____

¿Ha sido tratado por cualquier otra condición de salud en el último año? Si o No

Si es si, por favor explique: _____

¿Alguien en su familia sufren el mismo problema? Si o No

Si es si, por favor diga cuales: _____

Check any of the following diseases / conditions you have currently or had:

- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Mojar la Cama | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Vejiga | <input type="checkbox"/> Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de Coagulación | <input type="checkbox"/> Dolor al Orinas | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Hernia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Intestino | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Senos | <input type="checkbox"/> Nervios Pinzados | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Irritabilidad |
| <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Sarampión |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Disfunción de Próstata | <input type="checkbox"/> Bulimia | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Orina Descolorada | <input type="checkbox"/> Atención Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Paperas |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Cataractas | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Hernia de Disco | <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Perdida de Sueno |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Disfunción Sexual | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Estres |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón | <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado | <input type="checkbox"/> Fiebre Tifoidea | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cólicos Menstruales | <input type="checkbox"/> Infección Vaginal | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Irregularidad Menstrual | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Tos Ferina | <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Ulceras |

Solo Mujeres: Está embarazada? Si o No

Si es Si, cual es la fecha aproximada para dar a luz? _____

Si es No, cual fue la ultima fecha de su menstruacion? De _____ a _____

Used hace ejercicio? Si o No

Si es Si, como describe la intencidad del ejercicio: Suave Moderado Extremo

Usted fuma? Si o No Si es Si, cada cuanto? _____

Usted toma debidas alcoholicas? Si o No Si es Si, cuantas toma a la semana? _____

Cual es la actividad diaria que consiste su trabajo? Sentado De pie Parado Trabajo Liviano Trabajo Pesado

YO CERTIFICO QUE ESTA INFORMACION ES CIERTA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Slip and Fall

Nombre: _____ Fecha de accidente: _____



Numero de reclamo: _____ Numero de polica: _____
Compañía de Seguro: _____
Dirección: _____
Nombre de Ajustador/a: _____ # de Telefono: _____

Numero de reclamo de responsable: _____
de Polica: _____
Compañía de Seguro: _____
Dirección: _____
Ajustador/a: _____ # de Telefono: _____

Hora de Accidente: _____ AM / PM
Localización de accidente: _____
Por favor describa en detalle como paso su accidente:

Pudo mover toda parte de su cuerpo después de su accidente? Si No
Si marco No, cuales partes no pudo mover y por que? _____
Pudo caminar sin asistencia después de su accidente? Si No
Si marco No, por que? _____
Tenia algun moreton? Si No
Si marco Si, adonde? _____
Tenia alguna cortado/sangrado? Si No
Si marco Si, adonde? _____

Por favor describa como se sintió:
Inmediatamente después de su accidente: _____
Al atardecer: _____
El dia siguiente: _____

Marce los sintomas que le aparecieron despues de su accidente:

- Dolor Pie/Tobillo Izq / Der
- Dolor de Cabeza sin Migrania
- Parestesia LE
- Dolor de Parte Baja de Pie Izq/ Der

Migranas
 Parestesia UP
 Dolor de Rodia Izq/ Der
 Mareo/ Vértigo
 Dolor de Pierna Izq/ Der
 Dolor de Hombro Izq/ Der
 Ansiedad
 Dolor de Cadera Izq/ Der
 Brazo Izq/ Der
 Depresión

Dolor Lumbar
 Parte baja de brazo Izq/ Der
 Irritacion
 Dolor Torácico
 Muneca Izq/ Der
 Mandibula
 Cuello
 Mano Izq/ Der
 Tinnitus

Recibió atención medica después de su accidente? Si No

Si marco Si, como llego? algun me llevo policia ambulancia
 yo maneje otra razón: _____

Nombre de Doctor: _____

Nombre de clínica y dirección: _____

Le tomaron radiografias? Si No

Recibio: collar abrazadera medicamentos otra cosa: _____

Que medicamentos le dieron? _____

Que beneficio recibio después de su tratamiento? _____

Fecha de ultimo tratamiento? _____

Tiene un abogado? Si No Si marco Si, quien es? _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Póliza de la Oficina

Nombre del paciente: _____



Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Por favor, comprenda que el pago de su cuenta es parte de su tratamiento. Los datos siguientes se refieren a nuestras pólizas de oficina, que requieran que usted lee, acepte, firme y feche, antes de cualquier tratamiento pueda comenzar.

- Se requiere que cada nuevo paciente llene formularios relativos a su historia y información general antes de ser examinado.
- Cada compañía de seguros o grupo tiene directrices específicas que hay que seguir para garantizar el pago de nuestros servicios. Como una cortesía a usted, nosotros presentamos todas las reclamaciones a su compañía de seguros o grupo. Por favor, recuerde que USTED tiene un contrato con la compañía de seguros o grupo y USTED es responsable en última instancia para el pago. No podemos aceptar la responsabilidad de la recolección de su compañía aseguradora o grupo, ni la negociación de un acuerdo sobre una disputa de una reclamación. Si usted necesita ayuda con su seguro, por favor ver nuestra gerente de oficina, que le ayudará fácilmente.
- Nuestra oficina está comprometida a proporcionar el mejor tratamiento posible para nuestros pacientes y cobramos lo que es uso y costumbre de nuestra zona. Por favor, entienda que usted responsable del pago en su totalidad, independientemente de la determinación arbitraria de una compañía de seguros de las tarifas usuales y habituales.
- Cuentas abiertas sin actividad de pago aceptable durante 60 días se considerarán vencidas. Una carga de facturación puede ser evaluado para el saldo de la cuenta junto con un cargo financiero de 1.5% por mes. Usted será responsable por el debido balance pasado original junto con estos cargos adicionales. Actividad de pagos ACEPTABLES serán determinados de manera individual. Por favor, hable con nuestro gerente de la oficina para evitar cualquier malentendido.
- Cuentas abiertas sin actividad de pago aceptable por 120 días serán colocadas automáticamente con nuestra agencia de colección. Usted será responsable de pagar el debido balance pasado original, además de los cargos de facturación, cargas financieras, las comisiones de cobro y honorarios de abogados evaluado a su cuenta.

El adulto que acompaña a un menor de edad es responsable del pago completo. El adulto (padre o guardián legal) debe estar presente con el menor y firmar el formulario de consentimiento de tratamiento antes de que los servicios pueden ser administrados.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Autorizo Recovery ChiroMed para liberar los registros médicos, las radiografías y reportes a cualquier médicos, otros profesionales de la salud, o las compañías de seguros/grupos que pueden ser consultadas o que necesitan un acceso directo a estos registros para el cuidado de la salud.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Formulario de Consentimiento Informado

Cada tipo de atención de la salud se asocia con algún riesgo de problemas potenciales. Los proveedores de salud, incluyendo quiroprácticos están obligados por ley a decirle la naturaleza de su condición, la naturaleza general del tratamiento y los riesgos involucrados. De acuerdo con la Ley de Luisiana de Consentimiento Informado, se le está pidiendo a firmar y fechar este formulario que confirma nuestra discusión de estos asuntos.

Queremos darle a cada paciente el mejor cuidado posible con el menor riesgo de complicaciones posible. Para lograr esto, formamos los planes de tratamiento para adaptar a las necesidades específicas de cada paciente. Los siguientes párrafos describen los riesgos más graves asociados con la atención quiropráctica que son extremadamente raros en la ocurrencia:

- **Derrame Cerebral:** El derrame cerebral es el problema más grave asociado con la manipulación espinal. Las consecuencias pueden ser una disfunción temporal o permanente del cerebro con muy poco frecuente complicaciones de la muerte (1 en 20 millones). manipulaciones de la columna se han asociado con los movimientos que surgen de la arteria vertebral que se extiende a ambos lados de su cuello. Este problema se produce tan raramente que no hay datos concluyentes que especifica la cantidad de la probabilidad.
- **Agravación de la hernia de disco:** Las hernias de disco que crean presión sobre el nervio espinal y / o la médula espinal son tratadas con éxito por los quiroprácticos en una base diaria. La manipulación quiropráctica puede agravar una hernia de disco existente que resulta en un aumento de los síntomas que pueden durar unos pocos días, pero rara vez por períodos más largos de tiempo.
- **Lesiones de tejidos blandos:** primaria de los tejidos blandos se refiere a los músculos y los ligamentos. Los músculos mueven los huesos y ligamentos limitan el movimiento de los huesos. En raras ocasiones, la manipulación puede resultar en daños menores en un tejido blando en particular. Esto puede causar un aumento temporal del dolor y los tratamientos necesarios para la resolución, pero no hay efectos a largo plazo para el paciente.
- **Fracturas de las Costillas:** La caja torácica se encuentra en la columna torácica o la zona media de la espalda. Es raro que una manipulación quiropráctica cause una fractura de una costilla. Los pacientes que han debilitado los huesos (Osteopenia o Osteoporosis) tienen un mayor riesgo de fracturas de costillas porque sus huesos son más débiles de lo normal. Ajustamos a todos los pacientes con cuidado, especialmente aquellos que tienen indicaciones de la osteoporosis en sus radiografías.
- **Otras posibles complicaciones:** Hay muchos otros efectos secundarios y / o complicaciones que pueden también ocurrir en casos aislados debido a la manipulación de la columna. Estas posibles complicaciones incluyen, pero no se limitan a los siguientes: dolores de cabeza, quemaduras en la piel, mareos, dolores que se irradia hacia los brazos y / o piernas, la exacerbación del dolor / problema, dolor, etc.

Por la presente autorizo cualquier doctor de Recovery ChiroMed para proporcionar tratamientos quiroprácticos, incluyendo el examen/ diagnóstico, la manipulación espinal/ ajustes, y varios modos de terapia física que se considere necesario o responsable. Mi plan de tratamiento será explicado a mi y he leído y entendido toda la información expuesta en este documento, incluidos los archivos adjuntos. Reconozco que voy a tener la oportunidad de formar las preguntas sobre el procedimiento contemplado y que mis preguntas serán contestadas a mi satisfacción. Esta autorización y consentimiento para el tratamiento de la quiropráctica es y seguirá siendo válida hasta que sea revocada.

Nombre del Paciente: _____
Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Certifico que ha proporcionado y explicado la información contenida en el presente documento, incluidos los archivos adjuntos y he contestado todas las preguntas relativas a tratamiento propuesto a lo mejor de mi conocimiento y habilidad.

Recovery ChiroMed Doctor

Fecha



Consentimiento de Tratamiento para Menor de Edad

Yo, _____,
Autorizo cualquier doctor de Recovery ChiroMed para administrar el
tratamiento quiropractico que considere necesario para mi hijo, hija o
otro.

Nombre del Menor: _____ Fecha: _____

Padre/Guardian: _____
(Nombre)

Padre.Guardian: _____
(Firma)

Firma de Testigo: _____

Aviso de prácticas de privacidad para la información protegida de la Salud página1

Este aviso describe cómo la información quiropráctica y médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, revise con cuidado.

Utiliza y divulga

Aquí están algunos ejemplos de cómo podríamos tener que usar o divulgar su información de atención médica:

- Su quiropráctico o un miembro del personal pueden tener que revelar su información de salud, incluyendo todos sus registros clínicos a otro proveedor de la salud, o un hospital si es necesario que se refieren a ellos para el diagnóstico, evaluación o tratamiento de su condición de salud.
- Nuestro seguro del personal de tratamiento puede tener que revelar sus registros de exploración y tratamiento y sus registros de facturación a otra parte, como la compañía de seguros y HMO, PPO, o su empleador, si son potencialmente responsables para el pago de sus servicios
- Nuestro quiropráctico y miembros del personal de la consulta pueden necesitar usar su información de salud, exámenes y tratamientos registros y sus registros de facturación para fines de control de calidad o para otros fines administrativos para funcionar con eficiencia y eficacia nuestra práctica.
- Su quiropráctico y los miembros del personal de la consulta pueden necesitar usar su nombre, dirección, número de teléfono, y sus registros clínicos en contacto con usted para recordarle sus citas, información sobre alternativas de tratamiento u otra información relacionada con la salud que pueden ser de interés para usted. 164.520 (b) (1) (iii) (A). Si no está en casa para recibir un recordatorio de cita, un mensaje será dejado en el contestador automático.

Usted tiene el derecho de negar a dar la autorización de contactarlo para proporcionarle recordatorios de citas, información sobre alternativas de tratamiento, y otra información relacionada con la salud en cualquier momento. Si no da la autorización, no afectará el tratamiento que le proporcionamos o los métodos que utilizamos para obtener el reembolso de su cuidado.

Usted puede inspeccionar o copiar la información que utilizamos para contactarlo para recordarle de sus citas, información sobre alternativas de tratamiento u otra información relacionada con la salud en cualquier momento.

Nuestro Compromiso de Privacidad

Respectamos y respetaremos su privacidad. Aparte de los usos y divulgaciones que se ha descrito anteriormente, **no vamos a vender o proporcionar su información de salud a cualquier organización de comercialización exterior.**

Usos y divulgaciones permitidos sin su consentimiento o autorización

Bajo la ley federal, también estamos permitidos o requeridos de usar o divulgar su información médica sin su consentimiento o autorización en las circunstancias siguientes:

- Se nos permite usar o divulgar su información de salud si le estamos proporcionando servicios de salud, basado en las órdenes de otro profesional de la salud.
- Se nos permite usar o divulgar su información de salud si proporcionamos servicios de atención médica a usted como un preso.
- Se nos permite usar o divulgar su información de salud si proporcionamos servicios de atención médica para que en caso de emergencia.
- Se nos permite usar o divulgar información de salud que si estamos obligados por ley a tratar a usted y no somos capaces de obtener su consentimiento después de intentar de hacerlo.
- Se nos permite usar o divulgar su información de salud si hay barreras sustanciales de comunicarnos con usted, pero en nuestra opinión profesional creemos que tiene la intención de que le brindemos atención.

Aparte de las circunstancias descritas en los ejemplos anteriores, cualquier otro uso o divulgación de su información de salud serán hechos solamente con su autorización por escrito.

Su derecho de revocar su autorización

Usted puede revocar su autorización para nosotros en cualquier momento; Sin embargo, su revocación debe ser por escrito. Hay dos circunstancias en las que no vamos a ser capaces de cumplir con su solicitud de revocación:

- Si ya hemos divulgado su información de salud antes de recibir su solicitud para revocar su autorización 164.508 (b) (5) (i).
- Si se le requirió para dar la autorización como condición para la obtención de un seguro, la compañía de seguros puede tener un derecho a la información sobre su salud si deciden impugnar cualquiera de sus reclamaciones. Si desea revocar la autorización que por favor escribanos a:

Recovery ChiroMed
P.O. Box 698
Luling, LA 70070

Aviso de prácticas de privacidad para la información protegida de la Salud página 2

Su Derecho a Limitar Los Usos o Divulgaciones

Si hay proveedores de servicios médicos, hospitales, empleadores, compañías de seguros o otras personas o organizaciones a las que usted no desea que divulguemos su información médica, por favor háganoslo saber por escrito qué personas o organizaciones a las que usted no desea que divulguemos su información sobre su cuidado de la salud. No estamos obligados a estar de acuerdo con sus restricciones. Sin embargo, si estamos de acuerdo con sus restricciones, la restricción es vinculante para nosotros. Si no estamos de acuerdo con sus restricciones, es posible que deje caer su solicitud o usted es libre de buscar la atención de otro profesional de la salud.

Su Derecho a Recibir la Comunicación Confidencial con Respecto a su Información de Salud

Normalmente se le entrega información acerca de su salud en persona, en el momento de recibir los servicios quiroprácticos de nosotros. También podemos enviar información sobre su salud o sobre el estado de su cuenta. Haremos todo lo posible para acomodar cualquier solicitud razonable si desea recibir información acerca de su salud o de los servicios que proporcionamos en un lugar que no sea su casa o, si desea que la información de una forma diferente. Para ayudarnos a responder a nuestras necesidades, por favor haga cualquier solicitud por escrito.

Su derecho a inspeccionar y copiar su información médica

Usted tiene el derecho de inspeccionar y / o copiar su información médica durante seis años a partir de la fecha en que se creó el registro o el tiempo que la información permanece en nuestros archivos.

Su derecho a enmendar su información médica

Usted tiene el derecho a solicitar que se cambie su información de salud por seis años a partir de la fecha en que se creó el registro o el tiempo que la información permanece en los archivos. Es obligatorio que la solicitud de modificar sus registros para ser por escrito y para que nos dé una razón para apoyar el cambio que está solicitando que hagamos.

Su derecho a recibir un informe de las revelaciones que hemos hecho de sus registros

la ley de Louisiana requiere que le comunique, a su solicitud, una copia de cualquier información relacionada de ninguna manera con que la que hemos transmitido a ninguna empresa o entidad pública o privada, o cualquier persona.

Podemos cobrar cargos razonables para copiar este servicio que se expone en las estatuas, así como un manejo cobran una sellos postales reales.

Podemos negar el acceso a un registro si somos razonable concluir que el conocimiento de la información contenida en el registro sería perjudicial para la salud o el bienestar del paciente o podría esperarse razonablemente poner en peligro la vida o la seguridad de cualquier otra persona.

Su derecho a obtener una copia impresa de este aviso

Si usted ha aceptado recibir avisos de privacidad por correo electrónico, puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento.

Nuestros Deberes

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y nuestras prácticas de privacidad con respecto a su información médica.

Debemos cumplir con los términos de esta notificación mientras se encuentre vigente. Sin embargo, nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro aviso de privacidad. Si hacemos un cambio en los términos de nuestro contrato de confidencialidad, le notificaremos por escrito cuando entre por un tratamiento o por correo. Si hacemos un cambio en nuestras condiciones de privacidad el cambio se aplicará a toda su información de salud en nuestros archivos.

Redivulgación

La información que usamos o divulgamos puede estar sujeta a una nueva divulgación por la persona a quien proporcionamos la información y ya no puede ser protegido por las leyes federales de privacidad.



Aviso de prácticas de privacidad para la información protegida de la Salud página 3

Su derecho a Quejarse

Usted se puede quejar a nosotros o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si siente que hemos violado sus derechos de privacidad. Respetamos su derecho a presentar una queja, no tomaremos ninguna acción contra usted si presenta una queja. Mientras que usted puede hacer una queja oral en cualquier momento, sus comentarios por escrito deberán dirigirse a:

**Recovery Chiromed
P. O. Box 698
Luling, LA 70070**

Si desea más información sobre nuestras políticas y prácticas de privacidad por favor, póngase en contacto con:

**Recovery Chiromed
P.O. Box 698
Luling, LA 70070
985-331-8007**

Este aviso es efectivo a partir del 1 de abril de 2003. Este aviso caducará siete años después de la fecha en que se creó el registro. Al firmar a continuación, reconozco que he recibido una copia de este aviso.

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente

Recovery Chiromed
Representante autorizado de proveedor

Representante personal

Firma del Representante personal

Descripción de la autoridad del representante personal para que actúe en el Paciente

Acuerdo de Responsabilidad de Sustancias Recetadas

El siguiente es un conjunto de acuerdos que requiere la clínica antes de escribir una receta para sustancias controladas a un paciente. Por favor poner sus iniciales al par de cada termino. El incumplimiento de este acuerdo resultara en la discontinuación de medicamentos.

- _____ Estoy de acuerdo de guardar la medicina correctamente. El medicamento puede ser dañino para los niños, miembros de la familia, invitados o mascotas y deberían ser guardadas en un lugar seguro. Si alguien además de el paciente ingestió el medicamento, el paciente debe llamar inmediatamente al 911 o al centro de control de envenenamiento. Estos medicamentos no se pueden vender a otros.
- _____ Estoy de acuerdo de tomar el medicamento únicamente según lo prescrito. No podre ajustar la dosis sin la autorización del doctor de la clínica. Modificaciones de dosis serán determinadas sobre una base de caso a caso.
- _____ Estoy de acuerdo en notificar la oficina del doctor de inmediato en el caso que el medicamento sea perdido o robado. Voy a tener un informe policial presentado y llevar una copia a la clínica para el registro. Una receta de reemplazo será escrita sobre una base de caso a caso.
- _____ Estoy de acuerdo en no estar tomando otras sustancias controladas, RECETADAS o NO RECETADAS sin dejarle saber al médico de esta clínica. Yo entiendo que a no revelar completamente todos los medicamentos puede resultar en la descarga de esta clínica. Hablare con el médico de esta clínica si otro médico con el que este tratando hace cambios a la dosis del medicamento. La violación de este acuerdo es ilegal y puede resultar en un proceso penal.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre Del Paciente: _____

Testigo: _____ Fecha: _____



Información del Seguro

Seguro Medico:

Usted tiene seguro medico? Si o No

Si es Si, Proveedor: _____

de Miembro ID: _____

Seguro de Auto:

Compañía de seguros de auto: _____

Ajustador: _____ # de telefono: _____

de Reclamación: _____

Tiene cobertura Med Pay Coverage? Si o No

compañía Conductor Culpable: _____

Co. de seguro de auto: _____

Ajustador: _____ # de telefono: _____

de Reclamación: _____

Información del abogado de representación:

Abogado: _____

de Telefono: _____

Dirección: _____



**Authorization For Release of Records
Kenner Clinic**

Date: _____

Recovery ChiroMed
1301 W. Esplanade Ave
Kenner, LA 70065

Phone #: 504-461-2222
Fax #: 504-461-2233

To: _____

Patient: _____

Date of Birth: _____

Social Security #: _____

Our clinic is requesting the following records:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medical Records | <input type="checkbox"/> CT Scan Reports |
| <input type="checkbox"/> X-ray Reports | <input type="checkbox"/> Lab Reports |
| <input type="checkbox"/> MRI Reports | <input type="checkbox"/> Other |

Thank you in advance,
Recovery ChiroMed

Patient's Signature/Firma de Paciente: _____

Date/Fecha: _____

Facturación y pago

_____ **Autopago:** Si no tiene cobertura de seguro disponible, se le facturará directamente por los servicios prestados en el momento en que se prestan los servicios.

_____ **Seguro de salud:** Le facturaremos a su proveedor de seguro de salud si, en el momento del servicio, somos un proveedor contratado con la compañía de seguros. Sin embargo, debe remitir todos los pagos adeudados como resultado de cualquier deducible, coseguro y / o copagos por el plan de seguro. Estos pagos, así como los pagos por servicios no cubiertos por el plan, vencen en el momento en que se presta cada servicio.

_____ **Culpa de terceros:** En el caso de que un tercero tenga la culpa de su lesión y usted desee que le facturemos a ese tercero o a su compañía de pagos médicos de seguro de automóvil en lugar de a su aseguradora de salud, intentaremos cobrarle al tercero el costo total de nuestros servicios. Sin embargo, en el caso de que la recuperación de terceros no tenga éxito, entonces usted será responsable del monto total de la factura médica pendiente.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del paciente: _____

Representante del paciente (si es menor de edad): _____

Relación con el paciente: _____

Nombre del abogado si está representado: _____