**PATIENT INFORMATION (PLEASE PRINT)**

**(Informaction del Paciente)**

**NAME** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(NOMBRE) FIRST (APPELLIDO)LAST MIDDLE

**HEIGHT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ WEIGHT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(*Altura) (Peso)***

**SOCIAL SECURITY NUMBER** \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_ **DATE OF BIRTH** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEX M / F

***(NUMERO DE SEGURO SOCIAL) (FECHA DE NACIMIENTO)***

**ADDRESS** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **APT. #** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(DIRECCION)***

**CITY** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**STATE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ZIP** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)***

**HOME PHONE** (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **CELL PHONE** (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(TELEFONO) (TELEFONO CELULAR)***

Si desea recibir recordatorios de la cita por mensaje de texto por favor facilítenos su información del portador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EMAIL ADDRESS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(***CUENTO DEL CORREO ELECTRONICO)***

 **¿QUIERES RECIBIR RECORDATORIOS POR CORREO ELECTRÓNICO? SI NO**

**MARITAL STATUS** (CIRCLE) SINGLE / MARRIED / DIVORCED / WIDOWED

 ***(SOLTERO(A)) (CASADO(A)) (DIVORCIADO(A)) (VIUDO(A))***

**EMPLOYMENT** (CIRCLE) NONE / FULL-TIME / PART-TIME / STUDENT / RETIRED / DISABLED

 ***(Sin Empleo) (Tiempo Completo) (Tiempo Parte) (Estudiante) (Retirado) (Discapacitado)***

**EMPLOYER** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **OCCUPATION** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(EMPLEO) (TRABAJO)***

**EMPLOYER ADDRESS** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **TELEPHONE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(DIRECCION DEL EMPLEO) (TELEFONO DEL EMPLEO)***

**SPOUSE / PARENT /EMERGENCEY CONTACT INFORMATION**

***(Esposo/Padre/Contacto en Caso de Emergencia)***

(THIS INFORMATION IS REQUIRED FOR MINOR PATINTS OR PATIENTS WITH GUARDIANS)

**NAME** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(NOMBRE DEL ESPOSO O PADRE) FIRST LAST (RELACION) RELATIONSHIP***

**DATE OF BIRTH** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEX M / F  **PHONE** (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(FECHA DE NACIMIENTO) (TELEFONO)***

**ACCIDENT / INJURY INFORMATION**

**WERE YOU IN A CAR ACCIDENT?** YES / NO **WERE YOU?** DRIVER / PASSENGER

***(ESTUVO EN UN ACCIDENTE) (CONDUCTOR O PASAJERO?)***

**DO YOU HAVE AN ATTORNEY REPRESENTING YOU REGARDING THIS ACCIDENT / INJURY?**YES / NO

***(TIENE UN ABOGADO POR ESTE ACCIDENTE)***

**ATTORNEY NAME** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PHONE NUMBER** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(ABOGADO) (TELEFONO)***

**DATE OF ACCIDENT/INJURY**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**IS THIS A WORKER’S COMPENSATION CLAIM?** YES / NO

***(FECHA DEL ACCIDENTE) (SEA UN ACCIDENTE DEL TRABAJO)***

**WERE YOU TRANSPORTED FROM THE ACCIDENT / INJURY SCENE BY AMBULANCE?** YES / NO

***(HABIA TRANSPORTADO POR AMBULANCIA)***

**HOSPITAL WHERE YOU WERE TREATED** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(NOMBRE DEL HOSPITAL DONDE OCCURE TRATAMIENTO)***

**OTHER DOCTORS THAT HAVE TREATED YOU FOR THIS INJURY \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***(PORFAVOR INDIQUE EL NOMBRE DEL DOCTOR QUE TRADADO DESDE QUE PASO EL ACCIDENTE)***

**AUTOMOBILE INSURANCE INFORMATION**

**YOUR CAR INSURANCE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **PHONE NUMBER** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(NOMBE DE SU SEGURO DEL AUTO) (TELEFONO)***

**POLICY NUMBER**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **CLAIM NUMBER** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(NUMBERO DEL POLITICA) (NUMERO DEL RECLAMO)***

**DO YOU HAVE MEDICAL PAYMENT COVERAGE OR PIP ON YOUR POLICY?**YES / NO AMOUNT $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(***CUBRE MEDICAL SU ASEGURANZO DE AUTOMOVIL?) (CANTIDAD)***

**OTHER DRIVER’S INSURANCE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**PHONE NUMBER** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(POLITICA DEL AUTO QUE SE GOLPE) (TELEFONO)***

**POLICY NUMBER**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**CLAIM NUMBER** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(***NUMBERO DEL POLITICA) (NUMERO DEL RECLAMO***)

**HEALTH INSURANCE INFORMATION**

**INSURANCE COMPANY** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PHONE NUMBER** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(ASEGURANZO) (TELEFONO)***

**ADDRESS** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(DIRECCION) ADDRESS CITY STATE ZIP***

**NAME OF INSURED** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**RELATIONSHIP** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(NOMBRE DE EL ASEGURANZO) (RELACION)***

ID # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GROUP # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **EMPLOYER** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **( Numero del Identificacion ) (Numero del Grupo) (EMPLEO)**

**SOCIAL SECURITY NUMBER** \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_ **DATE OF BIRTH** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(NOMBRE DEL SEGURO SOCIAL) (FECHA DE NACIMIENTO)***

(

**HEALTH HISTORY**

NAME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *NOMBRE* *FECHA*

**MEDICATIONS**

List all prescription OR over the counter medications you are currently using (*Indique medicamentos de receta del Medico o sin receta que estas usando ahora*):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Place a mark by “yes” or “no” if you have had any of the following: *(Elija todos los que apliquen a usted)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONDITION (Condicion)** | **YES****(Si)** | **NO****(No)** | **CONDITION (Condicion)** | **YES****(Si)** | **NO****(No)** |
| AIDS/HIV *SIDA/VIH* |  |  | HEPATITIS*HEPATITIS* |  |  |
| ALCOHOLISM *ALCOHOLISMO* |  |  | HERNIA*HERNIA/QUEBRADURA* |  |  |
| ANEMIA *LA ANEMIA* |  |  | HERNIATED DISC*HERNIA DE DISCO* |  |  |
| ARTHRITIS  *ARTRITIS* |  |  | KIDNEY DISEASE*ENFERMEDAD RENAL* |  |  |
| ASTHMA *ASMA* |  |  | LIVER DISEASE*enfermedad hepática* |  |  |
| BLEEDING DISORDER *ENFERMEDAD HEMORRAGICA*  |  |  | MIGRAINES*LAS migrañaS* |  |  |
| BRONCHITIS *BRONQUITIS* |  |  | MONONUCLEOSIS***La mononucleosis*** |  |  |
| CANCER*EL CANCER* |  |  | MULTIPLE SCLEROSIS*ESCLEROSIS MÚLTIPLE* |  |  |
| CATARACTS*CATARATAS* |  |  | OSTEOPOROSIS  O*STEOPOROSIS* |  |  |
| CHEMICAL DEPENDENCY*DEPENDENCIA DE DROGAS* |  |  | PARKINSON’S DISEASE*LA ENFERMEDAD DE PARKINSON* |  |  |
| DIABETES |  |  | PINCHED NERVE*NERVIO PELLIZCADO* |  |  |
| EMPHYSEMA*ENFISEMA* |  |  | PNEUMONIA*NEUMONÍA* |  |  |
| EPILEPSY*EPILEPSIA* |  |  | PROSTHESIS*PRÓTESIS* |  |  |
| FRACTURES*FRACTURAS* |  |  | RHEUMATOID ARTHRITIS*La artritis reumatoide* |  |  |
| GLAUCOMA |  |  | STROKE*DERRAME CERABRAL* |  |  |
| GOUT*GOTA* |  |  | THYROID PROBLEMS*Problemas de la tiroides* |  |  |
| HEART DISEASE*ENFERMEDAD CARDIACA* |  |  | TUBERCULOSIS*LA TUBERCULOSIS* |  |  |

**HEALTH HISTORY – PART 2**

1. Have you ever been to a chiropractor? YES / NO

 *Ha solicitado tratamiento por quiropractico?*

1. In the last 24 months (not including this injury) have you been to any of the following?

*En los dos anos pasados ha solicitado tratamiento con*:

* 1. Medical Doctor (Medico) YES / NO LAST VISIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Physical Therapist (Terapia Fisica) Y ES / NO LAST VISIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	3. Medical Specialist (Especialista) YES / NO LAST VISIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Have you ever had surgery? If yes, please list surgery and year. YES / NO

*Indiqe cirugias; tipo y el ano:*

* 1. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Surgery \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Surgery \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	3. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Surgery \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Have you ever had a broken bone? If yes, please list year and bone. YES / NO

*Indique fracturas del hueso y ano:*

* 1. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	3. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Have you ever had a work-related injury? If yes, please list year and injury. YES / NO

*Ha tenido accidentes del trabajo? Indique tipo y ano del herida*

* 1. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Injury \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Injury \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	3. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Injury \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Have you ever been in a car accident? If yes, list all of your previous car accidents (even if you were not injured, whether you were at fault or not).

*Ha tenido otros accidentes del auto? Indique el ano y tipo de herida* YES / NO

* 1. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Injured YES / NO Injury \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Injured YES / NO Injury \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	3. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Injured YES / NO Injury \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Do you exercise?

Haces ejercicios? Nunca / A veces / Cada dia

NEVER / SOMETIMES / EVERYDAY

1. Describe your activity level while at work.

En su trabajao que haces mas? SENTANDO / DE PIE / TRABAJO LIJERO / TRABAJO DURO

SITTING / STANDING / LIGHT LABOR / HEAVY LABOR

1. How many days of work have you missed since this accident / injury? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuantos dias no puede trabajar debido a este accidente?

1. Do you smoke? YES / NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ packs/day

Fuma cigarillos? Cuantos por dia?

1. Do you drink alcohol? YES / NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ drinks/week

Toma Alcohol? Cuantas bebidas por dia?

1. (Women) Are you pregnant? YES / NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ due date

 (A mujeres) Esta embarazada? Cuantos meses?

**DAILY ACTIVITY CHECKLIST**

This checklist is designed to help us understand how much discomfort, pain, and/or difficulty you experience while performing your daily activities. Please check (✓) only **ONE** column for each activity that most applies to your level of discomfort.

If you regularly perform an activity that is not listed, please write that activity in the blank boxes at the bottom and indicate your level of discomfort / difficulty. If you have any questions about how to complete this form, the staff will be more than happy to assist you.

Esta lista de verificación es diseñado para ayudar nos comprender cuanto molesta, dolor y/o dificultad experiencias cuando estás haciendo ciertas actividades. Por favor completa la lista de verificación por marcando solamente **una** columna para cada actividad que mas aplica a tu nivel de molesta, dolor, y/o dificultad para aquella actividad. No marque más que una columna para cualquier actividad. Si una actividad no se aplica porque no hace esa actividad (por ejemplo, si no está empleado, o no tiene niños que cuidar” marca “no aplicable” columna.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activity*****Actividad*** | **Not Applicable*****No Aplicable*** | **No Discomfort or Difficulty*****No molesta*** | **Minimal Discomfort or Difficulty*****Me molesta*** | **Moderate Discomfort or Difficulty*****Me molesta moderada*** | **Major Discomfort or Difficulty*****Molesta Mayor*** | **Can’t do this because of Discomfort or Difficulty*****No puedo hacer*** |
| **Sitting*****Sentado*** |  |  |  |  |  |  |
| **Standing*****De pie*** |  |  |  |  |  |  |
| **Bending****Agachando** |  |  |  |  |  |  |
| **Lifting*****Levantando*** |  |  |  |  |  |  |
| **Walking****Caminando** |  |  |  |  |  |  |
| **Lying Down*****Acostado*** |  |  |  |  |  |  |
| **Sleeping****Dormido** |  |  |  |  |  |  |
| **Driving*****Manejando*** |  |  |  |  |  |  |
| **Working*****Trabajando*** |  |  |  |  |  |  |
| **Housework*****Limpieza*** |  |  |  |  |  |  |
| **Dressing*****Vestir se*** |  |  |  |  |  |  |
| **Personal Hygiene*****Cuidado Personal*** |  |  |  |  |  |  |
| **Caring for Children*****Cuidado de los ninos*** |  |  |  |  |  |  |
| **Using computer*****Usando Computadora*** |  |  |  |  |  |  |
| **Exercising*****Ejercicios/Deportes*** |  |  |  |  |  |  |
| **Watching TV*****Mirando televisor*** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

****

Name Date File

Please mark the areas on the picture below that correspond to the areas of your body where you feel the described sensations. Use appropriate symbols. Mark areas of radiation. Include all affected areas.

DO NOT SIMPLY CIRCLE THE AREA OF INVOLVEMENT PLEASE.

**Numbness ---- Pins & Needles oooo Burning xxxx Aching \*\*\*\* Stabbing ////**

Usando los simbolos del abajo; indique las areas en su cuerpo donde se siente las sintomas. Incluye todos los partes que estan afectados.

**Entumido ----- Hormigueo oooo Dolor que quema xxxx**

**Imple Dolor \*\*\*\* Punzante ////**



**Please place a vertical mark on the line below to indicate the severity of your complaint.**

**Marque (/) en la linea del nivel de dolor que siente ahorita en la parte mas lastimada entre no dolor y insoportable dolor**

**Headache** No Pain

 ***Dolor de cabeza***\_ Worse Pain

Experienced

**Neck Pain** No Pain

***Dolor del cuello***Worse Pain

Experienced

**Middle Back Pain** No Pain

***Dolor de espalda media***Worse Pain

Experienced

**Low Back Pain** No Pain

***Dolor de espalda baja***\_ Worse Pain

Experienced

**Other**

 ***Otro***No Pain

Worse Pain

Experienced



2001 Eastern Avenue, Baltimore, MD 21231

Phone: (443) 842-5500 Fax: (443) 842-5501

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Quisiéramos que le informaran sobre los problemas potenciales asociados al tratamiento del quiropráctica antes de consentir al tratamiento. Los ajustes del Quiropráctica implican la mudanza de empalmes en el cuerpo con el uso de las manos del doctor, el uso de una máquina, el uso de una tabla mecánica, o el uso de un instrumento sostenido mano. Con frecuencia, los ajustes crean un sonido del “estallido” o del “tecleo ”/una sensación en el área que es tratada. En esta oficina, podemos utilizar a personal entrenado para asistir al doctor con las porciones de su consulta, de examinación, de radiografía que toma, de uso físico de la terapia, y de otras modalidades del tratamiento. De vez en cuando su doctor es inasequible, otro quiropráctico puede tratarle. Si usted no desea ser tratado por otro quiropráctico en esta clínica, informe por favor al personal inmediatamente y esa petición será honrada.

**NATURALEZA Y PROPÓSITO DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL QUIROPRACTICA**

La práctica de la quiropráctica incluye mucho la examinación y métodos de prueba estándares. Éstos incluyen la examinación física, prueba ortopédica y neurológica, palpación, la instrumentación especializada, los pruebas de laboratorio, las examinaciones de la radiología, terapia física y los procedimientos rehabilítatenos. Hay un número de diversas técnicas de ajuste, algunas que utilizan el equipo especialmente diseñado. Los ajustes se realizan generalmente a mano pero se pueden realizar por los instrumentos mano-dirigidos. Un ajuste del quiropráctica es el uso de un movimiento exacto rápido sobre una distancia muy corta a un punto de contacto segmentario específico de una vértebra.

Si durante el curso del cuidado encontramos no-quiropráctica o resultados inusuales, le aconsejaremos de esos resultados y recomendaremos que usted busque los servicios de otro abastecedor del cuidado médico.

Al tablero de Maryland de los examinadores de la terapia del Quiropráctica y del masaje del acuerdo con leyes del estado licencian a todos los médicos del quiropráctica que proporcionan cuidado en Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic

**RIESGOS POSIBLES ASOCIADOS A PROCEDIMIENTOS DEL QUIROPRACTICA**

No sólo si usted entiende las ventajas del cuidado del quiropráctica en la restauración y mantener de buena salud, pero también usted debe estar enterado de la existencia de algunos riesgos y limitaciones inherentes. Éstos están raramente bastante al cuidado del contraindícate, pero deben ser considerados en tomar la decisión para recibir cuidado del quiropráctica. Todos los procedimientos del cuidado médico, incluyendo ésos usados en grados que varían, tienen algunos riesgos asociados a ellos. Los riesgos asociados a una cierta quiropráctica que ajusta procedimientos pueden incluir:

· Movimiento

· Herniación del disco de Vertebral

· Lesión suave del tejido fino

· Fracturas de la costilla

· Quemaduras físicas de la terapia

· Dolor

Doy por este medio consentimiento a Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic y sus empleados y/o personal del contrato para rendir el tratamiento a me y/o mi niño (o niño bajo mi tutela). Esto incluye todas las examinaciones necesarias, el tratamiento, y cualquier otro procedimiento relacionado necesario para proporcionar cuidado de la quiropráctica. Entiendo que el tratamiento será basado en el juicio profesional del médico.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_           \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA DEL PACIENTE /DEL PADRE O DEL GUARDA                                          FECHA

**RESPONSIBILIDAD FINANCIERO**

|  |
| --- |
| **RENUNCIA DE LAS VENTAJAS DE SEGURO PARA CASOS DE LOS DAÑOS CORPORALES**\_\_\_\_\_ Si hay una póliza de seguro de automóvil que tiene cobertura del “pago médico” o PIP que se pueda utilizar para mi tratamiento, convengo que todos los dineros médicos del pago de la compañía de seguros dicha de automóvil deben ser utilizados satisfacer cualquier equilibrio excepcional con Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic y el cheque debe ser escrita directamente a Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic. Este acuerdo reemplazará el resto de los acuerdos, contractuales o de otra manera, incluyendo pero no limitado a los acuerdos con los abogados u otras agencias o agentes.\_\_\_\_\_ Reconozco que estoy eligiendo no utilizar, o no tengo, seguro médico privado incluyendo Medicare y Medicaid. También entiendo que no habrá facturación retroactiva a mi seguro médico privado incluyendo Medicare y Medicaid.\_\_\_\_\_ Entiendo que firmaré un embargo preventivo (gravamen de terceros) personal o del abogado, que es un aplazamiento del pago, no un perdón de pago. \_\_\_\_\_ Reconozco, si mi cuenta no es pagada dentro de treinta (30) días de la fecha del establecimiento de la demanda de los daños corporales, mi cuenta se puede enviar a una agencia de colección. Seré responsable de todo el abogado honorarios y costes de la corte  |
| **BENEFICIOS DE SEGURO MEDICOS**Como cortesía a nuestros pacientes, tratamos a mandar la cuenta a su compañía del seguro médico para pagar los servicios de terapia. Entiende que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. También, esté enterado que algunos, y quizás todos los, servicios médicos que proporcionamos no pueden ser cubiertos o consideraba inferior razonable y necesario su plan específico del seguro médico. \_\_\_\_\_ Todos los co-pagos, deductibles, o porciones pacientes de la responsabilidad son debidos cuando se proporcionan los servicios. Cualquier cantidad no cubierta por su compañía de seguros es su responsabilidad. Esto incluye pero no es limitado a; cargas para las visitas de la oficina, los honorarios administrativos, las fuentes, y las radiografías. \_\_\_\_\_ Autorizo todos los pagos del seguro para ser hecho directamente al Mid-Atlantic Spinal & Rehab por los servicios del terapia recibidos. Estoy enterado que en el acontecimiento que mi seguro médico no paga servicios rindió; puedo ser sostenido financieramente responsible. |
| **DECLARACIÓN DEL UTILIZACION DEL SEGURO**\_\_\_\_\_ Reconozco que estoy eligiendo no utilizar, o no tengo, seguro médico privado incluyendo Medicare y Medicaid. También entiendo que no habrá facturación retroactiva a mi seguro médico privado incluyendo Medicare y Medicaid.  |

Reconozco que soy el paciente, padre o representante legal del paciente o del paciente. Entiendo el siguiente:

Las cuentas médicas incurridas en en esta oficina hay la responsabilidad única del paciente o los padres del paciente o del representante legal sin importar estado del seguro y/o resultado del pleito pendiente.

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente/padre/representante legal Fecha

**Irrevocable Assignment, Lien and Authorization, and Financial Agreement**

I authorize any insurance carrier to pay directly to my physicians such sums as may be due and owing to them. If I directly receive any proceeds of any insurance policy, including but not limited to proceeds from any medical insurance, personal injury protection, and medical payment coverage, I agree to immediately make payment to you upon receipt of those monies. **If I have not reached my annual health insurance deductable on my private health insurance plan, I agree to pay the uncovered amount when invoiced.**

I do hereby authorize Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic to furnish my attorney(s) and/or claims adjustors any and all medical information, bills, and records which they may request to all illnesses and injuries suffered by me, my wife, my husband, or children including, but not limited to, the injuries sustained on the date of accident identified below.

I further irrevocably assign to you, and authorize and direct my attorney(s), if applicable, to pay from the proceeds of any settlement, judgment or insurance policy, all reasonable fees for health care services, equipment, supplies, preparation of reports, and testimony provided by you as a result of the injury or condition sustained on the date of accident. I understand that this in no way relieves me of my personal primary responsibility to pay for such services, and that the signing of this form does not prohibit customary billing by you. I further understand that my responsibility to you for payment is not contingent on any settlement, judgment or verdict.

I further authorize my attorney(s) upon your request to notify you of any substantial change in the status of the cause of action related to the illness or injuries described above which would affect my ability to pay for the health care services rendered. I further authorize and direct my attorney(s) to notify you should their representation of my interests in connection with the illnesses and injuries by terminated for any reason.

I further understand that if, for any reason, my attorneys terminate their representation of me related to an accident for which I am receiving care at Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic (Mid-Atlantic), that all invoices for services performed are due and payable immediately, and that I will be billed for any further treatment in normal course. Mid-Atlantic retains the right to refuse to perform services due to unpaid invoices.

I further understand that because of long delays in trial dockets, many personal injury cases are not tried or settled until a date, which is beyond the three (3) years after the last service was performed. In view of this, I hereby agree that the statute of limitations with respect to any claim for fees for services mentioned above will not begin to run until there is a denial in writing by me of any balance claimed to be due and owing to you by me.

**I further agree and understand that any invoice remaining unpaid over 30 days, shall accrue interest at the rate of 18% per annum. I further agree that should Mid-Atlantic refer this matter to an attorney for collections that I shall pay a $50.00 administrative fee and be responsible for Mid-Atlantic’s reasonable attorney’s fees in amount no less than 15% of the total principal balance due and owing.**

A photocopy of this Authorization shall be as binding as the original.

Date of Accident:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Patient Name (Printed):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Guarantor’s Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patients Signature: Date Signed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Attorney Acknowledgement and Cooperation Agreement**

The undersigned attorney for the patient referred to above agrees to comply fully with the foregoing “Irrevocable Assignment, Lien and Authorization, and Financial Agreement” and agrees to advise the named Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic in writing the status of the claim of the patient within five (5) days of the request and agrees to notify the assignee within ten (10) days if the attorney ceases to represent this patient and/or if the claim is dropped or denied. If this case continues beyond fifteen (15) months from the initial date of service Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic may release the bill for services directly to the patient/guarantor for payment within thirty (30) days.

Attorney Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Attorneys’ Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fax#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Attorneys’ Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date Signed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



2001 Eastern Avenue, Baltimore, MD 21231

Phone: (443) 842-5500 Fax: (443) 842-5501

**Nota de HIPAA de Practicas de Intimidad**

ESTA NOTA DESCRIBE INFORMACION CUAN MEDICA ACERCA DE USTED SE PUEDE USAR Y PUEDE SER REVERADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER EL ACCESO A ESTA INFORMACION. REVISELO POR FAVOR DETENIDAMENTE.

Esta Nota de Practicas de Intimidad describe como podemos usar y poder revelar que su ha información (PI) protegida de salud para llevarse a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones (TPO) del cuidado de la salud y para otros propósitos que se permiten o son requerido por la ley. Describe también sus derechos de conseguir acceso a y para controlar su información protegida de la salud. “Información protegida de salud” es información acerca de usted, inclusive información demográfica, eso lo puede identificar y eso relaciona a su pasado, presenta o la salud o la condición futura física o mental y los servicios relacionados del cuidado de la salud.

1. **Los usos y las Revelaciones de Información Protegida de Salud:** Su información protegida de salud se puede usar y puede ser revelada por su medico, nuestro personal de la oficina y el exterior de otros de nuestra oficina que se implican en su cuidado y el tratamiento para el propósito de proporcionar la salud los servicios del cuidado a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, para sostener la operación del medico la practica y cualquier otro uso requerido por la ley.

2. **El Tratamiento:** Usaremos y revelaremos que su información protegida de salud para proporcionar, coordinar, o para manejar su cuidado de la salud y algún servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o la administración de su cuidado de la salud con unos partidos terceros. Por ejemplo, nosotros revelaríamos que su información protegida de salud, como sea necesario a una agencia buscadora de la salud que proporciona el cuidado a usted. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionado a un medico a quien usted ha sido referido para asegurar que el medico tenga la información necesaria diagnosticar o tratarlo.

3. **El pago: Su** información protegida de salud se usara, cuando necesitado, para obtener el pago para sus servicios del cuidado de la salud. Por ejemplo, la aprobación que obtiene para un hospital permanece puede requerir que su información protegida pertinente de la salud sea revelada al plan de la salud para obtener aprobación para la admisión del hospital.

4. **Las Operaciones de la asistencia sanitaria:** Podemos usar o podemos revelar, como necesitado su información protegida de salud para sostener las actividades económicas de su medico. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas a: las actividades de la evaluación de la calidad, las actividades de la revisión de empleado, instrucción de estudiantes médicos, de licencia, y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Por ejemplo, nosotros podemos revelar su información de salud a estudiantes médicos de escuela que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar un signo en la hora en el escritorio de matricula donde usted se pedirá para se firmar su nombre e indicar a su medico. Nosotros también lo podemos llamar por nombre en la habitación que espera cuando su medico esta lista para verlo. Podemos usar o podemos revelar que su información protegida de salud, como sea necesario, para avisarlo recordarlo de su cita.

Podemos usar o podemos revelar su información protegida de salud en las situaciones siguientes sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como requerido por ley, salud pública como requerida por ley, estas enfermedades comunicables. Descuido publica salud: abuso o descuido: alimento y requisitos de Administración de Drogas; Procede Legal, aplicación Ley, Pesquisidores, Directores Funeral y Donativo Rogaron. Investigación: Actividad criminal; actividad militarizo y seguridad nacional; trabajadores compensación presos, usos funeral. Por estos y el Humano Atiende a investigar o determinar nuestra conformidad con los requisitos de la Sección 164.500

5. **Otros Usos y las Revelaciones** Permitidos y requeridos se harán solo con su consentimiento, la autorización o la oportunidad de oponerse a menos que requerido por la ley.

6. **Usted puede revocar esta autorización:** En cualquier vez, a escribir, menos hasta el punto que su medico o la practica del medico ha tomado una acción en la dependencia en el uso o la revelación indicados en la autorización.

7. **Sus Derechos:** Siguientes son unas declaraciones de sus derechos con respecto a su información protegida de la salud.

8. **Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información protegida de salud.** Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar ni puede copiar los registros siguientes; notas de psicoterapia; información compilada en la anticipación razonable de, ni del uso en, una acción ni proceder civiles criminales ni administrativos, ye en información protegida de salud que es la ley con su sujeción a que prohíbe el acceso a la información protegida de la salud.

9. **Usted tiene el derecha de solicitar que una restricción de su información protegida de salud.** Esto significa que usted nos puede preguntar no usar ni revelar en cualquier parte de su información protegida de salud para los propósitos del tratamiento, las operaciones del pago ni la asistencia sanitaria. Usted puede solicitar también que en cualquier parte de su información protegida de salud no sea revelada a miembros de familia ni amigos que pueden ser implicados en su cuidado ni para propósitos de notificación como descrito en esta Nota de Practicas de Intimidad. Su pedido debe expresar la restricción específica solicitada y a quien usted quiere que la restricción aplique.

Su medico no es requerido a concordar a una restricción que usted puede solicitar. Si medico cree esta en su mejor interés de permitir el uso y la revelación de su información protegida de la salud; no será restringida. Usted entonces tiene el derecho de usar a otro profesional de asistencia sanitaria.

10. **Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho de obtener una copia del papel de esta nota de nosotros.** Sobre el pedido, aunque usted haya concordado en aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.

11. **Usted puede tener el derecho de tener a su medico enmienda su información protegida de la salud.** Si negamos su pedido para la enmienda, usted tiene el derecho de archivar una declaración del desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y lo proporcionara con una copia de cualquiera tal refutación.

12. **Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, si cualquiera, su información protegida de salud.** Reservamos el derecho de cambiar los términos de esta nota y lo informara por correo de cualquiera cambia. Usted entonces tiene el derecho de oponerse o retirar como proporcionado en esta nota.

**13. Las Quejas**: **Usted** puede quejarse a nosotros o al Secretario de Servicios de Salud y Humano si usted cree que sus derechos de la intimidad han sido violados por nosotros. Usted puede archivar una queja con nosotros notificando nuestro contacto de la intimidad de su queja. Nosotros no vengaremos contra usted para archivar una queja.

Esta nota se publico y entra vigencia en/o antes del 01 de Septiembre 2015.

Somos requeridos por la ley mantener la intimidad de, y proporcionar los individuos con, esta nota de nuestras prácticas legales de deberes e intimidad con respecto a información protegida de salud. Si usted tiene cualquier objeccion a esta forma, pide por favor para hablar con nuestro Oficial de la Conformidad de HIPAA en la persona o por teléfono en nuestro numero principal de teléfono.

**HIPAA Privacy Officer**

**Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic**

**2001 Eastern Avenue**

**Baltimore, MD 21231**

**443-842-5500**

La firma debajo de es solo reconocimiento que usted ha recibido esta nota de nuestras practicas de la intimidad:

Imprima el Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EFFECTIVE DATE OF NOTICE:** September 01, 2015

Rev. 09/2015



2001 Eastern Avenue, Baltimore, MD 21231

Phone: (443) 842-5500 Fax: (443) 842-5501

**REQUEST FOR AND AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL RECORDS OR HEALTH INFORMATION**

**SOLICITUD Y AUTORIZACION PARA LIBERAR REGISTROS MEDICOS O INFORMACION DEL SALUD**

La ejecución de esta forma no autoriza la publicación de información que no sea específicamente se describen a continuación. La revelación de la información solicitada en este formulario es voluntaria. Sin embargo si no se suministra la información incluyendo número de seguridad social completa y precisa, Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic puede ser incapaz de cumplir con la petición.

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha del Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Los registros medicos e informacion indicados a continuacion son para ser lanzado a la siguiente entidad y sus representantes autorizados (The medical records and information indicated below are to be released to the following entity and its authorized representatives:

**Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic**

Dr. Marc Gulitz

2001 Eastern Avenue

Baltimore, MD 21231

Phone: (443) 842-5500 Fax: (443) 842-5501

**Por mi firma, solicito y autorizo (indicar el nombre y la direccion de la organizacion o individuo a quien se solicita la informacion)para liberar informacion personal de salud com o se indica** *(By my signature below, I request and authorize (indicate name and address of organization or individual from whom the information is requested***) to release personal health information as indicated):**

**NOMBRE DEL HOSPITAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DEL VISITA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Information Requested Includes:***

***\_\_\_\_\_all medical records \_\_\_\_billing statements \_\_\_\_\_\_radiology/lab reports***

***\_\_\_\_\_ intake/registration forms \_\_\_\_\_other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*Esta autorización es efectiva por* ***un 1 año*** *desde la fecha de firma a no ser revocada o terminada por el paciente o representante personal del paciente. Usted puede revocar o terminar esta autorización enviando una solicitud por escrito a Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic & Attn: registros médicos en la dirección indicada anteriormente.*

*FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR LEGAL FECHA DEL FIRMA*