**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

**(letra de molde por favor)**

**NOMBRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PRIMERO**   **APPELLIDO**  **SEGUNDO**

**ESTATURA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PESO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**GÉNERO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEXO AL NACER \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DIRECCION \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ APT #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CIUDAD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ESTADO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TELEFONO (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CELULAR (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿LE GUSTARÍA RECIBIR RECORDATORIOS DE CITA POR CORREO ELECTRÓNICO O TEXTO?**

**SI NO**

**ESTADO CIVIL** (CIRCULE UNO) SOLTERO(A) / CASADO(A) / DIVORACIDO(A) / VIUDO(A)

**EMPLEO** (CIRCULE UNO) NINGUNO / JORNADA COMPLETA / MEDIA JORNADA / ESTUDIANTE /

JUBILADO / DISCAPACITADO

**EMPLEADOR** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **OCUPACION** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DIRECCION DEL EMPLEO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELEFONO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACION DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

*(ESTA INFORMACION ES UN REQUISITO PARA PACIENTES MENORES O CON TUTOR LEGAL)*

**NOMBRE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***PRIMERO***  ***APELLIDO***   ***RELACION***

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **SEXO** M / F **TELEFONO** (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Cuentenos sobre su molestia/queja:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SEGURO**

**(NO LO LLENE SI TIENE SU TARJETA CON USTED. DELE LA TARJETA A LA RECEPCIONISTA)**

**COMPAÑIA DE SEGURO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **TELEFONO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DIRECCION** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***CALLE***  ***CIUDAD***  ***ESTADO***  ***CODIGO POSTAL***

**NOMBRE DEL ASEGURADO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**RELACION** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**# DE MIEMBRO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **# DE GRUPO**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **EMPLEADOR** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**# DE SEGURO** **SOCIAL**  \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_  **FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE SALUD - PARTE 1**

NOMBRE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS**

Indique medicamentos recetados o sin receta que está usando ahora:

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

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

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

Por favor ponga una paloma marcando **sí** o **no** para las siguientes condiciones de salud para identificar si tiene o no alguna:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONDICION** | **SI** | **NO** | **CONDICION** | **SI** | **NO** |
| SIDA/VIH |  |  | HEPATITIS |  |  |
| ALCOHOLISMO |  |  | HERNIA |  |  |
| ANEMIA |  |  | HERNIA DE DISCO |  |  |
| ARTRITIS |  |  | ENFERMEDAD RENAL |  |  |
| ASMA |  |  | ENFERMEDAD HEPÁTICA |  |  |
| ENFERMEDAD HEMORRAGICA |  |  | MIGRAÑAS |  |  |
| BRONQUITIS |  |  | **MONONUCLEOSIS** |  |  |
| CANCER |  |  | ESCLEROSIS MÚLTIPLE |  |  |
| CATARATAS |  |  | OSTEOPOROSIS |  |  |
| DEPENDENCIA DE DROGAS |  |  | ENFERMEDAD DE PARKINSON |  |  |
| DIABETES |  |  | NERVIO PINCHADO |  |  |
| ENFISEMA |  |  | NEUMONÍA |  |  |
| EPILEPSIA |  |  | PRÓTESIS |  |  |
| FRACTURAS |  |  | ARTRITIS REUMATOIDE |  |  |
| GLAUCOMA |  |  | DERRAME CEREBRAL |  |  |
| GOTA |  |  | PROBLEMAS DE LA TIROIDES |  |  |
| ENFERMEDAD CARDIACA |  |  | TUBERCULOSIS |  |  |

**HISTORIAL DE SALUD – PARTE 2**

1. ¿Alguna vez ha ido a un quiropráctico? SI / NO

1. ¿En los últimos 24 meses, ha ido a alguno de los siguientes?
   1. Doctor Medico SI / NO FECHA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   2. Terapista Fisico SI / NO FECHA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   3. Especialista Medico SI / NO FECHA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿Ha tenido alguna operación? SI / NO
   1. Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cirugía\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   2. Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cirugía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   3. Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cirugía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. ¿Ha tenido un hueso roto? Indique el año y hueso si es que si. SI / NO
   1. Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hueso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   2. Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hueso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   3. Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hueso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. ¿Ha tenido alguna lesion en su empleo? Indique el año y lesion si es que si. SI / NO
   1. Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lesión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   2. Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lesión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   3. Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lesión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. ¿Ha sufrido un accidente de auto previo a este? SI / NO
   1. Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Se lastimo? SI / NO Lesión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   2. Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Se lastimo? SI / NO Lesión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   3. Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Se lastimo? SI / NO Lesión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. ¿Hace ejercicio?

NUNCA / AVECES / A DIARIO

1. Describa su nivel de actividad en el trabajo:

SENTADO / DE PIE / TRABAJO LIGERO / TRABAJO DURO

1. ¿Cuantos dias de trabajo ha faltado por este accidente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dia(s)
2. ¿Fuma? SI / NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ paquetes/dia
3. ¿Toma alcohol? SI / NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bebidas/semana
4. (Mujeres) ¿Esta embarazada? SI / NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fecha de parto

**LISTA DE ACTIVIDADES DIARIAS**

Esta lista de verificación se diseña para entender la molestia, dolor y/o dificultad que experimenta cuando hace ciertas actividades. Complete la lista de verificación marcando (ü) una columna para cada actividad que más aplica a su nivel de molestia, dolor, y/o dificultad para esa actividad. No marque más que una columna para cualquier actividad. Si una actividad no aplica porque no hace esa actividad (por ejemplo, si no está empleado, o no tiene niños que cuidar, marque (ü) en la columna donde dice “No Aplica.”

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Actividad*** | ***No Aplicable*** | ***No molesta*** | ***Molestia***  ***mínima*** | ***Molestia moderada*** | ***Molestia Mayor*** | ***No puedo por incomodidad o dificultad*** |
| **Sentar** |  |  |  |  |  |  |
| **Estar**  **de pie** |  |  |  |  |  |  |
| **Agachar** |  |  |  |  |  |  |
| **Alzar/**  **levantar** |  |  |  |  |  |  |
| **Caminar** |  |  |  |  |  |  |
| **Acostar** |  |  |  |  |  |  |
| **Dormir** |  |  |  |  |  |  |
| **Manejar** |  |  |  |  |  |  |
| **Trabajar** |  |  |  |  |  |  |
| **Limpiar** |  |  |  |  |  |  |
| **Vestir** |  |  |  |  |  |  |
| **Cuidado personal** |  |  |  |  |  |  |
| **Cuidar**  **niños** |  |  |  |  |  |  |
| **Usar la computadora** |  |  |  |  |  |  |
| **Ejercicio/**  **Deportes** |  |  |  |  |  |  |
| **Mirar Televisión** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

****

NOMBRE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, usando los símbolos de abajo indique las áreas en su cuerpo donde siente los síntomas. Incluya todas las partes que están afectadas.

**Entumido (----) Hormigueo (oooo) Quemazón (xxxx)** **Adolorido (\*\*\*\*) Punzante (////)**

A group of men standing in different poses

Description automatically generated

**Marque así / en la línea el nivel de dolor que siente ahorita en las partes correspondientes entre ‘sin dolor’ y ‘peor dolor’**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dolor de cabeza** | No dolor | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Peor dolor experimentado |
| **Dolor de cuello** | No dolor | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Peor dolor experimentado |
| **Dolor de espalda media** | No dolor | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Peor dolor experimentado |
| **Dolor de espalda baja** | No dolor | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Peor dolor experimentado |
| **Otro** | No dolor | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Peor dolor experimentado |



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Queremos informarle sobre los problemas potenciales asociados con los tratamientos quiroprácticos antes de someterse al tratamiento. Los ajustes quiroprácticos implican mover articulaciones en el cuerpo usando las manos del doctor, una máquina, una tabla mecánica o un instrumento sostenido a mano. Con frecuencia, los ajustes crean un sonido de “trueno” o “tecleo” y una sensación en el área que es tratada. En esta oficina, podemos utilizar a personal entrenado para asistir al doctor con algunas porciones de su consulta, examinación, radiografía, terapia física, y otras modalidades del tratamiento. De vez en cuando, si su doctor no está disponible, otro quiropráctico puede tratarlo. 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 QUIROPRACTICOS**

La práctica de la quiropráctica incluye examinación extensiva y métodos de prueba estándar. Estos incluyen la examinación física, prueba ortopédica y neurológica, palpación, instrumentación especializada, pruebas de laboratorio, examinaciones de radiología, terapia física y rehabilitación. Hay varias técnicas de ajuste, algunas que usan equipo especialmente diseñado. Los ajustes se realizan generalmente a mano, pero se pueden realizar por instrumentos mano-dirigidos. Un ajuste quiropráctico 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 de cuidado encontramos resultados inusuales no-quiroprácticos, le informaremos de esos resultados y recomendaremos que usted busque los servicios de otro proveedor médico.

Todos los médicos quiroprácticos que brindan atención en Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic tienen licencia de la Junta de Examinadores de Quiropráctica y Terapia de Masaje de Maryland de acuerdo con la ley estatal.

**RIESGOS POSIBLES ASOCIADOS A PROCEDIMIENTOS DE QUIROPRACTICA**

Debe entender las ventajas del cuidado de la quiropráctica en la restauración y el mantenimiento de buena salud, y también debe conocer la existencia de algunos riesgos y limitaciones inherentes. Estos son raramente contraindicados, pero deben considerarse para decidirse con cuidado quiropráctico. Todos los procedimientos del cuidado médico, incluidos ésos usados en grados que varían, tienen algunos riesgos asociados a ellos. Los riesgos asociados con ciertos procedimientos de ajustes quiroprácticos pueden incluir:

· Derrame Cerebral

· Herniación de Disco Vertebral

· Lesiones de Tejido Suave

· Fracturas de la Costilla

· Quemaduras de Terapia Física

· Dolores

Doy por este medio consentimiento a Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic y sus empleados y/o personal del contrato para proveerme tratamiento a mi 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 quiropráctico. Entiendo que el tratamiento será basado en el juicio profesional del médico.

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

NOMBRE

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

FIRMA DEL PACIENTE / PADRE O GUARDIAN                                          FECHA

**RESPONSIBILIDAD FINANCIERA**

***(por favor ponga sus iniciales y firma donde se ha iluminado)***

|  |
| --- |
| **BENEFICIOS DE SEGURO MEDICO**  Como cortesía a nuestros pacientes, tratamos a mandar la cuenta a su compañía de seguro médico para que paguen 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 considerados razonables y necesarios según su plan específico de seguro médico.  \_\_\_\_\_ Todos los copagos, deducibles, o porciones de responsabilidad del paciente 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: cargos para las visitas de la oficina, tarifas administrativas, materiales, y las radiografías.  \_\_\_\_\_ Autorizo que todos los pagos del seguro sean hechos directamente a Mid-Atlantic Spinal & Rehab por los servicios de la terapia recibida. Reconozco que en el caso de que mi seguro médico no pague servicios rendidos, puedo ser financieramente responsable. |
| **DECLARACIÓN DE NO UTILIZACION DE 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, el padre o representante legal del paciente. Entiendo lo siguiente:

Las cuentas médicas incurridas en esta oficina son la responsabilidad única del paciente o los padres del paciente o del representante legal.

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

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

Firma del paciente/padre/representante legal Fecha

**Nota de HIPAA de Practicas de Privacidad**

**Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revíselo detenidamente.**

Esta Nota de Practicas de Privacidad describe cómo podemos usar y revelar que su 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 requeridos por la ley. Describe también sus derechos de controlar y conseguir acceso a su información de salud protegida. “Información protegida de salud” es información acerca de usted, inclusive información demográfica, que lo puede identificar relativo a su pasado, presente o a la salud/condición futura física o mental y los servicios relacionados del cuidado de salud.

1. **Los Usos y las Revelaciones de Información Protegida de Salud**

Su información protegida de salud puede usarse y ser revelada por su médico, nuestro personal de la oficina y el exterior de otros de nuestra oficina cuando implica su cuidado y tratamiento con el fin de proporcionarle servicios de cuidado, para pagar sus cuentas del cuidado, para sostener la operación del médico la práctica y cualquier otro uso requerido por la ley.

2. **El Tratamiento:**  Usaremos y revelaremos 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 partidos terceros. Por ejemplo, nosotros revelaríamos su información protegida de salud, como sea necesario, a una agencia de salud que le proporciona cuidado. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que tenga la información necesaria para diagnosticar y tratarlo.

3. **El pago:** Su información protegida de salud se usará para obtener el pago para sus servicios de cuidado de salud. Ejemplos de uso y revelación bajo esta sección incluyen compartir información de salud personal con un administrador externo para la adjudicación y pago de reclamos; con aseguradores para determinar la coordinación de beneficios o resolver reclamaciones de subrogación; proporcionar información de salud personal para facturación, cobro y pago a través de un abogado o compañía de seguros.

4. **Las Operaciones de Cuidado de Salud:** Podemos usar o revelar su información protegida de salud para sostener las actividades económicas de su médico. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas a: las actividades de la evaluación de calidad, las actividades de revisión de empleado, entrenamiento a estudiantes médicos, licenciatura, y de conducir o arreglar otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos revelar su información de salud a estudiantes médicos que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar un signo en la hora en el escritorio de matrícula donde se pedirá firmar su nombre e indicar a su médico. Nosotros también lo podemos llamar por nombre en la sala de espera cuando su médico está listo para verlo. Podemos usar o revelar su información protegida de salud, para recordarle su cita. Podemos usar o revelar su información protegida de salud en las situaciones siguientes sin su autorización: Descuido Público de Salud, Abuso o Descuido, Requisitos de Administración de Alimento y Drogas; Procedimientos Legales, Aplicación de Ley, Investigadores, directores Funerarios y Donación de Órganos. Investigación: Actividad Criminal, Actividad Militarizo y Seguridad Nacional, Trabajadores de Compensación, Presos, Usos Funerales.

5. **Otros Usos y las Revelaciones Permitidas:** Se harán solo con su consentimiento, autorización u oportunidad de oponerse, a menos que sean requeridos por la ley.

6. **Usted puede revocar esta autorización:** En cualquier momento, por escrito, excepto en la instancia en que su médico o el consultorio médico haya tomado una medida basándose en el uso o divulgación indicado en la autorización.

7. **Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información protegida de salud.** Puede hacer esto según la ley federal. Sin embargo, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información compilada con anticipación razonable o uso en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, y es información de salud protegida, que está sujeta a la ley que prohíbe el acceso. a información de salud protegida.

8. **Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información protegida de salud.** Esto significa que usted nos puede pedir no usar ni revelar de ningún modo su información protegida de salud para los propósitos del tratamiento, las operaciones del pago ni la asistencia sanitaria. Puede solicitar también que su información protegida de salud no se revele a familiares ni amigos que puedan involucrarse en su cuidado ni para propósitos de notificación descritos en esta Nota de Practicas de Privacidad. Su pedido debe expresar la restricción específica solicitada y a quien usted quiere que la restricción aplique.

Su médico no es requerido a respetar una restricción que usted pueda solicitar. Si su médico cree está en su mejor interés 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 médica.

9. **Usted tiene el derecho de solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho de obtener una copia de esta nota de nosotros.**

10. **Usted puede tener el derecho de solicitar que su médico modifique su información de salud protegida.** Si rechazamos su solicitud de enmienda, tiene derecho de presentarnos una declaración de desacuerdo y podemos preparar una refutación de su declaración y proporcionarle una copia de dicha refutación.

11. **Usted tiene el derecho de recibir una cuenta de ciertas revelaciones que hemos hecho, si hay alguna, de su información protegida de salud.** Reservamos el derecho de cambiar los términos de esta nota y se le informara por correo de cualquiera cambio. Usted tiene el derecho de oponerse o retirar como proporcionada esta nota.

**12. Quejas**:Usted puede quejarse con nosotros o con el Secretario de Servicios de Salud y Humano si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Usted puede someter una queja con nosotros notificando a nuestro contacto de la privacidad de su queja. No habrá represalias contra usted por someter una queja.

Esta nota se publicó y entra vigencia en/o antes del 20 de junio 2012. Somos requeridos por la ley mantener la privacidad de, y proporcionar a individuos con esta nota de nuestras prácticas legales de deberes y privacidad con respecto a información protegida de salud. Si usted tiene cualquier objeción a esta forma, pida por favor hablar con nuestro Oficial de la Conformidad de HIPAA en persona o por teléfono en nuestro número principal de teléfono.

**HIPAA Privacy Officer**

**Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic**

**6810 Park Heights Ave. Suite C4 Baltimore, MD 21215**

**(443)842-5500**

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

**REV: 04/2024**

La firma debajo es solo reconocimiento que usted ha recibido esta nota de nuestras prácticas de privacidad:

Imprima su Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Explicación de Procedimientos Terapéuticos**

Bienvenido a Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic. A continuación, encontrara una lista de procedimientos terapéuticos y sus beneficios. Procedimientos que puede recibir durante su tratamiento en esta oficina. Por favor revise esta lista antes a su tratamiento.

* Evaluación Inicial:

Durante su primera visita, recibirá una evaluación inicial para determinar el plan que mejor le conviene de acuerdo con sus necesidades individuales. Esta evaluación incluirá un historial completo, examinación física de síntomas musculoesqueléticos, rango de movimiento, evaluación ortopédica, neurológica, quiropráctica y de ser clínicamente necesario, rayos equis. Al final de la evaluación inicial, es muy probable que se determine su diagnóstico (que es lo que pasa), pronostico (que tan probable es su recuperación completa), y plan de tratamiento (lo que se hará para ayudarle a regresar a la normalidad).

* Re-Evaluación:

Se someterá a una reevaluación periódica de su condición aproximadamente cada 10-12 visitas, o cada 4 semanas, lo que ocurra primero. Veremos que tan bien está respondiendo a los tratamientos y haremos recomendaciones futuras en ese momento. Esas recomendaciones pueden incluir referencias para imágenes avanzadas o para contratamiento con otros especialistas como algún ortopédico o médicos que ayuden a manejar el dolor dependiendo de su respuesta a el tratamiento en ese punto de cuidado.

* Evaluación Final:

Todo lo bueno llega a su fin. En cuanto este determinado que ha llegado a la Máxima Mejoría Médica (MMM) para sus lesiones, una evaluación final se hará. Durante la evaluación final su proveedor determinara que quejas subjetivas le quedan. Volveremos a hacer una evaluación física, rango de movimiento, y una evaluación ortopédica. Se le dará de alta con instrucciones en cuanto a que hacer si vuelven sus síntomas o dolor.

* Paquetes de Calor Húmedos:

Se ponen uno o más paquetes de calor húmedos en varias capas de una toalla y se colocan en el área de queja. Calor húmedo promueve sanación mejorando la circulación sanguínea. Esto permite que los músculos se hagan más elásticos causando alivio de tensión muscular y espasmos.

* Paquetes Fríos:

Se ponen uno o más paquetes fríos envueltos en una toalla y se colocan en el área de queja. Paquetes fríos reducen inflamación e hinchazón que suceden en seguida de una lesión.

* Estimulación Eléctrica Muscular:

Electrodos son puestos en la piel por un profesional quien incrementa la estimulación muscular a la tolerancia del paciente. Esta terapia mejora la circulación y disminuye inflamación tratando dolor muscular y espasmos. La terapia de estimulación eléctrica muscular también ayuda a “engañar al cerebro” anulando sus señales de dolor con bajo voltaje, ayudando así a reducir el dolor.

* Mesa de Tracción Mecánica:

El paciente es puesto boca arriba en una mesa de tracción mecánica mientras el mecanismo aplica presión a diferentes regiones de la columna vertebral. Esta terapia induce moción pasiva a las coyunturas incrementando la flexibilidad de la columna y promoviendo sanación. Cada segmento de la articulación (donde se conectan dos vértebras espinales) se estira usando el peso corporal del paciente y una palanca giratoria para separar pasivamente las coyunturas de las articulaciones una por una desde el cuello hasta la parte baja de la espalda.

* Ultrasonido:

Un profesional aplica ultrasonido usando un aplicador y gel a base de agua a el área de queja. El ultrasonido genera calor usando ondas sonoras que pueden penetrar profundamente a la musculatura más que un paquete de calor húmedo. Esta forma de calor profundo incrementa flujo de sangre y promueve sanación. Este tratamiento es usado comúnmente en coyunturas hinchadas para reducirlo. El ultrasonido se usa frecuente en coyunturas huesudas como muñecas, manos, tobillos, y pies.

* Ejercicios Terapéuticos:

Un profesional instruirá a el paciente en varios ejercicios que debe hacer. El profesional incrementara duración, repeticiones, y dificultad dependiendo de la necesidad individual de cada paciente. Este tipo de ejercicio ayuda a incrementar rango de movimiento y promueve sanación muscular. También facilita el regreso a actividades del diario vivir del paciente. Ejercicios terapéuticos pueden ser realizados individualmente o en grupo.

* Terapia de Masaje:

El quiropráctico usara sus manos y/o una serie de herramientas que usan vibración para masajear los tejidos que ocupan tratamiento. Esta terapia causa relajación de los músculos, incrementa flujo sanguíneo y suaviza adhesiones musculares promoviendo sanación de los lugares lesionados. Terapia de masaje es dirigida a los tejidos suaves (músculos, tendones, ligamentos, etc.) en vez de las coyunturas espinales.

* Terapia Manual:

El quiropráctico usara sus manos y/o una serie de herramientas que aplicaran presión enfocada en estirar fibras musculares apretados y tiernos. Este procedimiento incluye terapia de tracción manual y tratamiento de liberación miofascial. La meta de este tratamiento es incrementar un rango de movimiento sin dolor y facilitar un regreso a actividades funcionales. Terapia manual es dirigida a los tejidos suaves (músculos, tendones, ligamentos, etc.) en vez de las coyunturas espinales.

* Terapia Quiropráctica de Manipulación Espinal:

El quiropráctico usara sus manos o un instrumento para impartir fuerza controlada a una coyuntura resultando en movilización o manipulación de esa coyuntura. Induciendo moción a una coyuntura incrementa rango de movimiento y mejora la circulación de tejido para promover sanación. Manipulación quiropráctica corre en intensidad de movilización espinal (moviendo pasivamente las coyunturas a su fin de rango de movimiento usando las manos del quiropráctico), a movilización con asistencia de instrumentos (usando herramientas para golpear las vértebras para inducir el movimiento de la columna), a técnicas de caída (utilizan el impulso de una mesa para caer debajo de una articulación) y manipulación espinal de alta velocidad y baja amplitud (la manipulación articular tradicional que la mayoría de la gente asocia con la manipulación quiropráctica). No todos los pacientes tienen condiciones vertebrales que indiquen manipulación espinal tradicional, por lo que los proveedores deberán utilizar técnicas alternativas y menos invasivas para la movilización/manipulación espinal indicado para un paciente en particular. En resumen, impartiremos movilización/manipulación espinal comenzando por técnicas menos invasivas y trabajando hacia más fuertes como se pueda indicar y como lo vaya tolerando el paciente.

\_\_\_\_\_\_ He recibido y leído una copia de la explicación de terapias. Yo entiendo que las terapias que reciba pueden cambiar basado en mi respuesta a el tratamiento.

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

**La ejecución de este formulario no autoriza la divulgación de información distinta a la que se describe específicamente a continuación. La divulgación de la información solicitada en este formulario es voluntaria. Sin embargo, si la información, incluido el número de seguro social, no se proporciona de forma completa y precisa, es posible que Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic no pueda cumplir con la solicitud.**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Los registros médicos e información indicados a continuación son para la siguiente entidad y sus representantes autorizados:

**Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic**

Dr. Michael Auer

2001 Eastern Avenue, 1st Floor Baltimore, MD 21231

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

**Por mi firma, solicito y autorizo (indicar el nombre y la dirección de la organización o individuo a quien se le solicita la información) para liberar información personal de salud como se indica:**

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

**FECHA DE LA VISITA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Información solicitada incluye:***

***\_\_\_\_\_todos los registros médicos \_\_\_\_facturas \_\_\_\_\_\_reportes de laboratorio/resonancias***

***\_\_\_\_\_ papeles de registro \_\_\_\_\_otros documentos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*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 DE FIRMA*