

INFORMACION DE SALUD

SOBRE EL PACIENTE

Nombre _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____
Zip _____ Tel. Casa _____
Fecha de Nacimiento _____ Tel. cel. _____
Edad _____ Genero _____ # de hijos _____
Lugar de trabajo _____
Direccion de trabajo _____
Tel. trabajo _____
Tipo de trabajo _____
Estatus social _____
de seguro social _____
Correo electronico _____
Forma de pago Efectivo Cheque Tajeta de credito

SOBRE SU PAREJA

Nombre _____
Lugar de trabajo _____
Tel. trabajo _____
Tipo de trabajo _____

EXPERIENCIA CON QUIROPRACTICA

Quien lo recomendo a esta oficina? _____
Como se entero de nosotros: periodico anuncios
Ha usted sido atendido por un quiropractico antes? Si No
Razon de esa visita? _____
Nombre del doctor: _____
Cuando fue la ultima visita: _____
Algun adulto de su familia ha visto a un quiropractico?
 Si No

RAZON DE ESTA VISITA

Explique la razon de esta visita _____
Es algo relacionado con:
 Trabajo Deporte Auto Caida
 Se lastimo en casa Otro
Por favor explique _____
Si fue relacionado co su trabajo, lo reporto ante su jefe?
 SI No
Cuando comenzo con esta condicion? _____
Su condicion ahora es:
 Peor Constante Viene y se va
Esta condicion interfiere para:
 Trabajar Dormir Rutina diaria otras actividades
Por favor explique _____
Esta condicion ha ocurrido antes? SI No
Por favor explique _____
Ha visto a otros doctores por esta condicion? SI No
Nombre del Doctor (s) _____
Tipo de tratamiento _____
Resultados _____

HABITOS DE SALUD

	No	Si
Usted fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usted bebe alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usted bebe café, sodas o tes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace ejercicio regularmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usted usa:		
<input type="checkbox"/> Tacones altos <input type="checkbox"/> Plantillas		

QUE TANTO SABE DE QUIROPRACTICA

Usted sabia que:

- Los Quiropracticos trabajan con el sistema nervioso Si No
- Que el sistema nervioso controla el funcionamiento del cuerpo? SI No
- Que la quiropractica es la cura natural en el mundo? Si No
- If Chiropractic care starts at birth, you can achieve a higher level of health

Por favor Circule los lugares donde usted tiene preguntas y donde esta experimentando problemas ahora y en el pasado. Cada una de ellas esta relacionada con su columna y su sistema nervioso.

METAS PARA MI SALUD

La gente que ve Quiropracticos puede ser por otras varias razones. Algunos personas quiere eliminar el dolor, otros corregir la causa del dolor y otros solamene corregir el mal funcionamiento en sus cuerpos. El doctor le ira dando recomendaciones de acuerdo a sus necesidades, seleccione el tipo de tratamiento deseado..

- Eliminar dolor.** Quitar los Dolores sintomaticos.
- Cuidado correctivo :** Corrige y quita las causas del problema y los sintomas
- Cuidado comprensivo –** Corrige cualquier malfuncionamiento en el cuerpo y mejorar su estado fisico.
- Deseo que el medico senale el tipo de tratamieto adecuado para mi.

Problemas de la garganta, Dolor en el cuello con radiacion a las manos, brazos o dedos, asma, alergias, alta o baja presion, problemas en el Corazon.

Dolores de cabeza, migranas, desmalos, problemas de sinusitis, alergias, fatigas, gripas, problemas de vista, dificultad para concentrarse, problemas para oir.

Dolor en espalda, difiultad para respirar, bronquitis, neumonia, problemas en el estomago, gastritis, ulceras, problemas en los rinones, diarreas.

QUE MEDICINA TOMA AHORA

- Para el colesterol Baja o alta presion
- Estimulantes Pastillas para quitar dolor
- Tranquilizantes Relajantes de musculos
- Insulina Vitaminas y suplementos: _____

Colitis, Dirarrea, gases, estomago irritado, problemas de menstruacion, dolor de caderas y espalda baja, dolor y adormecimiento de piernas, problemas reproductivos

Otros: _____

CONDICIONES DE SALUD

Por favor marque cualquier condicion que el pasiente padezca o haya padecido y por favor marque tambien los relacionaqdos con esta cita, estos pueden afectar en la diagnosis o en las posibilidades de ser aceptado..

For women:

- Esta embarazada? Si No
- Esta dando pecho? Si No
- Toma anticonceptivos? Si No
- Experimenta periodos dolorosos? Si No
- Tiene ciclos irregulares? Si No
- Tiene algun implante? Si No

- Padece de Dolores de cabeza Cirugia de Corazon o marca pasos Arthritis
- Sinusitis Ataques al corazon Desmayos
- Sonidos del Corazon Kidney problems Perdida de sueno
- Diabetes Dolor enmedio de los hombros Quimoterapia
- Problemas de tiroidess Alta / baja presion Dificultad al respirar
- Hepatitis Cirujias _____
- Dolores de cuello Adormecimiento de piernas, manos o brazos Alcohol o abuso de drogas _____
- Asma Fiebre rehumatica Tuberculosis
- Dolor de espalda baja Sida _____
- Problemas de digestion Ulceras/Colitis _____



AUTHORIZACION PARA CUIDADO

Yo autorizo que el Doctor trabaje en mi condicion hacienda ajustamientos en mi columna vertebral, como el o ella crea apropiado. Yo claramente entiendo y estoy de acuerdo que todos los servicios que se me ofrezcan me sean directamente cargados a mi cuenta, y yo sere el responsable de hacer los pagos. Yo estoy de acuerdo e recibir los billes de esta oficina. El doctor no sera responsable por ninguna condicion o diagnosis presentada anteriormente. Yo tambien entiendo que si suspendo mi tratamiento, cualquier servicio que se me haya hecho, sere reponsable de pagarlo inmediatamente. Yo autorizo el asignameito a mi aseguranza en respecto a mis befenicios y derechos (si es applicable) directamente por los servicios que me fueron proporcionados. Entiendo y estoy de acuerdo que la salud y polisas de accidents seran manejados entre la aseguranza y yo mismo. Yo entiendo que el la oficina del doctor preparara cualquier reporte o formas necesarios para ayudar en la coleccion de los pagos del doctor.

Firma

Fecha

Padre o Tutor autorizando el tratamiento

Fecha

Quien debera recibir mis billes en cargados a mi cuenta?

Paciente Esposa Padre Aseguranza de auto Medicare Aseguranza personal

Derechos de Rayos X: Esta entendio y de acuerdo a que los pagos de los rayos X is solo por los rayos X. Los rayos X son propiedade de la oficina. Estos pueden ser prestados si son necesarios en cualquier momento.

Terminos de Aceptacion

Cuando un paciente busca por cuidado quiropractico y nosotros lo aceptamos por paciente, es esencial que los dos sepan que estan trabajando en el mismo objetivo.

Quiropractica tiene solamente un gol. Es importante que cada paciente entienda que el objetivo y el metodo seran certeros. Estos previenen cualquiera confusion y malentendimiento.

Un ajuste es la especifica aplicacion de fuerza para facilitar la correction de una subluxacion en el cuerpo. Nuestro metodo quiropractico es la correction hacienda especificos ajustes en la columna.

Salud es el estado optimo fisico, mental y social, no permite la desabilidad o la muerte.

Subluxacion Vertebral: Es un desalineamiento de uno o mas de ligamentos en el cuerpo. Estos pueden causar dolor o alteracion en la funcion de los nervios, interferencia en los mensajes que van a nuestro cuerpo. Nuestro cuerpo contiene una habilidad innata de mantenerse y conservar su maxima salud.

Nosotros no ofrecemos una diagnosis o tratamiento en alguna mala condicion o enfermedad otra de una subluxacion vertebral. Pero durante el transcurso de la evaluacion quiropractica nosotros avisaremos a usted de calquier diagosis o tratamiento que nosotros encontremos y si es algo que no podamos ayudar le recomendaremos algun professional en esa area.

En cuanto a los problemas serios de salud, no ofreceremos tratarlos. NUESTRA PRACTICA TIENE UN SOLO OBJETIVO es tartar de eliminar la interferencia o la generacion de nuestra Milagrosa e innata recuperacion de nuestro cuerpo. Nuestro metodo es especificamente ajustando y corregiento las subluxaciones en la columna vertebral.

Yo, _____ entendi todo lo anterior.

Cualquier pregunta en relacion a los objetivos del doctor pertenecientes a mi cuidado en esta oficina seran contestadas a mi completa satisfaccion. Yo acepto el tratamiento Quiropractico desde este momento.

Firma del paciente _____ Fecha _____



Autorizacion del Paciente

Elena Vince, D.C. y Monica Egan, D.C.

Es el deseo de esta oficina proporcionar el cuidado quiropractico, nombrado "Ajuste abierto" el cual implica que varios pacientes sean vistos en la misma habitación al mismo tiempo. Como resultado los pacientes podran estar a la vista uno del otro y algunos detalles rutinarios progresivos del cuidado se discuten dentro de alcance de oído de otros pacientes y el personal. Este ambiente se usa para el cuidado progresivo y no es el ambiente usado para tomar las consultas, exámenes que realizan o los informes que presentan de conclusiones. Estos tipo de procedimientos se completan en una habitacion privada y confidencial.

Como parte de nuestro cumplimiento deseamos usar su nombre, la dirección y/o el teléfono para el propósito de recordarle acerca de citas, re-evaluaciones u otra cita, contactandolo para avisarle acerca de asuntos de su salud, reuniones, acerca de talleres, acerca de productos, y para agradecer sus referencias, etc.

Nosotros le solicitamos esta autorización de usted debido a varias interpretaciones bajo la ley federal con respecto a lo que se sabe como un "las revelaciones casuales" de información de salud. Es nuestra opinión que las clases de cuestiones relacionaron en un "abre puerta", "abre el ajuste" los ambientes, los recordatorios de la cita son las cuestiones casuales, en el caso usted u otra persona no concordaría con nosotros nosotros proporcionamos esta revelación y solicitar su autorización.

Es nuestro deseo que nuestro personal pueda usar su nombre para el propósito de agradecerle por sus referencias en un pizaronn dentro de la oficina.

El uso de este formato ed con el proposito de hacer su experiencia con nuestra oficina más eficiente y productiva, para así también aumentar su acceso a la asistencia médica de la calidad. Si usted escoge no ser ajustado en un ambiente de puertas abiertas, entonces nosotros haremos los arreglos adecuados. Su decisión no tendrá ningun efecto adverso en su cuidado de quiropractico ni en su relación con nuestro personal.

Su firma indica su autorización de estas actividades.

Nombre	Firma	Fecha
--------	-------	-------

Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento. Usted puede avisarnos de la revocación escribiendonos su deseo para retirarla. Permitanos un tiempo razonable para procesar el cambio en nuestros procedimientos.

Dra. Elena Vince y Dra. Monica Egan
361 Third St. Ste. D San Rafael CA 94901 415-454-3717



Privacy Policy

En el curso de su cuidado como paciente con la Dra. Elena Vince, nosotros necesitaremos usar o revelar información personal y de salud acerca de usted de las siguientes maneras:

La información personal de salud, incluyendo sus registros clínicos, podrán ser revelados a otro prestador de servicios de asistencia médica o algún hospital si fuera necesario para dar a conocer su diagnóstico, evaluación o tratamiento. Sus registros de recuperación, así como también sus registros de facturación a proveedor; como un portador de seguro, o algún seguro médico global, un PPO, o a su empleado, si ellos son o serán responsables por el pago de sus servicios.

Su nombre, dirección, número de teléfono, y sus registros de asistencia médica estarán permitidos para mantener un contacto con usted recordatorios de sus citas, la información acerca de alternativas a su reciente cuidado, u otra información de salud relacionada que pueda ser de interés para usted. Y en caso de que usted no se encuentre en casa podremos dejar un mensaje de recordatorio de su cita, en su máquina contestadora.

Si en algún futuro usted desea inspeccionar u obtener una copia de su información, tiene el derecho de solicitarla a nosotros por escrito. Usted tiene también el derecho de rehusar esta autorización a esta oficina. y en caso de que así sea de ninguna manera afectará su cuidado proporcionado.

Bajo la Ley Federal, nosotros estamos autorizados a revelar su información de su salud sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias :

Si nosotros proporcionamos asistencia médica bajo las autorización de otro proveedor de asistencia médica.

Si proporcionamos asistencia de urgencia.

Si somos requeridos por la ley para proporcionarle cuidado a usted y nosotros somos incapaces de obtener su consentimiento después de procurar hacerlo.

Si somos ordenados por los tribunales u otra agencia apropiada.

Cualquier uso o revelación de su información de salud estará protegida, de acuerdo a como se planteó arriba, solo por su autorización escrita.

Proporcionamos normalmente información acerca de su salud a usted en persona en el tiempo que usted recibe el cuidado quiropráctico por parte de nosotros. Podemos enviar información por correo de usted considerando su asistencia médica o acerca de la posición de su cuenta. Si usted desea recibir esta información en su casa o en alguna dirección diferente por favor avisenos por escrito en cuanto a sus preferencias. Usted tiene el derecho de inspeccionar y/o copiar su información de la salud por siete años de la fecha que el registro se creó o tan largo como la información permanece en nuestros archivos, además usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su información de la salud. Los pedidos para inspeccionar, para copiar información relacionada con su salud debe recibirlo por escrito.

El Estado y la Ley Federal nos requiere mantener la intimidad de su archivo como paciente y la información de su salud esta protegida. También nos requiere proporcionar con esta nota de nuestras prácticas de la privacidad con respecto a su información de la salud.

La Ley además nos requiere permanecer por los términos de esta nota mientras es vigente. Nos reservamos el derecho de alterar o enmendar los términos de esta nota de la privacidad. Si existieran cambios a nuestra nota de la privacidad, o en nuestros archivos nosotros lo notificaremos por escrito tan pronto como sea posible.

La información que usamos o estamos revelando en esta nota de la privacidad puede ser con re-discutida por la persona de quien podemos recibir las órdenes de la Privacidad Federal.

Si usted tiene una queja con respecto a nuestra nota de privacidad, nuestras prácticas de la privacidad o cualquier aspecto de relacionado con nuestras actividades de la privacidad usted debe dirigir su queja a:

Esta noticia es efectiva desde _____, y cualquier modificación o las enmiendas hechas a esto expirarán siete años después que la fecha sobre que el registro se creó. mi firma declara que he recibido una copia de esta nota.

Nombre

Si usted es un menor, o esta representado por un tutor.

Firma

Fecha

Nombre del tutor

Firma del tutor

Fecha