



¡Donde la salud y el bienestar son lo primero!

NOMBRE: _____
PRIMERO APELLIDO

DIRECCIÓN POSTAL: _____
LA CALLE

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **GÉNERO:** MASCULINO / FEMININO

TELÉFONO PRINCIPAL: _____ **TELÉFONO SEGUNDO:** _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

OCUPACIÓN: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ **TELÉFONO:** _____

HISTORIAL DE SALUD

TRAUMA Y CIRUGÍAS MAYORES

_____ **FECHA:** _____

_____ **FECHA:** _____

PRINCIPALES QUEJAS

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

¿QUÉ HIZO QUE SU DOLOR COMENZARA? _____

NOMBRE: _____

MEDICAMENTOS

1. _____
DOSIS: _____

2. _____
DOSIS: _____

¿SE LESIONÓ EN UN ACCIDENTE EN EL TRABAJO? SÍ / NO ¿SI SÍ CUANDO? _____

¿SE LESIONÓ EN UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO? SÍ / NO ¿SI SÍ CUANDO? _____

¿ESTAS EMBARAZADA? SÍ / NO / NO ESTOY SEGURO ¿SI SÍ, CUÁNTOS MESES? _____

HISTORIA FAMILIAR

MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN

ENFERMEDAD CARDÍACA CÁNCER PROBLEMAS CARDIOVASCULARES TUBERCULOSIS

OTRO: _____

DESCRIBES POR FAVOR: _____

NOMBRE: _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE Y POLÍTICA DE PRIVACIDAD

La Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) es una ley federal que establece normas acerca de quiénes pueden ver y recibir información sobre su salud. Esta ley le da derechos con respecto a la información sobre su salud y sobre cuándo puede compartirse dicha información. También exige que sus médicos, farmacéuticos y demás proveedores de atención médica, así como también su plan de salud, le expliquen sus derechos y la manera en que la información sobre su salud puede utilizarse o compartirse.

Para más información sobre HIPAA, ir a : <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/understanding-notice-20121115-spn.pdf>

1. El paciente comprende y acepta permitir que esta oficina utilice su PHI con fines de tratamiento, pago y atención médica. Operaciones y coordinación de la atención. El paciente acepta permitir que esta oficina envíe la PHI solicitada al (a los) pagador (s) nombrado por el paciente a efectos de pago. Esta oficina limitará la divulgación de toda la PHI al mínimo necesario para recibir pago.
2. El paciente tiene el derecho de examinar y obtener una copia de sus registros de salud en cualquier momento y solicitar correcciones. El paciente puede solicitar saber qué divulgaciones se han hecho y presentar por escrito cualquier restricción adicional sobre el uso de su PHI. Esta oficina no está obligada a aceptar esas restricciones.
3. El consentimiento por escrito del paciente permanecerá en vigencia mientras el paciente reciba atención en esta oficina, independientemente de la paso del tiempo, a menos que el paciente proporcione una notificación por escrito para revocar su consentimiento. La revocación del consentimiento no se aplicará a ninguna Atención o servicios previos.
4. Esta oficina está comprometida a proteger su PHI y cumplir con su obligación de HIPAA: el personal ha sido capacitado en el área de pacientes el registro de privacidad y un funcionario de privacidad han sido designados para hacer cumplir esos procedimientos.
5. Los pacientes tienen derecho a presentar una queja formal ante nuestro funcionario de privacidad sobre cualquier sospecha de violación.
6. Esta oficina tiene el derecho de rechazar el tratamiento si el paciente no acepta los términos de esta política.

Inicial _____

Consentimiento Para Tratamiento

El paciente certifica que toda la información proporcionada a esta oficina es verdadera y correcta, según su conocimiento. El paciente concede su dar su consentimiento a esta oficina y su personal para brindar el tratamiento que el médico tratante considere necesario. Si el paciente es un niño menor de edad, Menores de 18 años en la fecha de tratamiento. Por la presente estipulo que soy el tutor legal del niño y otorgo mi consentimiento para la tratamiento del niño según lo dispuesto en el presente documento. El paciente puede rechazar el tratamiento en cualquier momento.

Inicial _____

Consentimiento Para Realizar y Interpretar Radiografías

El paciente acepta la realización de radiografías según lo considere necesario el médico tratante de esta oficina. El paciente reconoce que ciertos riesgos están asociados con las radiografías. El paciente declara por la presente que no tiene limitaciones conocidas que Prohibir la toma de radiografías. El paciente acuerda además que esta oficina puede buscar la interpretación externa de las radiografías del paciente por un médico calificado Profesional no empleado por esta oficina. El paciente acepta cualquier tarifa adicional asociada con estos servicios y asigna beneficios para ser Pagado directamente a ese profesional por su tercero pagador.

Inicial _____

Asignación de Beneficios y Divulgación de Registros

Por la presente, el paciente asigna beneficios a ser pagados directamente a este proveedor por todos sus terceros pagadores. Esta asignación es irrevocable. El incumplimiento de esta obligación se considerará un incumplimiento de contrato entre el paciente y esta oficina. El paciente autoriza a esta oficina para divulgar cualquier información requerida por un tercero pagador necesaria para el reembolso de los cargos incurridos.

Inicial _____

Obligación Financiera y Política de Nombramiento

El paciente acepta la responsabilidad financiera total por los servicios prestados por esta práctica. Esta oficina se reserva el derecho de cobrar mercado justo. El valor de las citas perdidas o la cita cancelada sin notificación previa requerida por esta oficina. El pago completo es requerido para todos los servicios en el momento de la visita, a menos que se hayan acordado acuerdos alternativos por adelantado. El paciente acepta completo responsabilidad por los honorarios incurridos, incluidos, entre otros, los honorarios legales, los honorarios de la agencia de cobros y cualquier otro gasto incurridos en el cobro de cuentas vencidas. El paciente debe dirigir cualquier pregunta con respecto a esta obligación financiera y cita política de gestión clínica o física.

Inicial _____

Firma _____ **Fecha** _____