

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE Y LLENE LOS FORMULARIOS COMPLETAMENTE

Fecha _____

Nombre _____ SS# _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Correo Electrónico _____
Teléfono de casa () _____ Celular () _____ Teléfono del trabajo () _____
Prefiere que lo llamen al número de: Casa Trabajo Celular No tengo preferencia
Por favor marque uno: Sexo: Masculino Femenino Usa mano: Izquierda Derecha
Estatus Matrimonial: Soltero _____ Casado _____ Viudó _____ Divorciado _____
Lugar de Empleo/Escuela del paciente _____ Función _____ Por cuanto tiempo _____
Dirección del Empleo/Escuela _____ Teléfono del trabajo/escuela () _____
Nombre de su Cónyuge o su padre/madre _____ Empleador _____ Tel. del trabajo () _____
Hijos (nombres y edades) _____
A quien le podemos agradecer por referirlo a nosotros? _____
Persona con quien comunicarse en caso de emergencia _____ Teléfono () _____

PARTE RESPONSIBLE Si el paciente es menor de 18 años

Nombre de la persona responsable de la cuenta _____
Relación al paciente _____ Teléfono () _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Nombre del empleador _____ Teléfono del Trabajo () _____

INFORMACIÓN DE LA ASEGURANSA PRIMARIA

Nombre de la persona responsable de la aseguransa _____
Relación al paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ SS# _____
Dirección (si es diferente del paciente) _____ Teléfono () _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____
Lugar de Empleo _____ Función _____
Dirección del Empleo _____ Teléfono del Trabajo () _____
Compañía de seguro _____
Contrato # _____ Grupo # _____ Subscripción # _____
Nombres de otras personas bajo este plan _____
Cuánto es su deducible? _____ Cuánto ha utilizado? _____Cuál es el beneficio anual maximo? _____

ASEGURANSA ADICIONAL

El paciente tiene aseguransa adicional? Si No

Nombre de la persona responsable de la aseguransa _____
Relación al paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ SS# _____
Dirección (si es diferente del paciente) _____ Teléfono () _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____
Lugar de Empleo _____ Función _____
Dirección del Empleo _____ Teléfono del Trabajo () _____
Compañía de seguro _____
Contrato # _____ Grupo # _____ Subscripción # _____
Nombres de otras personas bajo este plan _____
Cuánto es su deducible? _____ Cuánto ha utilizado? _____Cuál es el beneficio anual maximo? _____

SÍNTOMAS

* **EN DÓNDE ES SU QUEJA PRINCIPAL?** _____

Como compezó ésta condición (caidas, cargar pesado etc.): _____

Por cuánto tiempo ha tenido ésta codición? _____

Ha tenido ésta condición o algo similar en el pasado? _____

Qué actividades empeora su condición (trabajar, ejercicio, etc.): _____

Qué alivia su condición(hielo, calor, masaje, etc.)? _____

Algún otro doctor a tratado ésta condición? _____

Hace cuanto tiempo qué no se ha sentido bien? _____

Qué tan seguido tiene sus síntomas:

Constantemente (76-100% de el dia) Frecuentemente (51-75% de el dia)
Occasionalmente (26-50% de el dia) Descountinualmente (0-25% de el dia)

Describa sus síntomas: Agudo Sordo Adormecido Ardiente Punzante Hormigueo

Dolor que se extiende Tenso Lancinante Palpitante Otro _____

Por favor califique su dolor en una escala del 1 al 10 (0= no dolor y 10= dolor insoportable)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qué incluyen sus hábitos diarios de trabajo (estar sentado, parado, trabajo liviano, trabajo pesado, trabajo en computadora)? _____

Califique como los síntomas han afectado su habilidad para llevar a cabo las actividades diarias como trabajar o manejar (0= no le afecta y 10= no le es posible hacer actividades)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(**Mujeres**) Esta embarazada? No Si Cuando se alivia? _____ Le da pecho al bebe? No Si

* **TIÉNE DOLOR EN OTRO LUGAR:** _____

Alguna véz ha estado en ún accidente automovilistico? No Si Cuando? _____

Se lastimo? No Si (describa): _____

Ha tenido alguna otra lesion o accidente? No Si (cuando?): _____

Describe: _____

* **ANOTE OPERACIONES CON LAS FECHAS:** _____

Su familia tiene un historial de: Enfermedad cardiaca Cáncer Apoplejía Describe: _____

Fecha de el ultimo examen físico: _____

Hace ejercicio? No Si (que tipo y que tan seguido): _____

Cuales vitaminas/suplementos toma ahora: _____

Usted toma: Pastillas para los nervios Relajantes para los musculos Pastillas para el dolor
Insulina Tranquilisantes Pastillas para control de embarazo Otros: _____

Alergias: _____

Cual posicion usa para dormir: Boca arriba De lado Boca abajo Usted usa: Plantillas Apoyo de arco

Usted fuma? No Si Cuánto fuma al día? _____

Cuánto licor consume semanalmente? _____

Cuánto café o cuántas bebidas con cafeína consume diariamente? _____

* **HISTORIAL QUIROPRACTICO**

Alguna vez a visitado a un quiropráctico? No Si

Cuándo? _____ Por que? _____

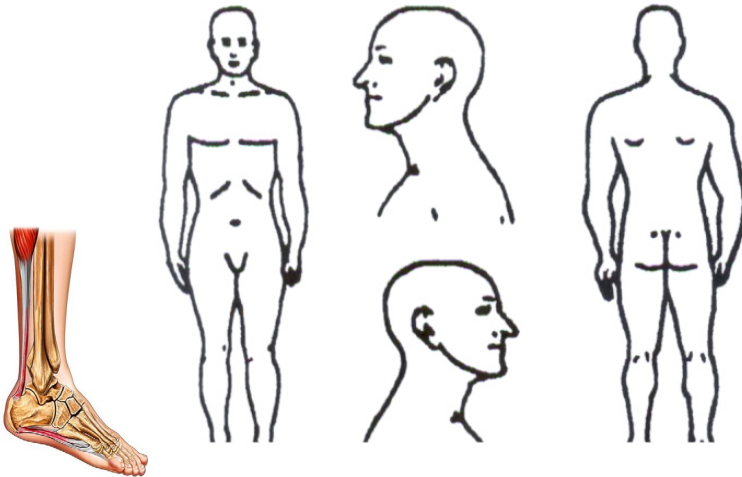
Dónde? _____ Nombre del doctor: _____

Le tomaron radiografías: No Si

Cuándo fué su último ajuste? _____ Cuanto tiempo fue atendido por el Doctor? _____

POR FAVOR INDIQUE LAS AREAS QUE TENGA DOLOR EN LA FIGURA DE ABAJO

Alguna vez en el pasado y/o en este momento esta padeciendo de lo siguiente?



Pasado Presente

1. Mareado
2. Dolor de espalda
3. Problemas cardiacos
4. Diabetes
5. Artritis
6. Dolor de cabeza
7. Asma
8. Problema nervioso
9. Problema digestivo
10. Sinusitis
11. Dolor de cuello
12. Presión sanguínea alta
13. Ciclo menstrual doloroso
14. Cáncer

La razón por su consulta en nuestra oficina:
 Mejorar su salud y/o la de su familia
 Prevenir enfermedad y/o síntomas
 Enfermedad y/o síntomas

CERTIFICACIÓN Y TRASPASO

La información proporcionada es completa y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar al medico si hay algún cambio en mi salud o en la salud de mi hijo(a) menor de edad.

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con

Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

Y traspaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serían pagaderos a mí por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro.

El doctor nombrado anteriormente puede usar la información del cuidado de la salud acerca de mí y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguro nombrada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Esta autorización terminará cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año después de la fecha indicada a continuación.

Formas de Pago

Los pacientes son responsables del pago completo al recibir servicios de esta oficina. Cheques devueltos tendra una multa de \$30.

Cuentas Enviadas

Cuentas con un balance seran enviadas cada mes y es considerada vencida después de 10 días de la fecha de envio. Balances después de 30 días seran cobrados con 1.5% de interés cada mes y balances no pagadas seran enviados a nuestro abogado para colección.

El paciente promete y está de acuerdo en pagar gastos de colección incluyendo gastos de corte y gastos legales incurridos por Chiropractic Wellness Center en el evento que sea necesario proceder con el proceso de recolectar balances vencidas.

Aceptamos dinero en efectivo, cheques, Visa o MasterCard.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Guardián _____ Fecha _____

Chiropractic Wellness Center
Dr. Maxim I. Ivanov
1609 Elkhart Rd. Goshen, IN 46526

HIPAA CONSENT FORM

Chiropractic Wellness Center of Goshen, provides this Consent to comply with the Privacy Regulations issued by the Department of Health and Human Services in accordance with the Health Insurance Portability and Accountability Act 1996 (HIPAA).

We understand that your medical information is personal to you, and we are committed to protecting the information about you. As our patient, we create medical records about your health, our care for you, and the services and/or items we provide to you as our patient. By law, we are required to make sure that your protected health information is kept private.

This is a summary of and consent for the privacy practices and patient care at Chiropractic Wellness Center of Goshen, and services as a condensed version of our Notice of Privacy Practices. You have the right to review our Notice before signing this Consent upon request. The terms of our Notice may change and you may obtain a revised copy by contacting our office.

If you ever believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the Compliance Officer of Chiropractic Wellness Center of Goshen, or with the Secretary of the Department of Health and Human Services. All complaints must be submitted in writing. You will not be penalized for filling complaints.

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

How will we use or disclose your information? Here are a few examples:

- To obtain payment and file insurance
- In emergency situations
- For appointment and patient recall reminders
- To run our Practice more efficiently and ensure all our patients receive quality care
- For organ and tissue donation
- For research and education
- Prevent serious threats to health safety
- For workers' compensation programs
- In response to certain requests arising out of lawsuits or other disputes

You have certain right regarding the information we maintain about you. These rights include:

- The right to inspect and copy
- The right to amend
- The right to an accounting of disclosures
- The right to request restrictions
- The right to a paper copy of this notice
- The right request confidential communications

By signing this form, you consent to our use and disclosure of protected health information about you for treatment, payment and health care operations. You have the right to revoke this Consent, in writing, signed by you. However, such a revocation shall not affect any disclosures we have already made in reliance on your prior Consent. Chiropractic Wellness Center of Goshen, may condition treatment upon the execution of this Consent.

Additionally, by signing this form, you acknowledge that by presenting yourself as a patient or child you consent for chiropractic care by the doctor and staff of Chiropractic Wellness Center of Goshen. You hereby grant full authority to the chiropractor and their respective assistants to administer and perform any and all treatments, test, or diagnostic procedures to or upon me, which may be advised, or necessary.

This information and Notice of Privacy Practices is made available on request.

Patient _____ Birthdate _____

Signature _____ Date _____

Patient or Representative

Relationship (if other than patient) _____