Ennis
Chiropractic Clinic
& Wellness Center

Forma de Nuevo Paciente

Información

Fecha _____

Nombre _____
Apellido

_____
Primer nombre Segundo Nombre

Dirección _____

Cuidad _____

Estado _____ Codigo _____

Correo Electronico _____

Sexo ☐ M ☐ F Edad _____

Seguro Social _____

Fecha de Nacimiento _____

☐ Casado/a ☐ Vuido/a ☐ Soltero/a ☐ Menor

☐ Separado/a ☐ Divorcido/a ☐ Junto por _____ años

Ocupación _____

Empleo/Escuela del paciente _____

Dirección de Empleo/Escuela _____

_____

Numero de Casa (_____) _____

Numero de Celular (_____) _____

Numero de Trabajo (_____) _____

Mejor hora para hablar _____

Nombre de Esposo/a _____

Fecha de Nacimiento _____

Empleo de Esposo/a _____

En caso de Emergencia, Hablar
Nombre _____ Teléfono _____

Como se enteró de nuestra oficina? _____

Informacion de accidente

Su condición es debido a un accidente? ☐ Si ☐ No

Fecha _____

Tipo de Accidente: ☐ Auto ☐ Trabajo ☐ Casa ☐ Otro

¿A quién ha informado de su accidente?
☐ Seguro de Carro ☐ Empleo ☐ Work Comp ☐ Otro

Nombre de Abogado (si es aplicable)

_____

Seguro Medico

Nombre de Seguro Medico _____

Quien es el asegurado primario? _____

Relación con el paciente? _____

Numero de poliza? _____ Group # _____

El paciente esta cubierto por un seguro adicional? ☐ Si ☐ No

Nombre del suscriptor? _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Relacion con el/la paciente _____

Compañía de seguro _____

Numero de poliza? _____ Group # _____

Responsabilidad Financiera

Entiendo que la facturación del seguro es un servicio brindado como cortesía y que en todo momento soy financialmente responsable ante Ennis Chiropractic and Wellness Center y / o sus afiliados por cualquier cargo no cubierto por los beneficios de atención médica. Es mi responsabilidad notificar a Ennis Chiropractic and Wellness Center de cualquier cambio en mi cobertura de atención médica. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros recibe el reclamo. Soy responsable de la factura completa o el saldo de la factura según lo determinado por Ennis Chiropractic and Wellness Center y / o mi aseguradora de atención médica si se niega el pago de las reclamaciones presentadas o cualquier parte de ellas. Entiendo que al firmar este formulario, acepto la responsabilidad financiera como se explicó anteriormente por todo el pago de los servicios médicos y / o suministros recibidos.

Asignación de Beneficios

Autorizo el envío directo del pago de todos los beneficios del seguro, incluido Medicare, si soy un beneficiario de Medicare, a Ennis Chiropractic and Wellness Center para todos los servicios y suministros médicos cubiertos que se me brindan durante todos los cursos de tratamiento y atención brindados por Ennis Chiropractic and Wellness Center y / o sus entidades afiliadas o de otra manera bajo su dirección. Entiendo y acepto que esta Asignación de Beneficios tendrá un efecto continuo mientras esté siendo tratado o cuidado por Ennis Chiropractic and Wellness, y constituirá una autorización continua, mantenida en el archivo de Ennis Chiropractic and Wellness Center, que autorizará y permitir el pago directo a Ennis Chiropractic and Wellness Center de todos los beneficios de seguro aplicables y elegibles para todos los tratamientos, servicios, suministros y / o atención subsiguientes y continuos que me proporcione Ennis Chiropractic and Wellness Center.

El médico mencionado anteriormente puede usar mi información de atención médica y puede divulgar dicha información a las compañías de seguros mencionadas anteriormente y sus agentes con el fin de obtener el pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento o un año después de la fecha firmada a continuación.

_____
Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

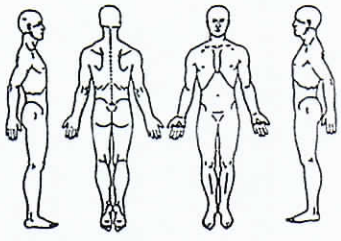
_____
Escriba el nombre del paciente, padre, tutor o representante personal

_____ _____
Fecha Relación del paciente

Ennis
Chiropractic Clinic
& Wellness Center

Formulario del Paciente

1. Indique con una X en los dibujos a continuación dónde tiene dolor / síntomas.



Enumere / describa sus síntomas en orden de gravedad.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

2. ¿Con qué frecuencia experimenta sus síntomas? *(Por favor marque)*

☐ Intermitentemente (1-25% del tiempo) ☐ Con frecuencia (51-75% del tiempo)
☐ Ocasionalmente (26-50% del tiempo) ☐ Constantemente (76-100% del tiempo)

3. ¿Cómo describiría el tipo de dolor? *(Por favor marque)*

☐ Fuerte ☐ Hormigueo ☐ Entumecido ☐ Afilada con movimiento
☐ Difuso ☐ Dolor de disparo ☐ Rigido ☐ Disparar con movimiento
☐ Dolor Sordo ☐ Adolorido ☐ Ardiente ☐ Apuñalar con movimiento
☐ Eléctrico con el movimiento ☐ Otro: _____

4. ¿Cómo cambian sus síntomas con el tiempo? *(Por favor marque)*

☐ Empeorando ☐ No Cambia ☐ Mejorando

5. Usando una escala del 0 al 10 (siendo 10 el peor), ¿cómo calificaría su problema?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ***(Por favor marque)***

6. ¿Cuánto ha interferido el problema con su trabajo? *(Por favor marque)*

☐ Para nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Bastante un poco ☐ Extremadamente

7. ¿Cuánto ha interferido el problema con sus actividades sociales? *(Por favor marque)*

☐ Para nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Bastante un poco ☐ Extremadamente

8. ¿A quién más has visto por tu problema? *(Por favor marque)*

☐ Quiropráctico ☐ Neurólogo ☐ Médico de Atención Primaria
☐ Médico de urgencias ☐ Ortopedista ☐ Otro: _____
☐ Masajista Terapeuta ☐ Fisioterapeuta ☐ Nadie

9. ¿Por cuánto tiempo has tenido este problema? _____

10. ¿Cómo crees que empezó tu problema?

_____

11. ¿Considera que este problema es grave?

_____

12. ¿Qué agrava tu problema?

_____

13. ¿Qué mejora tu problema?

_____

14. Lo que más le preocupa de su problema; ¿Qué te impide hacer?

_____

15. Cual es su: Altura _____ Peso _____

16. ¿Cómo calificaría su salud en general? *(Por favor marque)*

☐ Excelente ☐ Muy Bueno ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Pobre

17. ¿Qué tipo de ejercicio haces? *(Por favor marque)*

☐ Extenuante ☐ Moderado ☐ Ligero ☐ Ninguno

18. Indique si tiene algún familiar inmediato con alguno de los siguientes: *(Por favor marque)*

☐ Artritis reumatoide ☐ Diabetes ☐ Lupus
☐ Problemas cardíacos ☐ Cáncer ☐ ALS ☐ Otro: _____

19. ¿Qué tratamiento ha recibido ya para su afección? *(Por favor marque)* ☐ Medicación ☐ Cirugía ☐ Fisioterapia

☐ Servicios quiroprácticos ☐ Ninguno ☐ Otro : _____

Nombre y dirección de otros médicos que lo hayan tratado por su condición _____

Fecha de ultima: Examen fisico _____ Rayos X de columna _____ Examen de sangre_____
Examen espinal _____ Rayos X del pecho _____ Examen Urine _____
Rayos X dental _____ MRI, CT-Scan, Bone Scan _____

Marque con un círculo "SÍ" o "NO" para indicar si ha tenido alguno de los siguientes:

SIDA / VIH	Sí No	Diabetes	Sí No	Muere del hígado	Sí No	Artritis reumatoide	Sí No
Alcoholismo	Sí No	Enfisema	Sí No	Sarampión	Sí No	Fiebre reumática	Sí No
Vacunas contra la alergia	Sí No	Epilepsia	Sí No	Migraña	Sí No	Fiebre escarlata	Sí No
Anemia	Sí No	Fracturas	Sí No	Dolores de cabeza	Sí No	Enfermedad de	
Anorexia	Sí No	Glaucoma	Sí No	Aborto espontáneo	Sí No	Transmisión Sexual	Sí No
Apendicitis	Sí No	Bocio	Sí No	Mononucleosis	Sí No	Accidente cerebrovascular	Sí No
Artritis	Sí No	Gonorrea	Sí No	Esclerosis múltiple	Sí No	Intento de suicidio	Sí No
Asma	Sí No	Gota	Sí No	Paperas	Sí No	Problemas de tiroides	Sí No
Trastornos hemorrágicos	Sí No	Enfermedad cardíaca	Sí No	Osteoporosis	Sí No	Amigdalitis	Sí No
Bulto en el seno	Sí No	Hepatitis	Sí No	Marcapasos	Sí No	Tuberculosis	Sí No
Bronquitis	Sí No	Hernia	Sí No	Tumores de Parkinso	Sí No		
Bulimia	Sí No	Hernia de disco	Sí No	Enfermedad	Sí No	Fiebre tifoidea	Sí No
Cáncer	Sí No	Herpes	Sí No	Nervio pinzado	Sí No	Úlceras	Sí No
Cataratas	Sí No	Alta		Neumonía	Sí No	Infecciones vaginales	Sí No
Química		Presión	Sí No	Polio	Sí No	Tos ferina	Sí No
Dependencia	Sí No	Colesterol alto	Sí No	Prótesis	Sí No	Otro: _____	
Varicela	Sí No	Enfermedad renal	Sí No	Atención psiquiátrica	Sí No	_____	

20. ¿Qué hábitos tienes actualmente?

Fumar Paquetes/Día_____ Alcohol Bebidas/Semana _____
Cafe/Bebidas Cafeína Vasos/Día _____ Nivel de estres Razon _____

21. **Mujeres:** Esta Embarazada? *(Por favor marque)* ☐ Si ☐ No Fecha de Parto _____

22. Enumere todos los medicamentos / suplementos recetados que está tomando actualmente:

_____

23. Enumere todos los medicamentos de venta libre que está tomando actualmente:

_____

24. Enumere todos los procedimientos de cirugías que haya tenido:

_____

25. ¿Qué actividades haces en el trabajo? (Marque y encierre en un círculo)

Sentado:	La mayor parte del día	Parte del dia	Un poco del día
Parado:	La mayor parte del día	Parte del dia	Un poco del día
Trabajo de Computadora:	La mayor parte del día	Parte del dia	Un poco del día
En el telefono:	La mayor parte del día	Parte del dia	Un poco del día

26. ¿Qué actividades realiza fuera del trabajo?

_____

27. Alguna vez ha sido hospitalizado? (Por favor marque) Si No

28. ¿Has visto alguna vez a un quiropráctico? (Por favor marque) Si No

29. ¿Ha tenido un trauma pasado significativo? (Por favor marque) Si No

30. Cualquier otra cosa pertinente a su visita de hoy? _____

Nombre *(Escrito)* _____ Fecha de Nacimiento_____

Nombre *(Firma)* _____ Fecha _____

Aviso de prácticas de privacidad de HIPPA en Ennis Chiropractic and Wellness Center

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN QUIROPRÁCTICA Y MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISARLO DETENIDAMENTE.

En el curso de su atención como paciente en Ennis Chiropractic and Wellness Center, podemos usar o divulgar información personal y relacionada con su salud de las siguientes maneras:

• Su información médica personal, incluidos sus registros clínicos, puede divulgarse a otro proveedor de atención médica u hospital si es necesario derivarlo para un diagnóstico, evaluación o tratamiento adicionales.

• Sus registros de atención médica, así como sus registros de facturación, pueden ser divulgados a otra parte, como una compañía de seguros y HMO, PPO o su empleador, si son o pueden ser responsables del pago de sus servicios.

• Su nombre, dirección, número de teléfono y sus registros de atención médica pueden usarse para contactarlo con respecto a recordatorios de citas, información sobre alternativas a su atención actual u otra información relacionada con la salud que pueda ser de su interés.

En efecto, enviamos mensajes de texto para recordarle su cita, o podemos dejar un mensaje en su contestador automático o correo de voz debido a ciertas circunstancias. Además, tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia de la información que utilizamos para estos fines. También tiene derecho a negarse a proporcionar autorización para que esta oficina se comunique con usted con respecto a estos asuntos. Si no nos proporciona esta autorización, no afectará la atención que le brindamos ni las vías de reembolso asociadas con su atención.

Según la ley federal, también se nos permite o exige que usemos o divulguemos su información médica sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias:

• Si le estamos brindando servicios de atención médica según las órdenes de otro proveedor de atención médica.

• Si le brindamos servicios de atención médica en una emergencia.

• Si la ley nos exige que le brindemos atención y no podemos obtener su consentimiento después de intentarlo.

• Si existen barreras sustanciales para comunicarse con usted, pero a nuestro juicio profesional creemos que tiene la intención de que le brindemos atención.

• Si nos lo ordenan los tribunales u otra agencia apropiada.

Cualquier uso o divulgación de su información médica protegida, que no sea el descrito anteriormente, solo se realizará con su autorización por escrito.

Normalmente le proporcionamos información sobre su salud en persona en el momento en que recibe nuestra atención quiropráctica. También podemos enviarle información sobre su atención médica o sobre el estado de su cuenta. Si desea recibir esta información en una dirección que no sea su domicilio o, si desea recibir la información en una forma diferente, infórmenos por escrito sobre sus preferencias.

Tiene derecho a inspeccionar y / o copiar su información médica durante siete años a partir de la fecha en que se creó el registro o mientras la información permanezca en nuestros archivos. Además, tiene derecho a solicitar una enmienda a su información médica. Las solicitudes para inspeccionar, copiar o enmendar su información relacionada con la salud deben proporcionarnos por escrito.

La ley estatal y federal nos exige mantener la privacidad de su expediente de paciente y la información médica protegida que contiene. También estamos obligados a proporcionarle este aviso de nuestras prácticas de privacidad con respecto a la información médica.

Además, estamos obligados por ley a cumplir con los términos de este aviso mientras esté en vigor. Nos reservamos el derecho de alterar o enmendar los términos de este aviso de privacidad. Si se realizan cambios en nuestro aviso de privacidad, se lo notificaremos por escrito lo antes posible después de los cambios. Cualquier cambio en nuestro aviso de privacidad se aplicará a toda su información médica en nuestros archivos.

La información que usamos o divulgamos en base a este aviso de privacidad puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona a quien le proporcionamos la información y es posible que ya no esté protegida por las reglas federales de privacidad.
Si tiene una queja con respecto a nuestro aviso de privacidad, nuestras prácticas de privacidad o cualquier aspecto de nuestras actividades de privacidad, debe dirigir su queja a: Recepción.

Si desea obtener más información sobre nuestras políticas y prácticas de privacidad, no dude en comunicarse con nosotros al (972) 875-9377.

El deseo de esta oficina es brindar atención quiropráctica en un entorno de ajuste de "puertas abiertas". Un enfoque de "puertas abiertas" implica que el médico se mueva de las áreas de atención al paciente abiertas. Como resultado, los pacientes ocasionalmente están a la vista unos de otros y algunos detalles rutinarios de la atención se discuten al alcance del oído de otros pacientes y del personal. Este entorno se utiliza para la atención continua y NO es el entorno utilizado para tomar historiales de pacientes, realizar exámenes o presentar informes de hallazgos. Estos procedimientos se realizan en un entorno privado y confidencial.

Le solicitamos esta autorización debido a diversas interpretaciones bajo la ley federal con respecto a lo que se conoce como "divulgaciones incidentales" de información médica. En nuestra opinión, los tipos de asuntos relacionados en un entorno de "puertas abiertas" son asuntos incidentales, en caso de que usted u otra persona no esté de acuerdo con nosotros, le proporcionaremos esta divulgación y solicitamos su autorización.

El uso de este formato está destinado a hacer que su experiencia con nuestra oficina sea más eficiente y productiva, así como a mejorar su acceso a una atención médica de calidad. Si elige no ser ajustado en un entorno de ajuste de "puertas abiertas", se harán otros arreglos para usted. Su decisión no tendrá ningún efecto adverso en la atención que reciba de Ennis Chiropractic and Wellness Center o en su relación con nuestro personal.

Este aviso entra en vigencia a partir del 1 de enero de 2015. Este aviso, y cualquier alteración o enmienda que se realice al mismo, vencerá siete años después de la fecha en que se creó el registro. Mi firma reconoce que he recibido una copia de este aviso.

_____	_____	_____
Nombre *(Escrito)*	Firma	Fecha

Si es menor de edad o está representado por otra parte por favor firma

_____	_____	_____
Representante personal *(Escrito)*	Representante personal *(Firma)*	Fecha

_____

Descripción de la autoridad para actuar en nombre del paciente

Consentimiento informado para la atención Quiropráctico

Cuando un paciente busca atención médica quiropráctica y nosotros aceptamos a un paciente para dicha atención, es esencial que ambos trabajemos por el mismo objetivo. Es importante que cada paciente comprenda tanto el objetivo (s) como el (los) método (s) que se utilizarán para lograr la afección y la atención recomendada que se brindará para que usted tome la decisión de someterse o no a atención quiropráctica después de recibir el asesoramiento, de los beneficios, riesgos y alternativas conocidos.

La quiropráctica es una ciencia, filosofía y arte que se ocupa de la relación entre la estructura espinal y la salud del sistema nervioso. Como quiroprácticos, entendemos que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social óptimo, no simplemente la ausencia de enfermedades o dolencias.

Una alteración del sistema nervioso se denomina subluxación vertebral. Esto ocurre cuando una o más de las 24 vértebras de la columna vertebral se desalinean y / o no se mueven correctamente. Esto provoca un cambio poco saludable en la función nerviosa e interferencia en el sistema nervioso. Esto puede resultar en dolor y disfunción o puede ser completamente asintomático.

Las subluxaciones se corrigen y / o reducen mediante un ajuste quiropráctico. Un ajuste es la aplicación específica de fuerza para corregir y / o reducir la subluxación vertebral. Nuestro método quiropráctico de corrección es mediante ajustes específicos en la columna. Los ajustes se realizan a mano, donde el médico ejercerá presión sobre los segmentos específicos de la columna para ajustar las vértebras en una mejor posición.

Si al principio o durante el curso de la atención encontramos hallazgos no quiroprácticos o inusuales, le informaremos sobre esos hallazgos y le recomendaremos algunas pruebas adicionales o lo remitiremos a otro proveedor de atención médica.

Se ha demostrado que la atención quiropráctica es muy segura y eficaz. Sin embargo, no es inusual sentir dolor después de los primeros ajustes correctivos. Aunque es raro, es posible sufrir otros efectos secundarios; es decir, espasmos musculares, rigidez, fractura de costillas, dolor de cabeza, mareos y accidente cerebrovascular.

Todas las preguntas sobre el objetivo del médico para mi atención en esta oficina han sido respondidas a mi completa satisfacción. He leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y, por lo tanto, acepto la atención quiropráctica sobre esta base.

_____

Nombre *(Escrito)* Firma Fecha

Consentimiento para evaluar y ajustar a un menor

Yo, _____ que soy el padre o tutor legal de _____, he leído y entiendo completamente el Consentimiento informado anterior y por la presente otorgo permiso para que mi hijo reciba atención quiropráctica.

Liberación de embarazo:

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, no estoy embarazada y que el médico mencionado anteriormente y sus asociados tienen mi permiso para realizar una evaluación por rayos X. Se me ha informado que las radiografías pueden ser peligrosas para el feto.
Date of last menstrual cycle: _____

_____ _____

Firma Fecha

Ennis
Chiropractic Clinic
& Wellness Center

109 NW Main St., Ennis, Texas 75119
Ph. (972)875-9377 Fax: (972)875-4325

Ennis Chiropractic & Wellness Center, P.A.

Dr. William C. Davis, D.C., D.A.A.C.A, C.D.T.P

Cancelación de 24 horas y política de tarifas por "No Presentarse"

Cada vez que un paciente falta a una cita sin notificarlo debidamente, se impide que otro paciente reciba atención. Por lo tanto, Ennis Chiropractic Clinic se reserva el derecho de cobrar una tarifa de $ 25.00 por todas las citas perdidas ("NO SHOWS") y citas que, sin una razón imperiosa, no se cancelen con un aviso previo de 24 horas.

Las tarifas de "NO SHOW" se facturarán al paciente. La tarifa no está cubierta por el seguro y debe pagarse antes de su próxima cita. Múltiples "NO SHOWS" en un período de 12 meses pueden resultar en la terminación de nuestra práctica.

Gracias por su comprensión y cooperación mientras nos esforzamos por atender mejor las necesidades de todos nuestros pacientes.

Al firmar a continuación, reconoce que ha recibido este aviso y comprende esta política.

_____ _____

Nombre *(Escrito)* Fecha

_____

Firma

Ennis
Chiropractic Clinic
& Wellness Center

109 NW Main St., Ennis, Texas 75119
Ph. (972)875-9377 Fax: (972)875-4325