



**Hola**

**Bienvenido a Rock Sports & Spine Therapy... su primer paso para mejorar su salud! Estamos emocionados de conocerte en persona. Por favor imprima y llene el Formulario de Historia, el Formulario HIPPA y el Formulario de Consentimiento adjuntos y tráigalo con usted cuando venga para su primera cita. Si por alguna razón no puede imprimir esto, por favor llegue 15 minutos antes para que pueda llenarlo en nuestra oficina.**

**Además, por favor traiga algo de ropa de gimnasio (es decir, pantalones cortos / elásticos y una camiseta) cuando venga a la cita. Así será más fácil examinar su problema o lesión dependiendo del área donde está el problema y la columna vertebral. Hay vestuarios en el primer piso para cambiarse si es necesario.**

**Estamos ubicados dentro del Memorial Athletic Club (MAC), que está justo al lado de la tienda Randall's en la esquina de Dairy Ashford y Memorial Drive. Nuestra dirección de oficina es 14690 Memorial Dr. Houston, TX 77079.**

**Cuando entre en el Memorial Athletic Club (MAC), por favor hágale saber a la recepción del MAC que usted es un paciente nuevo. Luego, le dirigirán a nuestra clínica arriba en el segundo piso. Una vez que llegue a la parte superior de las escaleras mire hacia adelante y verá nuestro vestíbulo a través de las ventanas de vidrio. Cuando entre, por favor sírvase un agua, café o té si lo desea. Tendremos un par de folletos para que usted lea que hablarán sobre lo que hacemos y lo que buscaremos en su visita inicial.**

**El 95% de nuestros Pacientes Nuevos son referidos a nosotros, así que, por favor háganos saber a quién tenemos que agradecer si alguien le habló de nosotros.**

**No dude en llamarnos si tiene alguna pregunta, y estaremos encantados de ayudarle. Nuestro número de oficina es (281) 531-7465 y nuestro correo electrónico es Frontdesk@rocksportstherapy.com. Para obtener más información sobre nuestra clínica, visite nuestro sitio web en www.rocksportstherapy.com. ¡Esperamos poder ayudarle!**



## **FORMULARIO DE PACIENTES**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Apto #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Prefiere ser contactado por: Teléfono o correo electrónico

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: M F

Es usted: Menor Soltero Casado Divorciado Viudo

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Número de hijos: \_\_\_\_ Nombres de los hijos: \_\_\_\_\_

Estado del empleo: Tiempo completo Medio tiempo Estudiante Desempleado Jubilado Otro

Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Si usted es un estudiante universitario: Tiempo parcial o tiempo completo

Persona responsable de las finanzas: Usted mismo Padres Cónyuge Otro

Contacto de Emergencia: (Nombre, Número de Teléfono) \_\_\_\_\_

### **Responsable de la Cuenta**

Nombre de la Persona Responsable de esta cuenta: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

### **Fuente de referencia**

¿Te refirió un paciente nuestro? Sí No

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

¿Nos encontraste en Internet? Sí No

Si es así, ¿Dónde? \_\_\_\_\_

Fue referido por: Otro Doctor Seminario MAC Other:

Si es así ¿Por quién? \_\_\_\_\_

### **Información general de seguros**

*Le ayudaremos de cualquier manera que podamos para que usted presente su reclamo de Seguro, sin embargo, **no** aceptamos reembolsos de seguros por Sports Chiropractic Services. En el pasado, hemos visto a pacientes recuperar un promedio de 60-80% de sus compañías de seguros, si tienen un plan PPO, y después de que se cumpla el deducible. Para obtener más información sobre por qué no aceptamos el seguro, consulte nuestro sitio web.*

Nombre en el Seguro: \_\_\_\_\_

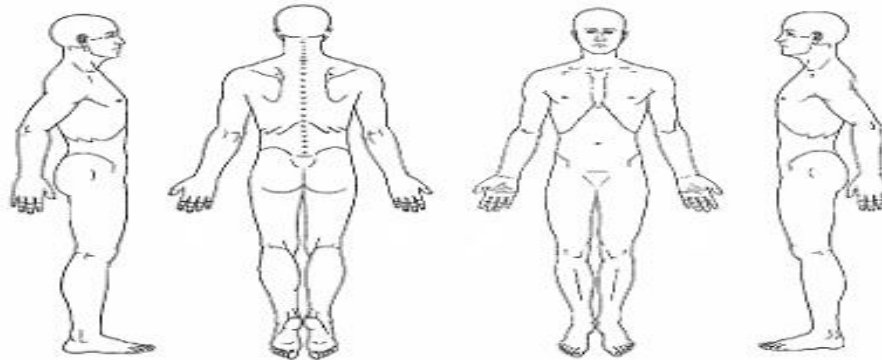
Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_

Teléfono del Seguro: \_\_\_\_\_ PPO/HMO/Otro

¿Cuanto es su deducible fuera de la red? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo ha usado? \_\_\_\_\_

Beneficios máximos anuales fuera de la red: \_\_\_\_\_

1. Motivo de la visita: \_\_\_\_\_
2. ¿Cuándo notaste por primera vez los síntomas? \_\_\_\_\_
3. El problema de hoy fue causado por:  Accidente automovilístico  Lesiones
4. Indique en los dibujos dónde tiene dolor/síntomas



5. ¿Con qué frecuencia experimentas tus síntomas?
  - Constantemente (76-100% del tiempo)
  - Con frecuencia (51-75% del tiempo)
  - Ocasionalmente (26-50% del tiempo)
  - Intermitentemente (1-25% del tiempo)
6. ¿Cómo describirías el tipo de dolor?
 

<input type="checkbox"/> Intenso <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Disperso <input type="checkbox"/> Adolorido <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Pinchazo <input type="checkbox"/> Tieso/duro	<input type="checkbox"/> Adormecido <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Intenso con movimiento <input type="checkbox"/> Pinchazo con movimiento <input type="checkbox"/> Punzante con movimiento <input type="checkbox"/> Electric como con el movimiento <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	--
7. ¿Cómo cambian los síntomas con el tiempo?
  - Peor
  - Se mantiene igual
  - Mejora
8. Usando una escala de 0-10 (10 siendo el peor) ¿cómo calificaría su problema?  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Selecione con un círculo)
7. ¿Cuánto ha interferido el problema con su trabajo?
  - Para nada
  - Un poco
  - Moderado
  - Mucho
8. ¿Cuánto ha interferido el problema con sus actividades sociales?
  - Para nada
  - Un poco
  - Moderado
  - Mucho
9. ¿A quién más has visto por tu problema?
  - Quiropráctico
  - Doctor de Emergencia
  - Masajista
  - Neurólogo
  - Ortopédico
  - Fisioterapeuta
  - Médico general
  - Otro
  - Nadie mas
10. ¿Hace cuánto tienes este problema? \_\_\_\_\_

11. ¿Cómo crees que comenzó tu problema? \_\_\_\_\_

12. ¿Considera que este problema es grave?

Si

No

A veces

13. ¿Qué agrava tu problema? \_\_\_\_\_

14. ¿Qué alivia tu problema? \_\_\_\_\_

15. ¿Qué es lo que más le preocupa de su problema? \_\_\_\_\_

16. ¿Qué le impide hacer? \_\_\_\_\_

17. ¿Cuál es su: Estatura: \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

¿Cómo calificaría su salud general?

Excelente

Muy buena

Buena

Normal

Mala

19. ¿Qué tipo de ejercicio haces?

Arduo

Moderado

Liviano

Ninguno

20. Indique si tiene algún familiar inmediato con alguno de los siguientes:

Artritis reumatoide  Diabetes  Lupus

Problemas cardíacos  Cáncer  ELA enfermedad de Lou Gehrig

Fechas de los últimos exámenes: \_\_\_\_\_

¿Embarazada? Sí No ¿Lactante? Sí No ¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí No

Enumere los tipos de cirugías que haya tenido y las fechas en las que se produjeron:

\_\_\_\_\_

Por favor, enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente:

Alergias: \_\_\_\_\_

¿Usted fuma? Sí No ¿Cuánto por día? \_\_\_\_\_

¿Cuánto licor consumes semanalmente? \_\_\_\_\_

¿Cuánto café o bebidas con cafeína consumes a diario? \_\_\_\_\_

21. Enumere todos los suplementos que está tomando actualmente:

\_\_\_\_\_

22. ¿Qué actividades haces en el trabajo?

**Sentado**  La mayor parte del día  Mitad del día  Muy poco

**Parado**  La mayor parte del día  Mitad del día  Muy poco

**En la computadora**  La mayor parte del día  Mitad del día  Muy poco

**En el teléfono**  La mayor parte del día  Mitad del día  Muy poco

23. ¿Qué actividades realiza fuera del trabajo? \_\_\_\_\_

24. ¿Alguna vez te han hospitalizado?  NO  SI

25. ¿Has visto a un quiropráctico antes? En caso afirmativo, ¿hace cuánto? ¿Cuáles fueron los resultados?

\_\_\_\_\_

26. ¿Has tenido un trauma significativo en el pasado?  NO  SI

27. ¿Algo más pertinente a su visita de hoy? \_\_\_\_\_

28. Para cada una de las condiciones enumeradas a continuación, realice un cheque en la columna "pasado" si ha tenido la condición en el pasado. Si actualmente tiene una condición que se indica a continuación, realice un cheque en la columna "presente".

<b>Pasado</b>	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	<b>Presente</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aumento/Pérdida de Peso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pérdida de apetito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor Abdominal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ulcera
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hígado/Vesícula
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Codo/ Dolor del brazo superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fatiga general
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de muñeca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Descoordinación Muscular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Disturbios visuales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mareos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de la pierna superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sed excesiva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de pierna inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Micción frecuente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de tobillo/pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fumar/uso de tabaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Drogas/ Alcohol depend
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor y rigidez articular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depresion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lupus Sistémico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dermatitis/Eczema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HIV/SIDA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinusitis crónica		Otro_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolores de pecho		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<b>Solo Para Mujeres</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Píldora de control de embarazo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cálculos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Reemplazo de hormonas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infección de la vejiga		<input type="checkbox"/> Embarazo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Orina dolorosa		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pérdida del control de la vejiga		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas de próstata		

### Historia Deportiva

¿Estuviste activo en deportes? Sí No

¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

¿Estás actualmente activo en deportes? Sí No

¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

¿Has sido herido en alguno de estos deportes? Sí No

¿Cuándo/ Cómo? \_\_\_\_\_

### Historia Quiropráctica

¿Alguna vez ha recibido algún tipo de Cuidado Quiropráctico? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién era su Quiropráctico? \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo recibió atención? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia fuiste? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuándo fue su última visita? \_\_\_\_\_

Si te de tuviste, ¿por qué te de tuviste? \_\_\_\_\_

¿Alguien de su familia inmediata recibe atención quiropráctica? Sí No

### Historial de Diagnóstico

**Si es posible, traiga sus viejas imágenes de diagnóstico e informe con usted cuando venga a su cita**

¿Alguna vez alguien ha tomado imágenes de su área lesionada? Sí No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Quién tiene las imágenes ahora? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el teléfono de esa oficina? \_\_\_\_\_

**¿Ha tenido o recibe alguno de los siguientes:**

**(Incluir..... Cuándo, con qué frecuencia, última sesión)**

Entrenamiento de ejercicio: Sí No Masaje: Sí No

Yoga: Sí No Acupuntura: Sí No

Otras modalidades: Sí No \_\_\_\_\_

### Consentimiento de autorización

Certifico que he leído y entiendo la información anterior a mi mejor conocimiento. Las preguntas anteriores han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Autorizo al Quiropráctico a divulgar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que me haya entregado a mí o a mi hijo durante o después del período de atención quiropráctica, a terceros pagadores y/o profesionales de la salud. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en el momento del tratamiento en nombre de mi nombre o de mis dependientes. Doy permiso al Dr. Bart Kennedy, D.C., C.C.S.P. y a Dr. Peyton Vickers D.C., FAKTR para administrar tratamiento quiropráctico en Rock Sports & Spine Therapy como se me explicó, incluyendo los beneficios y riesgos involucrados con la aplicación de la terapia manipuladora quiropráctica y las modalidades físicas utilizadas en esta oficina. También, acepto que el Aviso de Privacidad de la Práctica se me ha proporcionado antes de firmar este consentimiento y que lo leo y lo entiendo completamente.

Firma de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## HIPAA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Esta Práctica se compromete a mantener la privacidad de su información médica protegida ("PHI"), que incluye información sobre su condición de salud y la atención y el tratamiento que recibe de la Práctica. La creación de un registro que detalla la atención y los servicios que recibe ayuda a esta oficina a proporcionarle atención médica de calidad. Este Aviso detalla cómo su PHI puede ser utilizada y divulgada a terceros. Este Aviso también detalla sus derechos con respecto a su PHI. La privacidad de la PHI en los archivos del paciente estará protegida cuando los archivos sean tomados hacia y desde la Práctica colocando los archivos en una caja o caso breve y manteniéndose bajo la custodia de un médico o empleado de la Práctica autorizado para eliminar los archivos de la oficina de la Práctica.

### NO SE REQUIERE CONSENTIMIENTO

La Práctica puede utilizar y/o divulgar su PHI para los fines de:

- (a) Tratamiento - Con el fin de proporcionarle la atención médica que necesita, la Práctica proporcionará su PHI a esos profesionales de la salud, ya sea en el personal de la Práctica o no, directamente involucrados en su atención para que puedan entender su condición de salud y necesidades.
- (b) Pago - Con el fin de recibir el pago por los servicios que se le proporcionan, la Práctica proporcionará su PHI, directamente o a través de un servicio de facturación, a los pagadores externos apropiados, de conformidad con sus requisitos de facturación y pago.
- (c) Operaciones de atención médica - Para que la Práctica opere de acuerdo con la ley aplicable y los requisitos de seguro y con el fin de que la Práctica continúe proporcionando atención de calidad y eficiente, puede ser necesario que la Práctica compile, use y/o divulgue su PHI.

La Práctica puede utilizar y/o divulgar su PHI, sin un Consentimiento por escrito de su parte, en los siguientes casos adicionales:

- (a) Información desidentificada - La información que no lo identifica e, incluso sin su nombre, no se puede utilizar para identificarlo.
- (b) Asociado comercial - A un socio comercial si la Práctica obtiene una garantía debida por escrito, de acuerdo con la ley aplicable, de que el socio comercial salvaguardará adecuadamente su PHI. Un socio comercial es una entidad que asiste a la Práctica en el compromiso de alguna función esencial, como una empresa de facturación que ayuda a la oficina a presentar reclamaciones de pago a compañías de seguros u otros pagadores.
- (c) Representante Personal - A una persona que, bajo la ley aplicable, tiene la autoridad para representarle en la toma de decisiones relacionadas con su atención médica.
- (d) Situaciones de emergencia -
  - (i) con el fin de obtener o prestarle tratamiento de emergencia siempre que la Práctica intente obtener su Consentimiento lo antes posible; O
  - (ii) a una entidad pública o privada autorizada por la ley o por su carta para ayudar en los esfuerzos de socorro en caso de desastre, con el propósito de coordinar su atención con dichas entidades en una situación de emergencia.
- (e) Barreras de comunicación - Si, debido a barreras de comunicación sustanciales o incapacidad para comunicarse, la Práctica no ha podido obtener su Consentimiento y la Práctica determina, en el ejercicio de su juicio profesional, que su Consentimiento para recibir tratamiento se deduce claramente de las circunstancias.
- (f) Actividades de Salud Pública - Tales actividades incluyen, por ejemplo, la información recopilada por una autoridad de salud pública, según lo autorice la ley, para prevenir o controlar enfermedades y que no lo identifique y, incluso sin su nombre, no pueda utilizarse para identificarlo.
- (g) Abuso, negligencia o violencia doméstica - A una autoridad gubernamental si la práctica es requerida por la ley para hacer dicha divulgación. Si la Práctica está autorizada por ley para hacer tal divulgación, lo hará si considera que la divulgación es necesaria para prevenir daños graves.



- (h) Actividades de supervisión de la salud - Tales actividades, que deben ser requeridas por la ley, involucran a los organismos gubernamentales y pueden incluir, por ejemplo, investigaciones penales, acciones disciplinarias o actividades de supervisión general relacionadas con el sistema de atención médica de la comunidad.
- (i) Procedimiento Judicial y Administrativo - Por ejemplo, la Práctica puede ser requerida para divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o una citación emitida legalmente.
- (j) Propósitos de aplicación de la ley - En ciertos casos, su PHI puede tener que ser revelada a un funcionario de la ley. Por ejemplo, su PHI puede ser objeto de una citación del gran jurado. O bien, la Práctica puede divulgar su PHI si la Práctica cree que su muerte fue el resultado de una conducta criminal.
- (k) Forense o Examinador Médico - La Práctica puede divulgar su PHI a un médico forense o forense con el fin de identificarlo o determinar su causa de muerte.
- (l) Donación de órganos, ojos o tejidos - Si usted es un donante de órganos, la práctica puede divulgar su PHI a la entidad a la que usted ha aceptado donar sus órganos.
- (m) Investigación - Si la Práctica está involucrada en actividades de investigación, su PHI puede ser utilizada, pero dicho uso está sujeto a numerosos requisitos gubernamentales destinados a proteger la privacidad de su PHI y que no lo identifica y, incluso sin su nombre, no se puede utilizar para identificarlo.
- (n) Evitar una Amenaza para la Salud o la Seguridad - La Práctica puede revelar su PHI si considera que dicha divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o el público y la divulgación es a una persona que es razonablemente capaz de prevenir o disminuir la amenaza.
- (o) Compensación al Trabajador - Si usted está involucrado en una reclamación de Compensación al Trabajador, la Práctica puede ser requerida para divulgar su PHI a una persona o entidad que sea parte del sistema de Compensación al Trabajador.

### **Recordatorios de citas**

- Su proveedor de atención médica o un miembro del personal pueden divulgar su información médica para comunicarse con usted y proporcionar recordatorios de citas. Si no está en casa para recibir un recordatorio de cita, se dejará un mensaje en su contestador automático, correo de voz o con la persona que responde a la llamada.
- Usted tiene el derecho de rechazar nuestra autorización para ponerse en contacto con usted para proporcionar recordatorios de citas. Si nos niega la autorización, no afectará el tratamiento que le proporcionamos.

### **Registro de inicio de sesión**

Esta práctica mantiene un registro de inicio de sesión para las personas que buscan atención y tratamiento en la oficina. Esta hoja de inicio de sesión se encuentra en una posición donde el personal puede ver fácilmente quién está buscando atención en la oficina, así como la ubicación de la persona dentro de la suite de oficina de la práctica. Esta información puede ser vista por, y es accesible a, otras personas que buscan atención o servicios en las oficinas de la Práctica.

### **Familia/Amigos**

La Práctica puede revelar a su familiar, a otro pariente, a un amigo personal cercano o a cualquier otra persona identificada por usted, su PHI directamente relevante para la participación de dicha persona con su cuidado o el pago de su atención a menos que usted dirija la Práctica en sentido contrario. La Práctica también puede usar o divulgar su PHI para notificar o ayudar en la notificación (incluyendo identificar o localizar) a un miembro de la familia, un representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, condición general o muerte. Sin embargo, en ambos casos se aplicarán las siguientes condiciones:

- a) Si usted está presente en o antes del uso o divulgación de su PHI, la Práctica puede usar o divulgar su PHI si usted está de acuerdo, o si la Práctica puede inferir razonablemente de las circunstancias, sobre la base del ejercicio de su juicio profesional que usted no se opone al uso o divulgación.





- (b) Si usted no está presente, la Práctica determinará, en el ejercicio del juicio profesional, si el uso o la divulgación es en su mejor interés y, si es así, divulgará sólo la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona con su cuidado.

### **Autorización**

Los usos y/o divulgaciones, distintos de los descritos anteriormente, se realizarán únicamente con su Autorización por escrito.

### **Su derecho a revocar su autorización**

Usted puede revocar su autorización a nosotros en cualquier momento; sin embargo, su revocación debe ser por escrito.

### **Restricciones**

Puede solicitar restricciones sobre cierto uso y/o divulgación de su PHI según lo dispuesto por la ley. Sin embargo, la Práctica no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas. Para solicitar restricciones, debe enviar una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de la Práctica. En su solicitud por escrito, debe informar a la Práctica de qué información desea limitar, si desea limitar el uso o divulgación de la Práctica, o ambos, y a quién desea que se apliquen los límites. Si la Práctica acepta su solicitud, la Práctica cumplirá con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

### **Usted tiene derecho a**

Inspeccionar y obtener una copia de su PHI según lo proporcionado por 45 CFR 164.524. Para inspeccionar y copiar su PHI, se le solicita que envíe una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de la Práctica. La Práctica puede cobrarle una tarifa por el costo de copiar, enviar por correo u otros suministros asociados con su solicitud.

Recibir comunicaciones confidenciales o PHI por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de la Práctica. La Práctica acomodará todas las solicitudes razonables.

Prohibir el informe de cualquier prueba, examen o tratamiento a su plan de salud o a cualquier otra persona por la que pague en efectivo o con tarjeta de crédito.

Reciba una contabilidad de las divulgaciones de su PHI según lo proporcionado por 45 CFR 164.528. La solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (como una copia en papel o electrónica)

Reciba una copia impresa de este Aviso de Privacidad de la Práctica previa solicitud al Oficial de Privacidad de la Práctica.

Solicite copias de su PHI en formato electrónico si esta oficina mantiene sus registros en ese formato.

Modifique su PHI según lo dispuesto en 45 CFR 164.528. Para solicitar una enmienda, debe enviar una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de la Práctica. Debe proporcionar una razón que admita su solicitud. La Práctica puede denegar su solicitud si no es por escrito, si no proporciona una razón en apoyo de su solicitud, si la información a modificar no fue creada por la Práctica (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible), si la información no es parte de su PHI mantenida por la Práctica, si la información no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar, y/o si la información es exacta y completa. Si no está de acuerdo con la denegación de la Práctica, tendrá derecho a presentar una declaración escrita de desacuerdo.

Recibir notificación de cualquier violación de la confidencialidad de su PHI por parte de la Práctica

Quejarse a la Práctica o a la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 202 619-0257, correo electrónico: ocrmail@hhs.gov si cree que sus derechos de privacidad han sido violados. Para presentar una queja ante la Práctica, debe comunicarse con el Oficial de Privacidad de la Práctica. Todas las quejas deben ser por escrito.

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y que las he leído o rechazado la oportunidad de leerlas y entender el Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que este formulario se colocará en mi tabla de pacientes y se mantendrá durante seis años.

### **REQUISITOS DE LA PRÁCTICA**



1. La práctica:

- La ley federal exige que mantenga la privacidad de su PHI y que le proporcione este Aviso de Privacidad detallando los deberes legales y las prácticas de privacidad de la Práctica con respecto a su PHI.
- Está obligado a cumplir con los términos de este Aviso de Privacidad.
- Se reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso de Privacidad y de hacer efectivas las nuevas disposiciones del Aviso de Privacidad para toda su PHI que mantiene.
- Le distribuirá cualquier Aviso de Privacidad revisado antes de la implementación.
- No tomará represalias contra usted por presentar una queja.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_



**14690 Memorial Dr., Houston, TX, 77079**

**Teléfono: 281.531.7465**

**Fax 281.531.7657**

**Consentimiento Informado al Tratamiento Quiropráctico**

Al igual que con cualquier procedimiento de atención médica hay ciertas complicaciones que pueden surgir durante la manipulación quiropráctica y la terapia. Los médicos de quiropráctica están obligados a aconsejar a los pacientes que existen riesgos asociados con dicho tratamiento. En particular, debe tener en cuenta:

- 1.) Algunos pacientes pueden experimentar cierta rigidez o dolor después de los primeros días de tratamiento.
- 2.) Algunos tipos de manipulación se han asociado con lesiones en las arterias del cuello que conducen o contribuyen a complicaciones graves, incluyendo accidente cerebrovascular. Esta ocurrencia es excepcionalmente rara y remota. Sin embargo, usted está siendo informado de la posibilidad independientemente de la oportunidad remota extrema.
- 3.) Haré todo lo posible para detectar cualquier contraindicación relacionada con la terapia; sin embargo, si usted tiene una condición que de otra manera yo no puedo detectar, es su responsabilidad informarme.
- 4.) Otras complicaciones pueden incluir fracturas, lesiones de disco, dislocaciones, tensión muscular, mielopatía cervical, tensiones y separaciones costovertebral, y quemaduras.

Las probabilidades de estas complicaciones son raras y generalmente son el resultado de alguna debilidad subyacente del hueso o tejido que yo busco durante la historia, el examen y la radiografía (cuando está justificado).

Reconozco que he tenido la oportunidad de discutir los riesgos asociados, así como la naturaleza y el propósito del tratamiento con mi Quiropráctico.

Doy mi consentimiento para los tratamientos quiroprácticos ofrecidos o recomendados por mi Quiropráctico, incluida la manipulación de la columna vertebral. Pretendo que este consentimiento se aplique a todos mis cuidados quiroprácticos presentes y futuros.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (En Imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Política de la Oficina sobre Citas Canceladas/Perdidas

Queremos darle las gracias por elegirnos como su proveedor de salud quiropráctica. Con el fin de proporcionarle a usted y a nuestros otros pacientes la mejor atención, le pedimos que siga nuestras pautas con respecto a las citas perdidas y/o canceladas. Recuerde que tenemos horarios de cita reservados especialmente para usted. Por lo tanto, solicitamos al menos 24 horas de anticipación para reprogramar su cita. Esto nos permitirá ofrecer su tiempo cancelado a otros pacientes que deseen completar su tratamiento. **Habrà una tarifa de \$75 para todas las citas que no se cancelen dentro de las 24 horas. Se cobrará una tarifa de \$150 por cualquier cita perdida sin avisar.** Gracias por su consideración y por la oportunidad de ser su oficina quiropráctica de elección.

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

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