

TAKAHASHI CHIROPRACTIC

Historia del paciente

Fecha: _____

Nombre: _____ Telefono: (casa) _____

Correo Electrónico: _____ Telefono: (cell) _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Codigo Postal: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

___ Casado(a) ___ Soltero(a) Ocupacion y Empleador: _____

Domicilio de Trabajo: _____

Informacion de Aseguransa: (Dé una copia de su tarjeta y I.D al personal de la oficina)

Nombre de Aseguransa: _____ Número de póliza _____

Persona principal en la póliza: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

¿Tiene una demanda legal de un accidente de coche o un caso de herida en el trabajo? SI NO

De Que Sufre o Donde Tiene Dolor:

1. _____ Cuanto Tiempo? _____

2. _____ Cuanto Tiempo? _____

3. _____ Cuanto Tiempo? _____

Ha estado involucrado en lo siguiente:

___ Accidente de Auto *Fecha de Accidente ____/____/____

___ Accidente de Trabajo *Fecha de Accidente ____/____/____

___ Trauma de deporte *Fecha de Trauma ____/____/____

___ Condicion Cronica: Diabetes, Artritis, Problemas de Corazon, Problema de Igado

___ Otra condición Medica: _____

¿Ha tenido cuidado Quiropráctico antes? _____

¿Ha consultado con otros médicos para esta condición? _____

¿Quien? _____

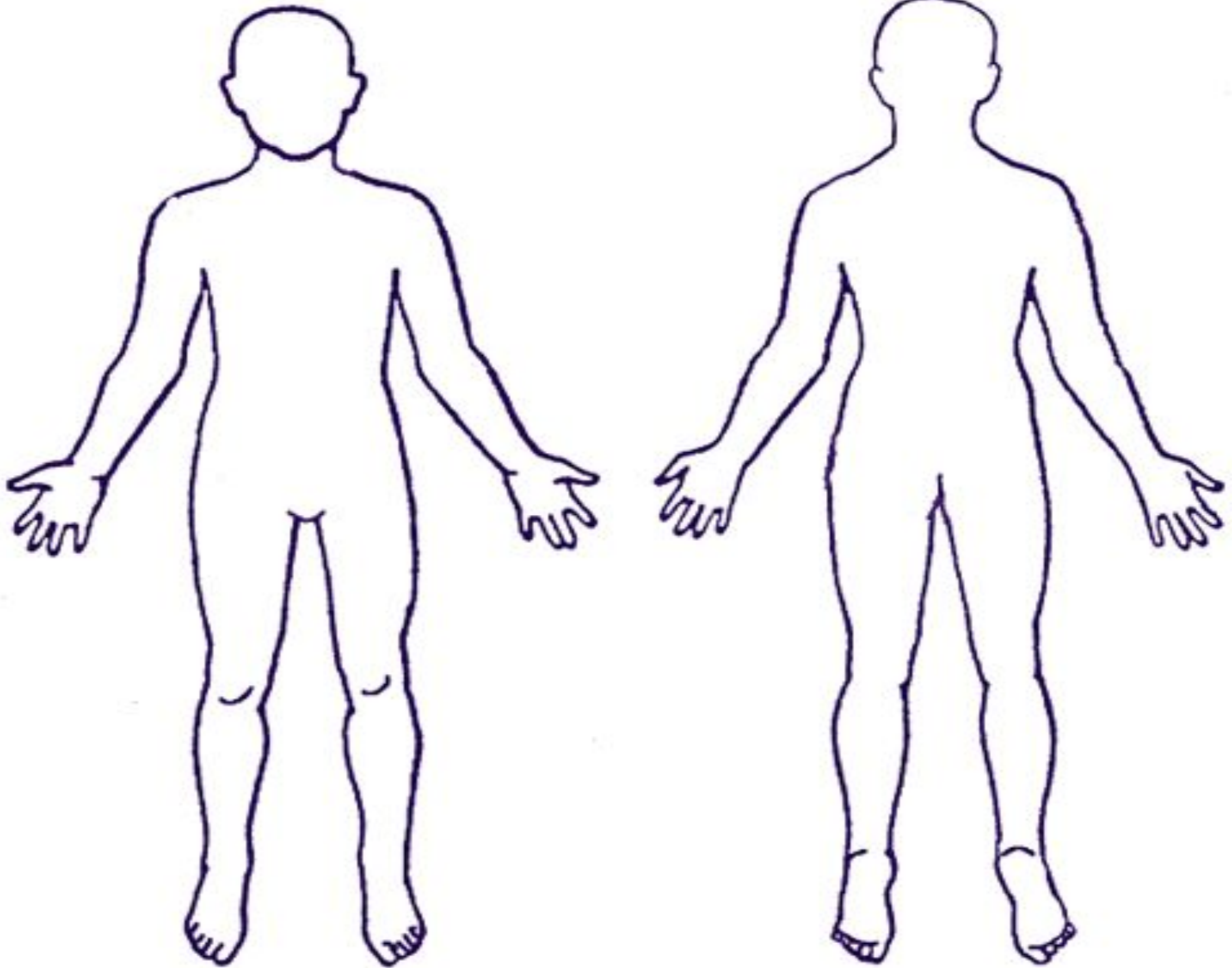
¿Como fue referido a nuestra oficina? _____

ANALÓGICO VISUAL

Marque las áreas de incomodidad o preocupación:

Frente

Detrás



Nivel de dolor

___0___1___2___3___4___5___6___7___8___9___10

(0 = Nada de dolor)

(10=dolor intenso)

Comentarios adicionales: _____

SUS DERECHOS SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

La mayoría de nosotros sentimos que nuestra información de salud es privada y que debe ser protegida. Es por eso que hay una ley federal que establece normas para los proveedores de atención médica y las compañías de seguro médico acerca de quién puede ver y recibir información sobre nuestra salud. Esta ley, llamada Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), le da derechos sobre la información sobre su salud, incluso el derecho a obtener una copia de esa información, a asegurarse de que es correcta y a saber quién la ha visto.

Este formulario de consentimiento nos da permiso para usar su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, recibir o partir de las operaciones de atención médica de nuestra oficina.

HIPPA también requiere que tengamos una notificación escrita de nuestra política de privacidad que describa cómo su información médica puede ser usada y divulgada. Si lo desea, este aviso escrito está disponible en la recepción para que usted pueda leer.

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito. Aunque todos los servicios realizados antes de la revocación están cubiertos por esta política.

FIRMA DEL PACIENTE O PADRE / TUTOR

FECHA

RESTRICCIONES: _____

Derecho a revisar las prácticas de privacidad

Como lo permite la ley, nos reservamos el derecho de modificar nuestras políticas y prácticas de privacidad. Estos cambios en las políticas y prácticas de nuestra oficina pueden ser requeridos por el cambio en la regulación de la ley federal y estatal. Al recibirlo, le proporcionaremos el aviso más

reciente en una visita a la oficina. Las políticas y prácticas revisadas se aplicarán a toda la información médica protegida que mantenemos.

FIRMA DEL DOCTOR / PERSONAL: _____ **FECHA:** _____