**Quiropráctica familiar Cross Timbers  
Formulario de admisión de quiropráctica pediátrica**

Nombre fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Altura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de los padres/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de casa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*¿Le gustaría recibir recordatorios de citas por mensaje de texto? Sí No\_\_\_

Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante autorizado/padre/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer por recomendarlo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Razón de la visita:**\_\_\_Bienestar \_\_\_Queja

Presente denuncia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó esto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Hubo un accidente o una lesión involucrada? Sí No

¿Ha recibido su hijo algún tratamiento anterior para esta dolencia? S N Describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Indique en la imagen a continuación dónde se encuentra la molestia.**



**Preguntas generales/Historia prenatal:**

¿Alguna complicación durante el embarazo? S N Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamentos tomados durante el embarazo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cigarrillos o alcohol durante el embarazo: S N

Intervención en el parto: cesárea con vacío con fórceps

¿Complicaciones durante el parto? S N Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trastornos o discapacidades genéticas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces le han recetado antibióticos a su hijo en los últimos 6 meses? \_\_\_\_\_ Número de antibióticos en su vida:\_\_\_\_\_\_ ¿Ha recibido su hijo vacunas? Sí No

| **Historial de alimentación:** | **Enfermedades de la infancia:** |
| --- | --- |
| Amamantado: Sí No Cuánto tiempo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Varicela: S N Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Alimentación con fórmula: S N Cuánto tiempo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Rubella: Y N Age:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Introducido a: Sólidos a los \_\_\_\_\_\_\_ meses | Rubeola: Y N Age:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Leche de vaca a los \_\_\_\_\_\_\_\_ Meses | Paperas: S N Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Alergias o intolerancias alimentarias: S N | Tos ferina: S N Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Lista:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Según el Consejo Nacional de Seguridad, aproximadamente el 50% de los niños se caen de cabeza desde un lugar alto durante su primer año de vida (es decir, una cama, un cambiador, escaleras, etc.).  
¿Fue este el caso de su hijo? Sí No

Explicar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Su hijo ha participado en algún tipo de deporte de alto impacto o contacto (es decir, fútbol americano, gimnasia, béisbol, porristas, artes marciales, etc.)? Sí No

¿Su hijo alguna vez ha estado involucrado en un accidente automovilístico? S N Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Otros traumas no descritos anteriormente? S N Explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cirugías previas? S N Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Revisión de sistemas:**

Por favor verifique si su hijo ha tenido alguno de los siguientes:

\_\_\_Dolor de cabeza \_\_\_Desequilibrios posturales \_\_\_Dolores de crecimiento \_\_\_Escoliosis \_\_\_Amigdalitis

\_\_\_Asma \_\_\_Tortícolis \_\_\_Infecciones de oído \_\_\_Convulsiones \_\_\_Problemas para dormir

\_\_\_Problemas digestivos \_\_\_Enuresis \_\_\_PDD/Autismo \_\_\_ADD/ADHD \_\_\_Fiebre frecuente

\_\_\_Cólico \_\_\_Dificultades de aprendizaje \_\_\_Reflujo ácido \_\_\_Displasia de cadera \_\_\_Alergias

¿Cómo calificaría la dieta de su hijo?\_Bien equilibrada \_\_Promedio \_\_Alto contenido de azúcar/alimentos procesados

Número de horas que duerme su hijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_horas por noche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas por día/siestas Calidad del sueño: \_\_\_ Buena \_\_\_\_ Regular \_\_\_\_ Mala

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Autorización para tratar a un menor**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el padre/tutor firmante que tiene la custodia/tutela legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, un menor, por la presente autorizo, solicito y ordeno al Dr. Akin que realice a su criterio cualquier examen y diagnóstico o tratamiento quiropráctico que se considere necesario.

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

**Quiropráctica familiar Cross Timbers**

**RECONOCIMIENTO Y DESIGNACIÓN DE HIPAA DEL PACIENTE**

**FORMULARIO DE DIVULGACIÓN**

**I. Reconocimiento de la práctica*Aviso de prácticas de privacidad*:**

Al suscribir mi nombre a continuación, reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de prácticas de privacidad (NPP) y que he leído (o tuve la oportunidad de leer si así lo elegí) y comprendo el Aviso de prácticas de privacidad (NPP). ) y aceptar sus términos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del paciente Fecha de nacimiento Firma del paciente/padre/tutor Fecha**

**II. Designación de ciertos familiares, amigos cercanos y otros cuidadores como mis**

**Representante:**

Acepto que la práctica pueda revelar cierta información de mi salud a un Representante personal de mi elección, ya que dicha persona está involucrada con mi atención médica o el pago relacionado con mi atención médica. En ese caso, el consultorio médico divulgará únicamente información que sea directamente relevante para la participación de la persona en mi atención médica o el pago relacionado con mi atención médica.

**Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre en letra de imprenta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre en letra de imprenta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**III. Solicitud para recibir comunicaciones confidenciales por medios alternativos:**

Según lo dispuesto en la Sección 164.522(b) de la Regla de Privacidad, por la presente solicito que la Clínica haga todo lo posible

comunicaciones conmigo por los medios alternativos que he enumerado a continuación.

**Numero de telefono de casa: Dirección de comunicación escrita:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_Está bien dejar un mensaje con información detallada \_\_\_Está bien enviar un correo a la dirección indicada arriba

\_\_\_Deje un mensaje con los números para devolver la llamada únicamente \_\_\_Envíeme un correo electrónico a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Número de teléfono del trabajo: Comunicación por fax:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_Está bien dejar un mensaje con información detallada \_\_\_Está bien enviar un fax al número que figura arriba

\_\_\_Deje un mensaje solo con los números para devolver la llamada \_\_\_ Envíeme un correo electrónico a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Otro:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente (Imprimir) Firma Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo Fecha

***Cesión limitada de derechos y consentimiento informado***

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por la presente cedo todos y cada uno de los derechos legales requeridos con respecto a la aplicación de las disposiciones de beneficios médicos de cualquier póliza de seguro bajo la cual califico para recibir beneficios, incluido el derecho a proceder en el arbitraje de AAA, necesario para cobrar el dinero adeudado y debido a *Quiropráctica familiar Cross Timbers* por los servicios médicos que me fueron brindados.

Esta es una cesión limitada de derechos únicamente con el fin de cobrar honorarios por servicios médicos destacados por parte de*Quiropráctica familiar Cross Timbers*. Específicamente no cedo y, por lo tanto, me reservo todos los demás derechos y obligaciones, incluido el deber de cooperar con la compañía de seguros, con respecto a la ejecución de todas las demás coberturas de beneficios médicos.

***Consentimiento informado***

Por la presente solicito y consiento la realización de ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluidos varios modos de fisioterapia y radiografías de diagnóstico, en mí (o en el paciente nombrado a continuación de quien soy legalmente responsable) por el médico quiropráctico nombrado a continuación y/u otros médicos quiroprácticos autorizados que ahora o en el futuro trabajen en la clínica u oficina que se enumeran a continuación o en cualquier otra oficina o clínica.

He tenido la oportunidad de hablar con el médico quiropráctico mencionado a continuación y/o con otro personal del consultorio o de la clínica sobre la naturaleza y el propósito de los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos. Entiendo que los resultados no están garantizados.

Entiendo y estoy informado que, al igual que en la práctica de la medicina, en la práctica de la quiropráctica existen algunos riesgos para el tratamiento, que incluyen, entre otros, fracturas, lesiones de disco, accidentes cerebrovasculares, dislocaciones y esguinces. No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en que el médico ejercerá su criterio durante el curso del procedimiento, lo que el médico siente en ese momento, basándose en los hechos que conoce en ese momento. él o ella, es lo mejor para mí.

He leído, o me han leído, el consentimiento anterior. También tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido y al firmar a continuación acepto los procedimientos mencionados anteriormente. Tengo la intención de que este formulario de consentimiento cubra todo el curso del tratamiento para mi condición actual y para cualquier condición futura para la cual busco tratamiento.

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

Firma del testigo/tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dra. Amy Akin / Dra. Joanna Martin / Dr. Parker Toliver

*Nuestra oficina presentará su seguro como cortesía para usted. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos responsables de las limitaciones de la póliza. Durante su primera visita, nuestra oficina hará todo lo posible para verificar los beneficios de su póliza; sin embargo esto hace****NO*** *garantizar su póliza o pagos. Usted será responsable de su deducible y coseguro.****Si se anticipa un pago de seguro por un servicio pero luego se rechaza, usted será responsable del monto total tan pronto como se notifique a nuestra oficina sobre la denegación.****Se agregará un crédito a su cuenta si se recibe un pago de seguro por un servicio que usted ya pagó en su totalidad. Debe notificar a nuestra oficina sobre cualquier cambio realizado en su póliza o cobertura de seguro. \*\*A****Tarifa por no presentarse*** *Se agregará una cantidad de $15 a su cuenta si pierde o reprograma su cita sin un aviso de 1 hora.*