

Amy Akin, DC
Joanna Martin, D.C.
Parker Toliver, DC



Teléfono: 254-968-2726
Fax: 254-968-2156
crosstimbersfc@gmail.com
1359 W. South Loop Suite D
Stephenville, TX 76401

Información del paciente

Fecha|Date: _____

Nombre|Name: _____

Dirección de Envío|Billing Address: _____

Ciudad|City: _____ **Estado**|State: _____ **Cremallera**|Zip: _____

Teléfono de casa|Home Phone: _____ **Teléfono móvil**|Cell Phone: _____

Correo electrónico|Email: _____

Fecha de nacimiento|Birth Date: _____ **Género**|Gender: M o F

Ocupación|Occupation: _____

Empleador|Employer: _____

Estado civil|Marital Status: M S W **Nombre del cónyuge**|Spouse Name: _____

Referido por|Referred By: _____

Contacto de emergencia|Emergency Contact:

Nombre|Name: _____

Teléfono|Phone: _____

***¿Le gustaría recibir recordatorios de citas por mensaje de texto? SÍ NO**

Los mensajes de texto y los recordatorios de llamadas son una cortesía. En caso de que no reciba un recordatorio, es responsabilidad del paciente recordar su cita. Cada vez que un paciente falta a una cita sin avisar adecuadamente, se impide que otro paciente reciba atención. Nuestro objetivo es brindar a nuestros pacientes una atención oportuna y de calidad. Para hacerlo, requerimos que nuestros pacientes comprendan nuestra política en lo que respecta a cancelaciones, no presentaciones y llegadas tardías. **Requerimos un aviso con una hora de anticipación. Si no se presenta a la cita o no nos notifica, se le cobrará una tarifa de \$25.00 y será su responsabilidad pagar antes de ser reprogramada.** Tres inasistencias pueden resultar en el despido.

Iniciales aquí|Initial Here: _____

Cross Timbers Family Chiropractic

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 Name Print	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) Name Print	Firma Signature	Fecha Date
---	-----------------	------------

Testigo Witness	Fecha Date
-----------------	------------

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 | Patient Signature _____ **Fecha** | Date: _____

Firma del testigo/tutor | Witness/Guardian signature _____ **Fecha** | Date: _____

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. **Se agregará una tarifa de \$25.00 a su cuenta si pierde o reprograma su cita sin un aviso de 1 hora.***

Cuestionario de salud del paciente

Nombre del paciente|Name _____ **Fecha**|Date _____

¿Cuál es tu ocupación?|Occupation _____

¿Cuándo comenzaron sus síntomas?|When did your symptoms start?: Hoy|today Ayer|yesterday

La semana pasada|1 week ago Hace 2 semanas|2 weeks ago Hace más de 1 mes|1+ month ago

¿Cómo comenzaron sus síntomas?|How did they begin?: Accidente automovilístico|car accident Caída|fall Trabajo|work

¿Con qué frecuencia experimenta sus síntomas? Indique dónde tiene dolor u otros síntomas:

Constantemente|Constantly (75-100% del día)

Frecuentemente|Frequently (51-75% del día)

Ocasionalmente|Occasionally (16-50% del día)

Intermitentemente|Intermittently (0-25% del día)

Indicate where you have pain or other symptoms

¿Qué describe la naturaleza de sus síntomas?

Afilado|Sharp

Dolor sordo|Dull Ache

Entumecido|Numb

Hormigueo|Tingling

Tiroteo|Shooting

Incendio|Burning

¿Cómo están cambiando sus síntomas?

Mejorando|Getting Better

No cambia|Not Changing

Empeorando|Getting Worse

¿Qué tan graves son sus síntomas en su:|How bad are symptoms at their:

a. el peor|worst: ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

b. mejor|best: ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

¿Qué actividades mejoran sus síntomas?|What activities improve your symptoms?

Descansar|rest Caminar|walking Estiramiento|stretching Calor|Heat Hielo|Ice Nada|nothing

¿Qué actividades empeoran sus síntomas?|What activities make your symptoms worse?

Doblar|Bending Levantamiento|Lifting Descansando|Resting

De pie/caminando|Standing/Walking Respiraciones profundas|Deep Breaths

¿A quién ha visto por sus síntomas?|Who have you seen for your symptoms?

Nadie|No One Médico|Medical Doc. Otro quiropráctico|Other Chiro. Fisioterapeuta|PT Otro|Other

¿Qué pruebas le han hecho para sus síntomas?|What tests have you had for your symptoms?

Radiografías|X-rays Tomografía computarizada|CT Scans resonancia magnética|MRI Otro|Other

¿Ha tenido síntomas similares en el pasado?|Have you had similar symptoms in the past? Sí|yes No

¿Qué espera obtener de su visita?(seleccione todas las que correspondan)|What do you hope to get from your visit?

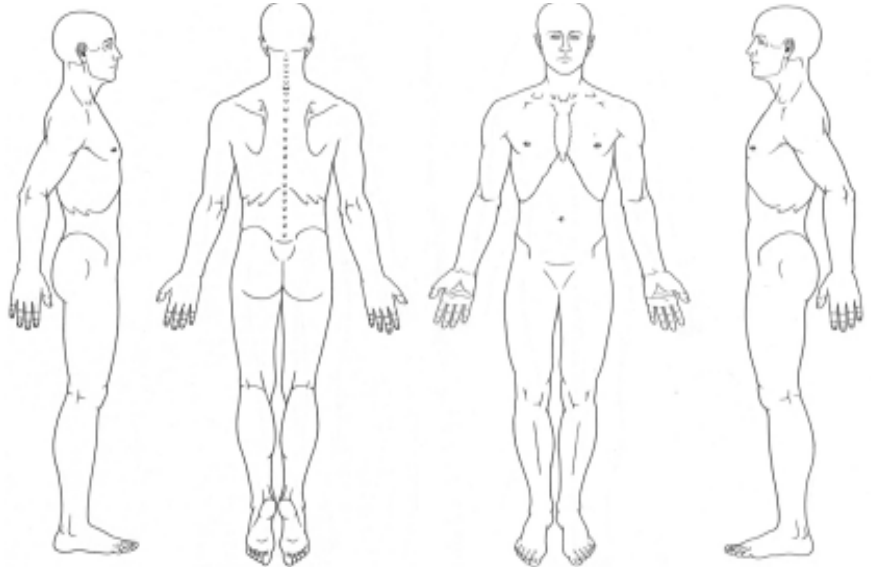
Reducir los síntomas|Reduce symptoms

Explicación de la condición/tratamiento|Explanation of condition/treatment

Cómo prevenir esto|How to prevent this

Aprenda a cuidar esto por mi cuenta.|Learn how to take of this on my own

Reanudar/aumentar actividad|Resume/Increase Activity



Firma del paciente|PatientSignature _____ **Fecha**|Date _____

Cuestionario de salud del paciente

¿Qué tipo de ejercicio habitual realizas?|What type of regular exercise do you perform?

- Ninguno|None Luz|Light Moderado|Moderate Extenuante|Strenuous

¿Cual es tu altura y peso?|What is your height and weight? Altura|Height: _____ Peso|Weight: _____

Si actualmente tiene una condición que se enumera a continuación, marque la columna PRESENTE.

If you presently have a condition listed below, place a check in the PRESENT column.

Presente	Presente	Presente
<input type="radio"/> Dolores de Cabeza Headaches	<input type="radio"/> Hipertensión High BP	<input type="radio"/> Diabetes Diabetes
<input type="radio"/> Dolor de cuello Neck Pain	<input type="radio"/> Infarto de miocardio Heart Attack	<input type="radio"/> Sed excesiva Excessive Thirst
<input type="radio"/> Dolor de espalda superior Up Back Pain	<input type="radio"/> Dolores en el pecho Chest Pains	<input type="radio"/> Micción frecuente Frequent Urination
<input type="radio"/> Dolor de espalda media Mid BP	<input type="radio"/> Ataque Stoke	<input type="radio"/> Sinusitis crónica Chronic Sinusitis
<input type="radio"/> Lumbalgia Low BP	<input type="radio"/> Angina de pecho Angina	<input type="radio"/> Productos para fumar/tabaco Smoking/Tabacco Products
<input type="radio"/> Dolor de hombro Shoulder Pain	<input type="radio"/> Cálculos renales Kidney Stones	<input type="radio"/> Dependencia de drogas/alcohol Drug/Alcohol Dependence
<input type="radio"/> Dolor en el codo/parte superior del brazo Elbow/Upper Arm Pain	<input type="radio"/> Trastornos renales Kidney Disorders	<input type="radio"/> Alergias Allergies
<input type="radio"/> Dolor de muñeca Wrist Pain	<input type="radio"/> Infecciones de vejiga Bladder Infections	<input type="radio"/> Depresión Depression
<input type="radio"/> Dolor de mano Hand Pain	<input type="radio"/> Dolor al orinar Painful Urination	<input type="radio"/> Lupus sistémico Systemic Lupus
<input type="radio"/> Dolor de cadera/parte superior de la pierna Hip/Upper Leg Pain	<input type="radio"/> Pérdida de control de la vejiga Loss Of Bladder Control	<input type="radio"/> Epilepsia Epilepsy
<input type="radio"/> Dolor de rodilla/parte inferior de la pierna Knee/Lower Leg Pain	<input type="radio"/> Problemas de próstata Prostate Problems	<input type="radio"/> Dermatitis/eccema/erupción Dermatitis/Eczema/Rash
<input type="radio"/> Dolor de tobillo/pie Ankle/Foot Pain	<input type="radio"/> Aumento de peso anormal Abnormal Weight Gain	<input type="radio"/> HIV/AIDS
<input type="radio"/> Dolor de mandíbula Jaw Pain	<input type="radio"/> Pérdida de apetito Loss of Appetite	<input type="radio"/> Pastillas anticonceptivas Birth Control Pills
<input type="radio"/> Hinchazón/rigidez de las articulaciones Joint Swelling/Stiffness	<input type="radio"/> Dolor abdominal Abdominal Pain	<input type="radio"/> Reemplazo hormonal Hormonal Replacement
<input type="radio"/> Artritis Arthritis	<input type="radio"/> Pérdida de peso anormal Abnormal Weight Loss	<input type="radio"/> El embarazo Pregnancy
<input type="radio"/> Artritis reumatoide Rheumatoid Arthritis	<input type="radio"/> Hepatitis	<input type="radio"/> Úlcera Ulcer
<input type="radio"/> Fatiga general General Fatigue	<input type="radio"/> Trastorno hepático Liver Disorder	<input type="radio"/> Incoordinación muscular Muscular Incoordination
<input type="radio"/> Cáncer	<input type="radio"/> Trastorno de la vesícula biliar Gallbladder Disorder	
<input type="radio"/> Alteraciones visuales Visual Disturbances	<input type="radio"/> Tumor	
<input type="radio"/> Mareo Dizziness	<input type="radio"/> Asma Asthma	

¿Qué procedimientos quirúrgicos ha tenido en el pasado?|What surgical procedures have you had in the past?

Firma del paciente|PatientSignature _____ **Fecha**|Date _____

Formulario de admisión de registros médicos electrónicos

En cumplimiento de los requisitos de Medicare para el programa de incentivos EHR del gobierno.

Nombre de pila: _____ **Apellido:** _____

Dirección de correo electrónico: _____

Método preferido de comunicación para recordatorios a los pacientes. (Circule uno):

Correo electrónico / Teléfono / Correo

Fecha de nacimiento: __/__/____ **Género (Circule uno):** Macho femenino **Idioma preferido:** _____

Estado de tabaquismo (marque uno): Fumador diario / Fumador ocasional / Ex fumador / Nunca fumé

CMS requiere que los proveedores informen tanto la raza como el origen étnico

Raza (encierre en un círculo): Indio americano o nativo de Alaska / Asiático / Negro o Afroamericano / Blanco (Caucásico) / Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico / Otro / Me niego a responder

Etnia (Circule uno): Hispano o latino / No hispano ni latino / Me niego a responder

¿Está usted tomando actualmente algún medicamento? (Incluya los medicamentos de venta libre que se usan regularmente)

Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia (es decir, 5 mg una vez al día, etc.)

¿Tiene alguna alergia a algún medicamento?

Nombre del medicamento	Reacción	Fecha de comienzo	Comentarios adicionales

Elijo rechazar la recepción de mi resumen clínico después de cada visita. (Estos resúmenes suelen estar en blanco como resultado de la naturaleza y frecuencia de la atención quiropráctica).

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Sólo para uso de oficina

Altura: _____ Peso: _____ Presión arterial: _____ / _____