

Información de PacienteNombre: _____
Primer Segundo Apellido

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código: _____ # Celular: _____ E-Mail: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino SS#: _____Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Menor de Edad

Empleador: _____ Teléfono: _____

¿Podemos llamar a su trabajo? ☐ Sí ☐ No ¿Podemos dejar un mensaje de voz? ☐ Sí ☐ No

Contacto de Emergencia: Nombre _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Información de Accidente¿Su visita es causa de un accidente? ☐ Sí ☐ No ¿Qué tipo de accidente? ☐ Auto ☐ Trabajo ☐ Otro: _____Fecha de Accidente: ____/____/____ ¿Reporto el accidente? ☐ Sí ☐ No ¿A quien se reportó? _____

Nombre de Abogado: _____ Teléfono: _____

Información Financiera¿Tiene seguro medico? ☐ Sí ☐ No Nombre de Seguro: _____¿Tiene seguro médico a través de su automóvil? ☐ Sí ☐ No Nombre de Seguro: _____

Nombre del titular de la póliza del seguro: _____ SS#: _____

Relación con el paciente (si no uno mismo): _____ Fecha _____ Teléfono _____

POR FAVOR PROPORCIONE A ESTA OFICINA UNA COPIA DE SU TARJETA DE IDENTIFICACION**Consentimiento de Tratamiento y Liberar Información, HIPPA**

Yo certifico que yo (o mi dependiente) tiene cobertura de seguro con _____ y yo autorizo, solicitar y asignar mi compañía de seguro o compañía tercera a pagar directamente a esta práctica los beneficios del seguro que me pagarían. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos sean pagados por el seguro o no. Cargos por pruebas de laboratorio pueden ser enviados directamente por el laboratorio. Por lo presente autorizo al doctor de liberar toda la información necesaria, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier examen o tratamiento rendido a mí, como vean necesario.

Yo autorizo el uso de esta firma en todas las reclamaciones de seguros, incluyendo las reclamaciones electrónicas. Si obtengo un abogado, yo ordeno a mi abogado a pagar directamente a esta clínica por los servicios prestados a mí por esta clínica, sus clínicas afiliadas y sus proveedores de atención médica, cualquier dinero recibido de mi seguro y/o una tercera compañía de seguros por los servicios proporcionados a mí.

Estoy en acuerdo en no revocar esta instrucción antes que el pago en su totalidad se ha hecho. También estoy de acuerdo para hacer las mismas instrucciones a cualquier asociado o sucesor abogado que me puede representar en relación con lo mismo.

Me dieron la oportunidad de recibir y revisar la política de notificación de prácticas de privacidad de paciente de la oficina.

FIRMA del paciente (X): _____ Fecha: _____

FIRMA de Padre/Tutor (X): _____ Fecha: _____

Nombre de Padre/Tutor: _____

Nombre: _____ Chart #: _____

HISTORIAL DE SALUD

¿Quién es su médico de atención primaria (médico o práctica)? _____

Para los síntomas posteriores a una conmoción cerebral, utilice: 0 = Sin experiencia en absoluto | 1 = No mas problema | 2 = Un problema leve | 3 = Un problema moderado | 4 = Un problema severo

	Dolor de Cuello		Dificultad para Respirar		Sensibilidad a la Luz	
	Dolor de Espalda Superior		Perdida de Peso Repentina		Alteracion del Sueno	
	Dolor de Espalda Media		Perdida de Gusto o Olfato		Fatiga	
	Dolor de Espalda Baja		Fiebre		Estar Irritable, Enojarse Facilmente	
	Dolor de Hombro		Dolor Nocturno		Sentirse Deprimido/a o Lloroso/a	
	Dolor de Brazo/Mano		Manos/Pies Frios		Sentirse Frustrado/a o Impaciente	
	Dolor de Pierna/Rodilla		Desmayos/Convulsiones		Olvidadizo/a	
	Dolor de Pie/Tobillo		Síntomas Posteriores a una Conmoción Cerebral		Concentracion Pobre	
	Dolor de Mandibula		Dolor de Cabeza		Tardando Mas en Pensar	
	Dolor de Pecho/Costilla		Mareo		Vision Borrosa	
	Hormigueo y Entumecimiento		Nausea/Vomitos		Vision Doble	
	Alergias		Sensibilidad al Ruido		Inquietud	
	Otros Dolores NO Mencionados Anteriormente? _____					

Verifique para indicar si está experimentando alguna de las siguientes condiciones:

¿Está actualmente bajo medicamentos o atención médica? ☐ Sí ☐ No Sí es así, Por favor explique los tipos de medicamento que está tomando actualmente: _____

Por favor indique cualquier cirugía y/o hospitalizaciones que ha tenido, tipo y fecha _____

Por favor liste cualquier alergias, condiciones médicas pasadas y actuales: _____

Por favor liste cualquier suplemento que esté tomando actualmente (hierbas/vitaminas/minerales): _____

¿Hay antecedentes familiares de cualquiera de las siguientes condiciones? (indicar el miembro de la familia incluyendo los padres, abuelos y hermanos)

☐ Cancer _____ ☐ Diabetes _____ ☐ Otro _____

☐ Artritis _____ ☐ Enfermedad del Corazon _____

¿Sus actividades de trabajo implican principalmente?:

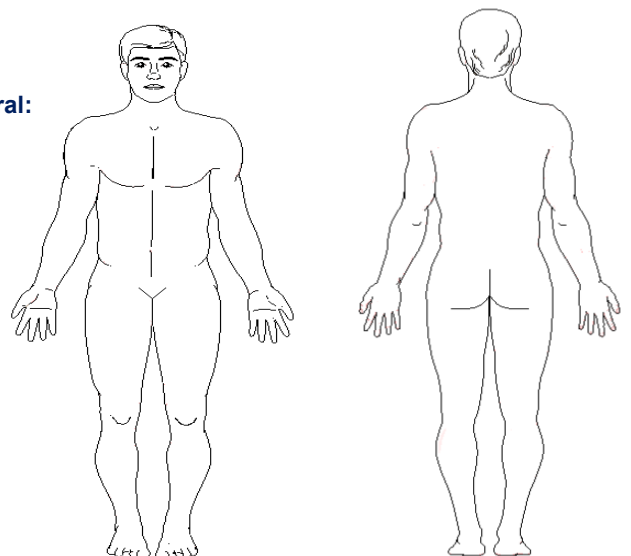
☐ Estar Sentado ☐ Estar Parado
☐ Trabajo Lijero ☐ Trabajo Pesado

Por Favor marque la Severidad y el Tipo de Dolores en la imagen Corporal:

Severidad de Dolor: (1) siendo el menos dolor; y (10) siendo el peor dolo

Tipos de Dolor:

	A = Apretado		C = Caliente/Quema
	L = Leve		H = Hormigueo
	D = Dolor		DI = Disparar
	F = Fuerte		P = Pulsando
	N = Entumecido		
	O = Otro (por favor describa)		



Nombre: _____ Chart #: _____

¿El dolor es: ☐ Constante O ☐ Intermitante (Que se va y viene)

¿Está empeorando su dolor? ☐ No ☐ Sí

¿Hay algo que lo empeora? _____

¿Hay algo que lo mejora? _____

¿Siente que el dolor dispara? ☐ No ☐ Sí ☐ Brazo Derecho ☐ Brazo Izquierdo ☐ Pierna Derecha ☐ Pierna Izquierda

¿Experimenta dolor en un horario determinado del día? _____

¿Interfiere con su: ☐ Trabajo ☐ Dificultad para dormir ☐ Rutina Diaria ☐ Actividades Recreativas

¿Qué actividades disfruta, pero hace mal o no puede hacer por el dolor? _____

Movimiento Doloroso(s) al: ☐ Estar sentado ☐ Estar parado ☐ Caminar ☐ Agachar ☐ Al estar acostado

¿Qué ha hecho para calmar el dolor? _____

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE DE NERVOLOGIA Y VASCULAR

1. ¿Padece de dolor de cuello con dolor en los hombros, brazos o manos? No Sí

Comentario: _____

2. ¿Tiene debilidad, entumecimiento o ardor en los hombros, brazos o manos? No Sí

Comentario: _____

3. ¿Padece de pérdida de fuerza de empuñadura? No Sí

Comentario: _____

4. ¿Padece de dolor de espalda con dolor en las nalgas, las piernas o los pies? No Sí

Comentario: _____

5. ¿Tiene debilidad, entumecimiento o ardor en espalda, nalgas, las piernas o los pies? No Sí

Comentario: _____

6. ¿Siente sensación reducida o tiene hinchazón en las piernas o pies? No Sí

Comentario: _____

7. ¿Sufre de pies o manos frías? No Sí

Comentario: _____

8. ¿Sufres de dolores de cabeza, mareos, perdida de la memoria o zumbido en los Oídos? No Sí

Comentario: _____

9. ¿Tiene dificultad para mantener el equilibrio o padece de vértigo? No Sí

Comentario: _____

10. ¿Tiene dificultad para dormir, levantar objetos o interactuar con otras personas desde su accidente? No Sí

Comentario: _____

Nombre: _____ Chart #: _____

Consentimiento para el Cuidado Bajo la Manipulación y Mobilización de las Articulaciones

Dr.: _____

Dr.: _____

Por la presente autorizo y relevo de responsabilidad en la ejecución de manipulación/ mobilización, ejecutar inyecciones, medicación prescrita, hierbas naturales y suplementos, remedios homeopáticos y otros procedimientos incluyendo varias modalidades de fisioterapia, ejercicios rehabilitación y estudios de radiografías en mi persona (o en el paciente cuyo nombre aparece imprimido en la parte inferior de esta hoja, por el cual yo soy responsable) por el/ los doctor/es mencionados arriba y/o otros doctor/es licenciados lo cual en el momento o en el futuro me atenderán mientras estén empleados o asociados como respaldo para el doctor o con el doctor cuyo nombre aparece imprimido en la parte superior de esta hoja, incluyendo aquellos trabajando en la clínica o oficina cuyo nombre aparece en la parte superior de esta hoja. He tenido la oportunidad de comunicarme con el/ los doctor/es cuyo nombre aparecen en la parte superior de esta hoja o con otros miembros de la clínica u oficina para entender el propósito de las manipulaciones/ mobilizaciones óseas y otros procedimientos. Tengo entendido que los resultados no serán garantizados.

Estoy informada y entiendo que al igual que en la práctica de medicina, chiropráctica, y fisioterapia hay algunos riesgos en los tratamientos lo cual incluyen pero no limitando reacciones a los medicamentos, fracturas, y torcedura. No espero que el/los doctor/es se anticipen y que expliquen todos los riesgos y/o complicaciones, y deseo confiar en que el/los doctor/es ejercen su mayor juzgamiento durante los procedimientos los cuales el/los doctor/es sujeten en el momento para mi mayor interés. También entiendo el tratamiento y procedimiento involucre tocar algunas áreas de mi cuerpo; Yo, autorizo este procedimiento. He leído, o me han leído el consentimiento mencionado arriba. También he leído la oportunidad de hacer preguntas de su contenido y firmando abajo acepto los procedimientos mencionados arriba. Espero que este formulario cubra el tiempo de mis tratamientos por la presente condición y por cualquier condición en el futuro por la cual necesitare tratamiento.

El paciente que viene al doctor le da su permiso y autorización de cuidar al paciente en acuerdo con los exámenes apropiados, diagnósticos, y análisis. Los procedimientos clínicos realizados suelen ser beneficiosos y rara vez causan ningún problema. En casos raros subyacentes defectos físicos, deformidades o patologías, pueden hacer que el paciente sea susceptible de sufrir lesiones. El médico no proporcionará la asistencia específica de cuidado de salud, si son conscientes de estos problemas antes del tratamiento. Es responsabilidad del paciente darle a conocer al médico tales problemas.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y DERECHOS DEL PLAN DE SALUD ASÍ COMO UNA CITA Y / O DESIGNACIÓN COMO MI REPRESENTANTE PERSONAL Y UN REPRESENTANTE Y BENEFICIARIO DE ERISA / PPACA

Entiendo y acepto que (independientemente de cualquier seguro de salud o beneficios médicos que posea), soy responsable en última instancia de pagar a Georgetown Clinic, a sus clínicas afiliadas y a sus proveedores de atención médica, así como a todos los empleados, empleadores, representantes y agentes de la misma, (en lo sucesivo, en lo sucesivo denominado "Proveedor de atención médica"), el saldo adeudado en mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado y por los suministros, pruebas o medicamentos proporcionados.

Por la presente autorizo el pago de, y cedo mis derechos a, cualquier seguro médico o beneficios del plan médico directamente a los proveedores / clínicas de atención médica para todos y cada uno de los servicios médicos / de atención médica, suministros, pruebas, tratamientos y / o medicamentos que han sido o serán prestados o proporcionados; así como designar y apuntar a un Proveedor de atención médica como mi beneficiario en todos los seguros médicos o planes médicos en los que pueda tener beneficios. Por la presente autorizo la divulgación de cualquier estado de salud, afecciones, síntomas o información de tratamiento contenida en sus registros que sea necesaria para presentar y procesar reclamos de seguros o planes médicos, para presentar apelaciones en reclamos rechazados o parcialmente pagados, para fines legales en cuanto a cualquier reclamaciones no pagadas o parcialmente pagadas, o para buscar cualquier otro recurso necesario en relación con las mismas.

Por la presente, asigno directamente a los Proveedores de atención médica todos los derechos de pago, beneficios y todos los demás derechos legales en virtud de, o de conformidad con, cualquier plan de salud (incluidos, entre otros, cualquier plan / contrato de seguro regido por ERISA, plan de seguro / plan regulado por PPACA) derechos que yo (o mi hijo, cónyuge o dependiente) pueden tener bajo mi (s) nuestro (s) plan (s) de salud o póliza (s) de seguro de salud aplicables. Por la presente, también nombro y designo que el Proveedor de atención médica puede actuar en mi / nuestro (hijo, esposo, o depende) nombre, como mi / nuestro Representante personal, Representante de ERISA y Representante de PPACA en cualquier determinación de reclamo, para solicitar cualquier reclamo relevante o información del plan al plan de salud correspondiente o Aseguradora, para presentar y presentar apelaciones y / o acciones legales (incluso a mi nombre y en mi nombre) para obtener y / o proteger los beneficios y / o los pagos que se deben (o se han pagado previamente) a cualquiera de los proveedores de atención médica, y / o los miembros de mi familia como resultado de los servicios prestados por el Proveedor de atención médica, y para perseguir todos y cada uno de los recursos a los que tengo derecho / nosotros, incluido el uso de acciones legales contra el plan de salud, la aseguradora o cualquier administrador.

Por la presente también declaro que el Proveedor de atención médica es mi / nuestro beneficiario con respecto a mi / nuestro plan de salud según lo contemplado por ERISA y PPACA, y que el Proveedor de atención médica puede ejercer cualquiera y todos los derechos que yo / nosotros podamos tener bajo la ley estatal y / o federal con respecto a mi / nuestro plan de salud.

Esta asignación, nombramiento y designación permanecerán en vigencia a menos que yo los revoque por escrito. Mi intención es que la fecha de entrada en vigencia de este documento se relacione para incluir todos los servicios, suministros, pruebas, tratamientos o medicamentos que hayan sido proporcionados previamente por el Proveedor de atención médica. Una fotocopia o escaneo de este documento debe considerarse como válido y ejecutable como el original.

Firmó este _____ día de _____, 20 _____

FIRMA DEL PACIENTE (X): _____

IMPRINTE NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA DE PADRES/TUTOR (X): _____

Name: _____ Chart #: _____

MEDICAL RECORDS REQUEST RELEASE AUTHORIZATION FORM

Patient Name: _____ Account: _____

D.O.B: _____ SSN: _____

Home Phone: _____ Work: _____

I hereby authorize _____

(Name of: Hospital, Urgent Care &/or Other Doctor's Office Other than Georgetown Clinics)

to release my records to Georgetown Clinics any of the following information:

Dates From: _____ to _____

OFFICE USE ONLY

___ History & Physical

___ Radiology Reports (s)

___ Operation Report(s)

___ Laboratory Report(s)

___ Discharge Summary

___ Pathology Report(s)

___ Complete Medical Records

___ Other, Specify _____

I want this information released in writing, verbally, via fax, audiovisual format to:

Street Address City State Zip Code

for the purpose of _____

I understand and acknowledge that the records I have requested to be released pursuant to this authorization may contain psychiatric, drug, alcohol abuse and/or infectious disease information, which is protected under the laws of the State of Georgia and Federal Regulation (42 CFR part 2). I hereby release _____ (facility or physician) from all legal liability that may arise from the release of any information from my medical record pursuant to the Authorization, including, but limited to the release of psychiatric, psychological, alcohol, drug abuse or infectious disease (HIV or AIDS) information protected under state and federal laws. This authorization, except for action already taken, may be revoked by any time. This authorization is valid for 90 days unless otherwise specified.

Patient/Representative's Signature

Date

Relationship to Patient

Date

Witness's Signature

Date

Consentimiento para usar PHI y comunicaciones inalámbricas

Reconocimiento del consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida

Uso y divulgación de su información médica protegida

Su información de salud protegida será utilizada por Georgetown Clinics y sus afiliados opuede ser divulgada a otros con fines de tratamiento, obtención de pago o apoyo a las operaciones diarias de atención médica de esta oficina.

Aviso de prácticas de privacidad

Debe revisar el Aviso de prácticas de privacidad para obtener una descripción más completa de cómo se puede usar o divulgar su Información de salud protegida. Describe sus derechos en lo que respecta al uso limitado de la información de salud, incluida su información demográfica, recopilada de usted y creada o recibida por esta oficina.

Solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información

- Puede solicitar una restricción en el uso o divulgación de su Información de salud protegida.
- Esta oficina puede o no estar de acuerdo en restringir el uso o la divulgación de su Información de salud protegida.
- Si aceptamos su solicitud, la restricción será vinculante con este oficio. El uso o divulgación de información protegida en violación de una restricción acordada será una violación de los estándares federales de privacidad.

Aviso de tratamiento en áreas abiertas o comunes

Describir y notificar las áreas privadas disponibles a pedido

Revocación del consentimiento

Usted puede revocar este consentimiento para el uso y divulgación de su Información de Salud Protegida. Debe revocar este consentimiento por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en que se reciba su revocación del consentimiento no se verá afectado.

GC – Política de Comunicaciones Inalámbricas y Consentimiento

Política y consentimiento de comunicación inalámbrica: Al proporcionar a Georgetown Clinics un número de teléfono y / o dirección de correo electrónico, usted, o cualquier persona autorizada para actuar en su nombre, está brindando su consentimiento expreso autorizando a Georgetown Clinics, así como a sus agentes, subsidiarias, afiliadas, funcionarios, socios, sucesores en interés y cualquier compañía que actúe en su nombre, a comunicarse con usted a cualquier número de teléfono o dirección de correo electrónico que proporcionó o ha proporcionado a Georgetown Clinics en cualquier momento con información relacionados con su cuenta. Al proporcionar a Georgetown Clinics cualquier número de teléfono o dirección de correo electrónico, usted confirma que es el propietario o está autorizado a usar el número de teléfono o la dirección de correo electrónico proporcionados. También confirma que notificará a Georgetown Clinics inmediatamente si ya no posee o ya no está autorizado a usar cualquier número de teléfono o dirección de correo electrónico que proporcione a Georgetown Clinics. Usted permite que Georgetown Clinics se comunique con usted a través de un operador en vivo, sistemas de marcación telefónica automática, mensajes de voz pregrabados y artificiales, mensajes de texto (SMS o MMS) o correo electrónico. Los números de teléfono y las direcciones de correo electrónico que usted autoriza a Georgetown Clinics a usar para contactarlo, incluidos los que proporcione a Georgetown Clinics, y que se comunique con Georgetown Clinics desde, y que sean proporcionados a Georgetown Clinics por alguien que actúe en su nombre, y cualquiera que Georgetown Clinics localice de otras fuentes legales. Usted entiende que es el único responsable del pago de cualquier tarifa de mensajes y cargos de datos asociados con las comunicaciones que reciba o envíe a Georgetown Clinics Al proporcionar a Georgetown Clinics cualquier número de teléfono o dirección de correo electrónico, usted reconoce que ha leído, comprende completamente y cumplirá con esta Política y consentimiento de comunicación inalámbrica.

Por mi firma a continuación doy mi permiso para usar y divulgar mi información de salud.

Firma del paciente o de una persona legalmente autorizada

Fecha

Imprimir el nombre completo del paciente

Hora

Firma del testigo

Fecha

DECLARACIÓN DE DIFICULTADES

Yo, _____, Por la presente declaro que estoy atravesando dificultades económicas que me impiden utilizar mi seguro médico personal para obtener servicios médicos. En concreto, no puedo pagar el copago requerido por cada consulta ni el deducible asociado a mi plan de seguro médico. Esta carga financiera me ha impedido acceder a los servicios de atención médica que necesito para mis lesiones.

Entiendo que, según el Proyecto de Ley 68 del Senado de Georgia, podría ser elegible para ser considerado en virtud de esta disposición por dificultades económicas. Afirmando que mi situación financiera actual afecta directamente mi capacidad para recibir la atención médica/quiropática necesaria.

También he firmado una carta de acuerdo irrevocable con Georgetown Clinics para acuerdos de pago directo, reconociendo mi responsabilidad por el pago de los servicios prestados..

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

ACUERDO PARA APLAZAR EL COBRO DE PAGOS

Lea este acuerdo detenidamente. Firme a continuación solo si acepta y comprende los términos y la información. Los pagos diferidos son un acuerdo entre un deudor (usted) y un acreedor (esta clínica) que le da derecho a pagar la factura posteriormente. Esta clínica le otorgará crédito por los servicios prestados, que deberá reembolsarse en un plazo de 4 años a partir de la fecha de hoy o hasta que se resuelva mi caso, lo que ocurra primero, pero podrá extenderlo a su entera discreción. Esta clínica colaborará con usted y aplazará el pago; sin embargo, en última instancia, usted es responsable de sus facturas y de cualquier cargo por cobro. La atención no se proporciona de forma contingente.

La ley de Georgia no exige que los proveedores acepten o formen parte de redes de seguros médicos. Además, la sección 4507 de la Ley de Presupuesto Equilibrado de 1997 y la página 10 del Código de Conducta de Georgia permiten a un médico o profesional sanitario celebrar un contrato privado con un beneficiario o paciente. Este acuerdo constituye una cesión de beneficios, un pagaré, un acuerdo para aplazar el pago y un aviso de que no tenemos contrato con ningún seguro médico. Este documento protegerá a esta clínica bajo la Regla 1.15(I) del Colegio de Abogados del Estado de Georgia.

Esta oficina NO tiene contrato con ninguna compañía de seguros médicos. Esta oficina no acepta ni tiene contrato con Medicare, Medicaid ni ningún otro seguro médico. He optado por no usar ningún seguro médico disponible para los servicios prestados. Esta oficina me proporcionará los servicios que necesito ahora y aplazará el pago para una fecha posterior. El programa de honorarios de esta oficina es como mínimo de 2 a 3 veces el programa de Compensación Laboral de Georgia, lo cual es razonable, especialmente porque el programa de Compensación Laboral paga intereses después de 30 días. "Usual, habitual y razonable" se define como "la cantidad pagada por un servicio médico en un área geográfica basada en lo que los proveedores de la zona suelen cobrar por el mismo servicio médico o uno similar". Consulte también la definición de "Usual, habitual y razonable" (UCR) de la AMA, Política H-385.923.

En consideración a los servicios que me brinda esta oficina, y dado que no cuento con fondos suficientes para pagar por adelantado la atención, solicito crédito para diferir el pago del tratamiento en esta oficina. Ofrezco este documento como pagaré. Dado que los servicios se prestarán en virtud de este acuerdo, acepto que este será irrevocable una vez firmado.

He leído este documento en su totalidad y comprendo plenamente y acepto irrevocablemente todo lo anterior.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____