



LIFECHIROPRACTIC

COLLEGE WEST

Monte H. Greenawalt Health Center
Formularios para Pacientes
nuevos



LIFECHIROPRACTIC

COLLEGE WEST

Instrucciones para completar nuestros formularios en línea:

1. Abrir y guardar las formas a su ordenador.
2. Abra el archivo en Adobe Reader 8 o superior, o Adobe Acrobat.
Complete el formulario y guardar.
3. Para agilizar el servicio, por favor enviar por correo electrónico el formulario completo como un archivo adjunto.
4. Alternativamente, usted puede imprimir los formularios y llevarlos con usted para su cita. Esto puede aumentar el tiempo de nuestro personal para procesar su documentación.

Por favor, tenga en cuenta que podría perder todos sus datos si usted llena los formularios en su navegador en lugar de primero salvar a su equipo. El PDF es un formulario electrónico, y la información se puede guardar cuando se usa con Adobe Reader 8 o superior.



Información del Paciente

LIFECHIROPRACTIC

COLLEGE WEST

Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Sexo M F Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____ N.º de seguro social _____

Dirección _____

Ciudad/estado/código postal _____

Teléfono particular _____ Teléfono móvil _____ portador _____

Correo electrónico _____

Método de contacto preferido Tel. part. Tel. móvil Tel. lab. Correo electrónico

Ocupación _____ Nombre del negocio/empleador _____

Dirección del empleador _____

Ciudad/estado/código postal _____

Médico de atención primaria _____

Número de teléfono _____

Estado civil Solt. Cas. Viudo Div. Conv.

Nombre del cónyuge/pareja _____ Cantidad de hijos _____

Contacto en caso de emergencia _____ Número de teléfono _____

Se espera que abone al momento de la consulta.

Persona responsable del pago. _____

Tipo de seguro: Medicare, Parte B Medi-Cal Ambos Plan de salud grupal Ninguno Otro

En caso de verse involucrado en un accidente, complete lo siguiente:

¿La lesión se produjo en el trabajo? Sí No

Fecha y lugar donde se produjo la lesión _____

¿Ha avisado a su empleador? Sí No Nombre del supervisor _____

¿Su lesión es el resultado de un accidente automovilístico? Sí No

¿Existe un informe de la policía? Sí No

¿Va a facturarle al seguro? Sí No

¿Cuenta con un abogado que atienda este caso? Sí No

Traiga a su cita todo el material documental relacionado.

¿Cómo se enteró sobre el centro de salud Life West Health Center?

Por un residente/alumno actual.

Especifique el nombre del alumno. _____

Por un paciente.

Especifique el nombre del paciente para que podamos agradecerle adecuadamente. _____

Internet Búsqueda en navegador Facebook Yelp Otro (especifique): _____

Soy familiar de un alumno. Relación con el alumno (nombre)

Otro _____

Firma del paciente/tutor _____ Fecha _____



Aviso de Privacidad

LIFECHIROPRACTIC
COLLEGE WEST

Monte H. Greenawalt Health Center

25001 Industrial Blvd.

Hayward, CA 94545

Teléfono: (510) 780-4567

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE DE QUÉ MANERA PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y DE QUÉ MODO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LEA ATENTAMENTE.

Life Chiropractic College West se compromete a preservar la privacidad de la información protegida sobre su salud (PHI, por sus siglas en inglés), la cual incluye información sobre su afección médica así como sobre la atención y el tratamiento que recibe en el Centro de salud. La creación de un registro que detalle la atención y los servicios que usted recibe ayuda a esta oficina a ofrecer atención médica de calidad. Este Aviso describe de qué modo se puede utilizar y divulgar su PHI a terceros. Asimismo, este aviso detalla cuáles son sus derechos con respecto a la PHI. La privacidad de la PHI en los expedientes de pacientes será protegida cuando estos se retiren del Centro de salud o sean devueltos a él, y sean colocados en una caja o maletín bajo la custodia de un médico o empleado del Centro de salud que esté autorizado a retirar los expedientes de la oficina del Centro de salud.

NO SE REQUIERE CONSENTIMIENTO

El Centro de salud puede utilizar o divulgar su PHI para los siguientes fines:

- (a) Tratamiento: a fin de brindarle la atención médica que requiere, el Centro de salud les proporcionará su PHI a aquellos profesionales de atención médica, ya sea que pertenezcan o no al Centro de salud, que estén directamente involucrados en su atención, de modo que puedan conocer su afección y sus necesidades de salud.
- (b) Su PHI será revisada por los miembros de la facultad de la institución, quienes están involucrados en la administración de atención al paciente.
- (c) Pago: con el objeto de recibir el pago de los servicios que se le prestan, el Centro de salud proporcionará su PHI, directamente o a través de un servicio de facturación, a pagadores terceros pertinentes, en función de sus requisitos de facturación y pago.
- (d) Operaciones de atención médica: a fin de que el Centro de salud opere de conformidad con la ley aplicable y los requisitos del seguro, y para que el Centro de salud continúe prestando atención eficiente de calidad, es posible que sea necesario que este Centro recopile, utilice o divulgue su PHI.

El Centro de salud puede usar o divulgar su PHI sin un consentimiento por escrito de su parte, en los siguientes casos adicionales:

- (a) Información anónima: la información no lo identifica. Además, sin su nombre, no puede ser utilizada para identificarlo.
- (b) Asociado comercial: a un asociado comercial, si el Centro de salud obtiene la garantía escrita pertinente de conformidad con la legislación vigente, de que el asociado comercial salvaguardará su PHI de manera adecuada.

Un asociado comercial es una entidad que colabora con el Centro de salud en el emprendimiento de algunas de sus funciones esenciales, como una compañía de facturación que colabora con la oficina en la presentación de reclamos de pago a las compañías de seguro u otros pagadores.

(c) Representante personal: a una persona que, en virtud de la legislación vigente, tiene la autoridad de representarlo en la toma de decisiones relacionadas con su atención médica.

(d) Situaciones de emergencia:

- (i) a los fines de obtener o prestar un tratamiento de emergencia para usted, para el que el Centro de salud intente obtener su Consentimiento lo antes posible;
- (ii) a una entidad pública o privada autorizada por ley o por su estatuto en casos de actividades de rescate posteriores a catástrofes, con el fin de coordinar su atención con dichas entidades en una situación de emergencia.

(e) Barreras para la comunicación: si, en caso de que existan barreras materiales para la comunicación o la incapacidad de comunicar, el Centro de salud no haya podido obtener su Consentimiento y el Centro de salud determine, en el ejercicio de su juicio profesional, que su Consentimiento de recibir tratamiento se infiere claramente de las circunstancias.

(f) Actividades de salud pública: dichas actividades incluyen, por ejemplo, información recabada por una autoridad de salud pública, según lo permita la ley, para evitar o controlar enfermedades y que no lo identifique. Además, sin su nombre, no puede usarse para identificarlo.

(g) Abuso, negligencia o violencia doméstica: a una autoridad gubernamental si el Centro de salud debe, por ley, realizar dicha divulgación. Si el Centro de salud está autorizado por ley a realizar dicha divulgación, lo hará si cree que la divulgación es necesaria para evitar un daño serio.

(h) Actividades de supervisión de la salud: dichas actividades, que deben ser exigidas por ley, involucran a organismos gubernamentales y pueden incluir, por ejemplo, investigaciones penales, acciones disciplinarias o actividades generales de supervisión que se relacionen con el sistema de atención médica de la comunidad.

(i) Procedimiento judicial y administrativo. Por ejemplo, el Centro de salud puede requerir la divulgación de su PHI en respuesta a un pedido de la Corte o a una citación emitida legalmente.

(j) Fines exigibles ante la ley. En ciertas instancias, su PHI puede ser divulgada a un oficial de exigibilidad de la ley. Por ejemplo, su PHI puede ser sujeto de una citación de jurado indagatorio. O bien, el Centro de salud puede divulgar su PHI si el Centro de salud considera que su muerte fue el resultado de una conducta criminal.

(k) Forense o examinador médico: el Centro de salud puede divulgar su PHI a un forense o examinador médico a los fines de identificarlo o determinar las causas de su muerte.

(l) Donación de órganos, ojos o tejidos. Si usted es donante de órganos, el Centro de salud puede divulgar su PHI a la entidad a la cual usted acordó donarle los órganos.

(m) Investigación: si el Centro de salud participa de actividades de investigación, es posible que utilice su PHI, aunque dicho uso queda sujeto a numerosas normas gubernamentales que tienen como fin proteger la privacidad de su PHI y que esta no pueda usarse para identificarlo, incluso aunque no tenga su nombre.

(n) Evitar un tratamiento para su salud o seguridad: el Centro de salud puede divulgar su PHI si considera que dicha divulgación es necesaria a los fines de evitar o reducir una amenaza grave o inminente para la salud o

seguridad de una persona o el público; dicha divulgación se realiza a un individuo que es razonablemente capaz de evitar o reducir esa amenaza.

(o) Indemnización laboral: si participa de un reclamo de Indemnización laboral, puede que el Centro de salud requiera la divulgación de su PHI a un individuo o entidad que forme parte del sistema de Indemnización laboral.

Recordatorios para las citas

- Su proveedor de atención médica o miembro del personal puede divulgar su información de salud para comunicarse con usted y brindarle recordatorios sobre las citas. Si usted no se encuentra para recibir el recordatorio de la cita, dejarán un mensaje en su contestadora, correo de voz o a la persona que responda la llamada.
- Usted tiene derecho a rechazar la autorización para comunicarnos con usted a fin de proporcionarle recordatorios para citas. Si nos rechaza la autorización, esto no afectará el tratamiento que le proporcionamos.

Registro de suscripción

Este Centro de salud conserva un registro de suscripción para las personas que solicitan atención y tratamiento en la oficina. Este formulario de suscripción se ubica en un lugar donde el personal pueda consultar de inmediato quiénes son las personas que solicitan atención en la oficina, así como la ubicación de estas dentro de la sala del Centro de salud. Esta información puede ser consultada por otras personas que soliciten atención o servicios en las oficinas del Centro de salud.

Familiares/amigos

El Centro de salud puede divulgar su PHI a un miembro de su familia, otro pariente, amigo personal cercano o cualquier otra persona que usted identifique y cuya participación esté directamente relacionada con su atención o el pago de su atención, a menos que usted indique lo contrario al Centro de salud. El Centro de salud también puede utilizar o divulgar su PHI para notificar o colaborar en la notificación (incluso la identificación o ubicación) a un miembro familiar, un representante personal u otra persona responsable de su atención, sobre su ubicación, condición general o muerte. No obstante, en ambos casos, se aplicarán las siguientes condiciones:

- (a) Si usted está presente al momento de la divulgación o uso de la PHI, o antes de esto, el Centro de salud puede usar o divulgar su PHI si usted está de acuerdo, o si el Centro de salud puede inferir, razonablemente, a partir de las circunstancias y en función del ejercicio de su juicio profesional, que usted no objeta el uso o divulgación.
- (b) Si usted no está presente, el Centro de salud, en ejercicio de su criterio profesional, determinará si el uso o divulgación no atenta contra sus intereses y, en caso de hacerlo, divulgará, únicamente, la PHI que sea directamente pertinente a la participación de la persona en su atención.

AUTORIZACIÓN

Los usos o divulgaciones, que no sean los ya mencionados anteriormente, solo se realizarán previa autorización escrita de su parte.

Su derecho a revocar su autorización

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

Restricciones

Puede solicitar restricciones en determinados usos o divulgaciones de su PHI según lo exija la ley. No obstante, el Centro de salud no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Para solicitar restricciones, usted debe presentar una solicitud por escrito ante el Funcionario de privacidad del Centro de salud. En ella, debe informar al Centro cuál es la información que desea limitar, si desea limitar el uso o divulgación de esta por parte del Centro, o ambos, y respecto de quiénes desea aplicar dichos límites. Si el Centro de salud hace lugar a su solicitud, este cumplirá con el pedido a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

A inspeccionar y obtener una copia de su PHI según lo estipula la Parte 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR) 164.524. Para inspeccionar y copiar su PHI, se le solicita presentar un pedido por escrito ante el Funcionario de privacidad del Centro de salud. El Centro de salud puede cobrarle honorarios por la copia, envío por correo o demás suministros relacionados con su solicitud.

A recibir comunicaciones confidenciales o de su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Usted debe enviar su solicitud por escrito al Funcionario de privacidad del Centro de salud. El Centro de salud hará lugar a todas las solicitudes razonables.

A prohibir el informe de pruebas, exámenes o tratamientos a su plan de salud o cualquier persona, por los cuales abona en efectivo o con tarjeta de crédito.

A recibir un recuento de divulgaciones de su PHI según lo estipula la Parte 45 del CFR 164.528. La solicitud debe indicar de qué manera desea la lista (ya sea en papel o copia electrónica).

A recibir una copia en papel de este Aviso de privacidad por parte del Centro de salud cuando se lo solicite al Funcionario de privacidad del Centro de salud.

A solicitar copias de su PHI en formato electrónico si esta oficina conserva sus registros en ese formato.

A enmendar su PHI según se estipula en la Parte 45 del CFR 164.528. Para solicitar una enmienda, usted debe presentar una solicitud por escrito ante el Funcionario de privacidad del Centro de salud. Debe presentar una razón que justifique su solicitud. El Centro de salud puede rechazar su pedido si este no se realiza por escrito o si usted no proporciona una razón que lo justifique, si la información que va a enmendarse no fue generada por el Centro de salud (a menos que el individuo o entidad que crearon la información ya no estén disponibles), si la información no forma parte de la PHI que conserva el Centro de salud, o no forma parte de la información que usted tendría permiso de inspeccionar y copiar o bien si la información es exacta y está completa. Si no está de acuerdo con el rechazo del Centro de salud, tendrá derecho a presentar una declaración de desacuerdo por escrito.

Reciba un aviso de incumplimiento de confidencialidad respecto de su PHI por parte del Centro de salud

Presente su reclamo ante el Centro de salud o la Oficina de Derechos Civiles en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 202 619-0257, dirección electrónica: ocrmail@hhs.gov si considera que se han violado sus derechos a la privacidad. Para presentar una reclamo ante el Centro de salud, debe comunicarse con la encargada de privacidad del Centro de salud, Dra. Rhina Patania, Life Chiropractic College West Health Center, 25001 Industrial Blvd., Hayward, CA 94545, (510) 780-4567. Todos los reclamos deben hacerse por escrito.

Declaro que he recibido una copia del Aviso de privacidad de los centros de salud y que la he leído o he rechazado la oportunidad de leerla y de conocer el Aviso de privacidad de los centros de salud. Entiendo que este formulario será colocado en mi historial de paciente y conservado durante seis años.

REQUISITOS DEL CENTRO DE SALUD**El Centro de salud:**

- Debe, por legislación federal, mantener la privacidad de su PHI y brindarle un Aviso de privacidad donde detalle los deberes legales del Centro de salud y la privacidad de este respecto de su PHI.

- Debe cumplir las condiciones del Aviso de privacidad.
- Se reserva el derecho de modificar los términos del Aviso de privacidad y confeccionar nuevas disposiciones del Aviso de privacidad para toda la PHI de su propiedad que este conserva.
- Distribuirá todo Aviso de privacidad revisado para que lo revise antes de que se implemente.
- No tomará represalias en su contra por haber presentado un reclamo.

Nombre del paciente (letra imprenta)

Firma del paciente

Fecha:

Si es menor de edad, o si es representado por otra persona

Nombre del representante (letra imprenta)

Firma del representante personal

Fecha

Descripción de la autoridad para actuar en representación del paciente

Deseo una copia de este aviso

Recibo de Notificación



LIFE CHIROPRACTIC
COLLEGE WEST

ACUSE DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN
LIFE CHIROPRACTIC COLLEGE WEST HEALTH CENTER
25001 Industrial Blvd., Hayward, CA 94545
510-780-4567

Tal como lo exigen las normas de privacidad, por el presente declaro que he recibido una copia actual de la “NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD” del centro de salud del Life Chiropractic College West.

Tal como lo exigen las normas de privacidad, _____ de
Nombre del miembro del personal

el centro Life Chiropractic College West Health Center me ha explicado la “NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD” a mi entera satisfacción. Según exigen las normas de privacidad, tengo conocimiento de que el centro de salud del Life Chiropractic College West ha incluido una disposición que estipula que este instituto se reserva el derecho de modificar las condiciones de su notificación y de hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información protegida sobre la salud que conserva.

Solicitudes: (verifique únicamente si tiene una solicitud específica; de lo contrario, solo firme/escriba su nombre en letra imprenta a continuación)

Deseo iniciar una “Solicitud de restricción” de mi información de salud protegida.

Deseo iniciar una “Solicitud de comunicación alternativa” de mi información de salud protegida.

Deseo objetar lo siguiente en la “Notificación de prácticas de privacidad”: _____

Entiendo que esta oficina no debe realizar cambios a la “Notificación de prácticas de privacidad”.

Firma Fecha

Nombre en letra imprenta

(PARA USO ADMINISTRATIVO)

Formulario firmado recibido por: _____ Fecha: _____

Esfuerzo de buena fe para obtener el recibo:
(Describa) _____

Si tiene más inquietudes o comentarios, no dude en comunicarse con nuestra encargada de privacidad:
Rhina A. Patania, D.C., 510-780-4500, ext. 4400



Formulario de Autorización
del Paciente

LIFECHIROPRACTIC

COLLEGE WEST

Expediente del paciente N.º: _____

25001 Industrial Blvd., Hayward, CA 94545,
510-780-4500, Fax: 510-780-4511

El Centro de salud del Life Chiropractic College West es un edificio de enseñanza y, como tal, utilizamos un entorno de “ajuste abierto” para la atención continua de los pacientes. “Ajuste abierto” significa que varios pacientes son atendidos en la misma sala de ajuste al mismo tiempo. Los pacientes están a la vista unos de otros y algunos detalles de la rutina en curso se analizan a cortas distancias de otros pacientes, miembros del personal o cuerpo docente. Este entorno se utiliza para la atención continua y NO es el lugar indicado para tomar historias clínicas de pacientes, realizar exámenes ni presentar hallazgos de informes. Estos procedimientos se completan en un entorno privado y confidencial que puede o no implicar la supervisión y participación directas de miembros de la facultad. Asimismo, la naturaleza de una clínica de enseñanza involucra la participación de la facultad, los residentes y el personal en un enfoque de equipo para con sus evaluación y atención; por lo tanto, es posible que sus registros como paciente sean revisados por miembros del personal de la facultad, quienes participan de la administración de atención al paciente en el Centro de salud. El uso de estas circunstancias tiene como objetivo hacer que su experiencia en el centro de salud de este College sea más eficiente y productiva, así como también mejore su acceso a la atención de la salud e información de salud de calidad. Solicitamos que usted autorice y acepte recibir la atención en las circunstancias anteriormente mencionadas. Se solicita su autorización debido a las diversas interpretaciones en virtud de la ley federal con respecto a sus derechos de privacidad.

Su firma indica que acepta esta autorización y está de acuerdo con ella.

Nombre del paciente (letra imprenta)

Firma

Fecha

Además, como institución de enseñanza, el Centro de salud del Life Chiropractic College sirve como recurso importante para enseñarles a nuestros alumnos las habilidades de manejo de una clínica de enseñanza. Como paciente de nuestro Centro de salud, solicitamos su permiso para usar sus registros de paciente como herramienta para la enseñanza. Le garantizamos que toda la información como nombre, dirección, número de seguro social y demás información de identificación serán eliminadas a los fines de conservar su privacidad y protección. Si opta por no brindarles su autorización al College ni el Centro de salud, esta decisión no tendrá efectos adversos en su atención o en su relación con el personal.

Su firma indica que acepta esta autorización y está de acuerdo con ella.

Nombre del paciente (letra imprenta)

Firma

Fecha

Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento. Para revocarla, puede notificarnos por escrito que desea retirar la autorización. Su atención en nuestro edificio no estará condicionada a su aceptación de estas autorizaciones. Si desea revocar su autorización respecto de todos o cualquiera de los elementos ya mencionados, dirija la nota a nuestra Funcionaria de privacidad, Rhina Patania, D.C.

La información que utilicemos o divulguemos sobre la base de esta autorización puede quedar sujeta a una nueva divulgación por parte de cualquier persona que tenga acceso a la información y ya no quedará protegida por las leyes federales sobre privacidad.

Esta notificación entra en vigor el 1 de octubre de 2004. Esta notificación, toda modificación o enmienda a ella quedarán sin efecto siete años después de la fecha en la que se creó el registro. Con mi firma, declaro que he recibido una copia de esta notificación.

Divulgación de información
del paciente



LIFECHIROPRACTIC
COLLEGE WEST

Expediente del paciente N.º: _____

Yo, _____, por el presente, autorizo al centro de salud del Life Chiropractic College West (LCCW) y a sus representantes autorizados (alumnos residentes, miembros de la facultad, radiólogos, etc.) a inspeccionar, copiar o reproducir de otro modo, como crean necesario, todos y cada uno de los registros que pertenezcan a mi caso en calidad de paciente del centro de salud del LCCW Health Center.

Comprendo y acepto que el monto abonado al centro de salud en concepto de radiografías se destina al examen y la interpretación únicamente, y que las radiografías permanecerán como propiedad de este centro. Estas quedarán archivadas donde puedan revisarlas en cualquier momento mientras sea paciente de esta institución.

Asimismo, comprendo que esta es una institución de enseñanza y capacitación. En este sentido, autorizo a que mi caso y todos los registros que pertenezcan a él sean utilizados con dicha finalidad.

Nombre del paciente (nombre del padre/madre si es menor)

Firma del paciente (firma del padre/madre si es menor)

Testigo

Fecha



Pacientes en Efectivo

LIFECHIROPRACTIC

COLLEGE WEST

Expediente del paciente N.º: _____

Bienvenido al centro de salud de Life Chiropractic College West. Nos complace brindarle servicios de calidad que ofrecen ahorros sustanciales. Usted recibirá atención quiropráctica de calidad a las siguientes tarifas:

SERVICIOS	HONORARIOS
Examen inicial	\$65.00
Visita en el consultorio	\$30.00
Visita en el consultorio/SIN ajuste	\$30.00
Examen de reevaluación	\$30.00
Reevaluación y ajuste	\$45.00
Procedimientos auxiliares	\$10.00
Reactivación (un año o más desde la última visita)	\$65.00

RADIOGRAFÍAS	HONORARIOS
De columna completa/básica 7	\$120.00
De escoliosis básica 4	\$120.00
Columna completa AP/LAT	\$120.00
Pre-NUCCA	\$60.00
Post-NUCCA	Sin cargo

Honorarios de laboratorio: Lab Corp Laboratories presta todos los servicios, y realiza las facturaciones y los cobros. Si desea información adicional sobre servicios y tarifas, consulte en recepción.

El pago de los servicios debe efectuarse el mismo día en el que se proveen.

A continuación, firmo para confirmar la recepción del Programa de honorarios del centro de salud y declaro mi conformidad con las políticas financieras del centro de salud.

Paciente (nombre en letra imprenta) _____ Testigo _____

Paciente (Firma) _____

Fecha _____



Life Chiropractic College West Health Center

25001 Industrial Blvd, Hayward, CA. 94545

Teléfono: (510) 780-4567

Bienvenido al centro de salud de Life West. Brindamos atención médica de alta calidad al cuidar de su columna vertebral y sistema nervioso con medios conservadores no invasivos. Los niños son bienvenidos en nuestras instalaciones, al igual que ambos padres y las visitas. No obstante, los niños deben estar al cuidado del padre o la madre en todo momento.

Para todos los pacientes nuevos, ofrecemos charlas de orientación. Estas son muy importantes ya que le informan cuál es el valor de la quiropráctica y qué debe esperar a medida que comienza a atenderse en nuestra institución. Comuníquese con su residente con respecto a la asistencia.

Honorarios: exámenes físicos \$65, visitas al consultorio \$30. Se otorgará un programa completo de honorarios a los pacientes como parte de su nueva documentación como paciente. Una vez que el residente comienza con el historial de casos, no será posible, en absoluto, utilizar los reembolsos.

Documentación: en su primera visita, se le solicitará que llene un formulario que incluya su nombre, dirección, información biográfica y su información de facturación. Traiga un documento con imagen de identificación, todas las tarjetas de seguro y prepárese para realizar el pago de todos los servicios al momento de la visita. Se le otorgará una copia del programa de honorarios para que lo firme y todos los avisos federales sobre privacidad y prácticas. Le tomará alrededor de 30 minutos completar toda la documentación.

Designación de residente: si usted concertó una cita por anticipado, se le designará un residente después de que complete la documentación.

Historial de caso del paciente: durante su primera visita, su residente llevará a cabo un completo historial de caso que nos ayudará a determinar sus necesidades de atención médica. Este historial incluirá preguntas sobre su salud actual, sus antecedentes familiares y atención médica que haya recibido previamente. Una vez que completemos su historial de caso, este será revisado por uno de los médicos certificados de nuestra facultad. Como institución de aprendizaje, nuestros residentes están bajo constante supervisión de médicos con experiencia en quiropráctica. Todos los historiales de pacientes, radiografías y visitas de atención en curso para los pacientes se revisan cuidadosamente y son autorizadas por los médicos certificados de nuestra facultad para garantizar su seguridad y la atención más apropiada para su afección.

Examen físico: el paso siguiente es realizar un examen físico integral de ortopedia, neurología y quiropráctica. Luego de completar el examen, su residente revisará los resultados junto con un médico de la facultad. Como parte del examen, es posible que se requieran radiografías, análisis de laboratorio u otros estudios de diagnóstico. Si es necesario realizar radiografías o pruebas adicionales, usted coordinará junto con su residente una cita para realizar estas pruebas.

Las radiografías pueden utilizarse para detectar problemas u otras afecciones que no pueden identificarse a través de un examen físico o un historial de casos únicamente. Solo se tomarán las radiografías necesarias. También utilizamos los equipos más actualizados, incluso tecnología de avanzada de radiografías digitales para la seguridad del paciente. Luego de que se completen los procedimientos de diagnóstico, el residente prepara un informe de caso en el que se incluyen los hallazgos durante el examen físico, la indagatoria de antecedentes y radiografías. Este informe es revisado por un médico de la facultad quien, más tarde, trabaja junto con su residente para determinar cuál es el curso de atención más adecuado para su afección. En función del caso y de sus necesidades individuales, la facultad revisa su plan de atención cada 6 a 12 semanas.

Una vez que un miembro de la facultad haya revisado y aprobado su atención, el residente le otorga un informe de los hallazgos. En este se incluye el tipo de atención que piensan administrarle, la frecuencia con que lo revisarán y durante cuánto tiempo. En este momento, usted también recibirá su primer ajuste quiropráctico. Luego de su primer ajuste, sus visitas posteriores se programarán en función de la atención que su residente haya recomendado y que fue aprobada por nuestra facultad.

Examen de reevaluación: luego de haber recibido un periodo de atención, generalmente entre un mes y medio, y dos, su residente efectuará un examen de reevaluación para determinar su progreso. Su residente trabajará junto con los miembros de su facultad para determinar cuál es el mejor curso de atención para usted. En ocasiones, se deriva a los pacientes a otro proveedor de atención médica a modo de consulta. En la mayoría de los casos, puede continuar su atención quiropráctica mientras obtenemos información adicional de estos proveedores.

Estado inactivo: si suspende la atención durante un año o más, su expediente quedará inactivo. Para reanudar la atención, se requerirá un cargo de \$65.00 en concepto de examen de reactivación.

Como institución de aprendizaje, esperamos y deseamos que entable una “relación laboral” con nosotros. A cambio de su tiempo y paciencia, extendemos una tarifa reducida para visitas mientras proveemos un servicio excelente y detallado, y a medida que nuestros residentes se convierten en médicos capacitados en quiropráctica. Le agradecemos desde ya que comprenda que los procedimientos tomarán más tiempo que en un consultorio privado de un médico.

Bienvenido al Centro de salud y le deseamos mejoras en su salud gracias a la quiropráctica.

Nombre en letra imprenta _____

Firma _____

Fecha _____

Razones para buscar atención



LIFECHIROPRACTIC
COLLEGE WEST

Residente: _____ Doc. N.º: _____ Paciente: _____ Expediente N.º: _____ Fecha _____

Si tiene dolencias adicionales, complete una copia de esta página por cada dolencia.

Describa los síntomas que lo aquejan: _____

No tengo síntomas.

¿Cuándo aparecieron los síntomas? _____

¿De qué modo comenzaron? ¿Puede identificar la causa de estos síntomas? _____

Si ya ha tenido estos síntomas, especifique _____

¿Qué empeora los síntomas? _____

¿Los síntomas empeoran al toser, estornudar o hacer presión hacia abajo? No Sí

¿Qué lo hace sentirse mejor? _____

Marque los aspectos que describan la calidad de los síntomas (todo lo que corresponda).

dolor sordo punción profundo superficial ardor entumecimiento esparcido hormigueo

Si los síntomas se irradian, describa hacia dónde. _____

En una escala de 1 a 10 (10 como el peor de los dolores) ¿cuál es el nivel del dolor?

_____ ahora mismo _____ en el mejor momento _____ en el peor momento _____ la mayor parte del tiempo

¿Con qué frecuencia experimenta estos síntomas?

Infrecuente (menos del 10 % del día)

Ocasional (alrededor del 25 % del día)

Intermitente (alrededor del 50 % del día)

Frecuentemente (alrededor del 75 % del día)

Constantemente (90 % a 100 %)

¿Cuántos días a la semana experimenta los síntomas? _____

¿Los síntomas mejoran empeoran siguen igual?

¿Tiene dolor por la noche? No Sí En caso afirmativo, ¿el dolor no lo deja dormir? No Sí

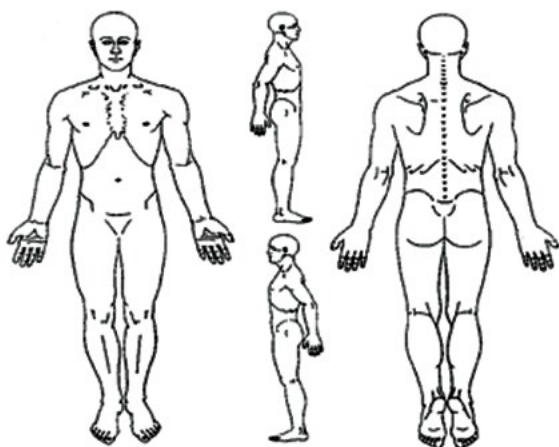
¿Ha consultado a otros proveedores de atención médica a causa de esta dolencia? No Sí

En caso afirmativo, enumere el tipo de médico, el tratamiento y el resultado de este. _____

Notas del residente:

Residente: _____ Doc. N.º: _____ Paciente: _____ Expediente N.º: _____ Fecha _____

Si corresponde, marque las áreas de sus dolencias en los diagramas a continuación con los símbolos de la derecha.



Entumecimiento +++

Ardor xxx

Agujas y pinchazos 000

Punzantes ///

Dolor ^^

CUESTIONARIO PARA DETERMINAR EL ÍNDICE GENERAL DE DISCAPACIDAD CAUSADA POR DOLOR

Las siguientes escalas de calificación están diseñadas para medir el grado en el cual diversos aspectos de su vida se ven afectados por el dolor. Responda a cada categoría indicando el impacto general del dolor en su vida, no solo cuando el dolor está en su peor nivel. Para cada una de las seis categorías de la vida diaria enumeradas, MARQUE UNA X EN EL NÚMERO QUE MEJOR DESCRIBE EL GRADO EN QUE SE VEN AFECTADAS SUS ACTIVIDADES. 0 significa que puede realizar sus actividades normales sin dolor alguno y 10 significa que no puede realizar ninguna de esas actividades debido al dolor que le ocasionan.

1. Responsabilidades en la familia/el hogar Esta categoría hace referencia a las actividades relacionadas con el hogar o la familia. Incluye tareas y deberes realizados en el hogar (p. ej.: jardinería) y mandados o diligencias para otros miembros de la familia (p. ej. llevar a los niños a la escuela en automóvil).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente capaz de desempeñarse.

Totalmente incapaz de desempeñarse.

2. Recreación Se incluyen pasatiempos, deportes u otras actividades de ocio similares.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente capaz de desempeñarse.

Totalmente incapaz de desempeñarse.

3. Actividades sociales Se hace referencia a actividades que implican la participación de amigos o conocidos, que no sean miembros de la familia. Se incluyen fiestas, obras de teatro, conciertos, comidas en restaurantes y otras salidas sociales.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente capaz de desempeñarse.

Totalmente incapaz de desempeñarse.

4. Ocupación Se refiere a las actividades que son parte del trabajo o se relacionan directamente con este. También se incluyen trabajos no remunerados, como los de ama de casa o trabajo voluntario.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente capaz de desempeñarse.

Totalmente incapaz de desempeñarse.

5. Atención personal Esta categoría incluye actividades que implican el mantenimiento personal y la vida diaria independientes (p. ej.: ducharse, conducir, vestirse, etc.).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente capaz de desempeñarse.

Totalmente incapaz de desempeñarse.

6. Actividades de soporte vital Se refieren a las conductas básicas de soporte vital como comer, dormir y respirar.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente capaz de desempeñarse.

Totalmente incapaz de desempeñarse.

Puntaje (debe ser completado por el residente) _____



Antecedentes Sociales

LIFECHIROPRACTIC

COLLEGE WEST

Residente: _____ Doc. N.º _____ Paciente _____ Expediente N.º _____ Fecha _____

Responda las siguientes preguntas sobre la base de una escala del 1 al 10; 10 es el mejor puntaje:

Estado general de bienestar _____

Actitud y perspectiva en general _____

Responda la siguiente pregunta sobre la base de una escala del 1 al 10; 10 se refiere al mayor grado de estrés:

Nivel de estrés promedio _____

En los últimos 30 días, ¿cuántos días se sintió saludable y lleno de energía? _____

En los últimos 30 días, ¿cuántos días no estuvo bien de salud física? _____

¿Cuál es su ocupación? _____

Describa sus tareas laborales. _____

¿Cuántas horas por semana trabaja? ¿Le gusta su trabajo? No Sí

En caso negativo, describa _____

¿Qué otros intereses/pasatiempos tiene? _____

Dieta y nutrición: ¿Cuántas comidas tiene por día? _____ ¿Omite alguna comida? No Sí

Si ingiere comida chatarra, ¿de qué tipo? _____

¿Tiene cambios en el apetito? No Sí En caso afirmativo, explique _____

¿Cuántas porciones por día ingiere de frutas _____ verduras _____ golosinas _____ comida chatarra _____?

¿Presenta intolerancia a algún alimento? No Sí En caso afirmativo, ¿a cuál? _____

¿Cuántos vasos de agua bebe al día? _____

¿Cuántas bebidas con cafeína bebe por día? _____

Indique cuánto ingiere de cada uno de estos:

Café _____ Té _____ Té verde _____ Bebidas energizantes _____ Gaseosas _____

¿Bebe alcohol? No Sí ¿Con qué frecuencia? _____

Indique cuánto ingiere de cada uno de estos: Cerveza _____ Vino _____ Bebidas alcohólicas fuertes _____

¿Fuma cigarrillos o habanos? No Sí En caso afirmativo, ¿cuántos por día? _____ Desde hace cuánto tiempo _____

¿Consuma otras drogas recreativas? No Sí En caso afirmativo, ¿cuáles? _____ ¿Cuánto/con qué frecuencia? _____

¿Hace ejercicio? No Sí En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Cuántos minutos por sesión? _____ ¿Cuál es su objetivo al hacer ejercicio? _____

¿Participó en actividades deportivas durante su infancia? No Sí En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____

¿Cuántas horas duerme de noche? _____ ¿Descansa? Sí No

¿Por qué no? _____

Actualmente, ¿experimenta ansiedad o depresión? No Sí

En caso afirmativo, explique. _____

¿Se encuentra en tratamiento por eso? No Sí

En caso afirmativo, describa el tratamiento _____

¿Siente que el tratamiento es efectivo? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Notas del residente: _____



Residente: _____ Doc. N.º: _____ Paciente: _____ Expediente N.º: _____ Fecha _____

Revisión de sistemas: verifique si los síntomas y afecciones se aplican en su caso. (Los síntomas actuales se han experimentado dentro de los últimos 6 meses). Marque en el círculo (○) de la izquierda si ha tenido la afección en el pasado y marque el círculo (□) de la derecha si experimenta los síntomas o afecciones en el presente.

Lesiones/Trauma (especifique una fecha al lado de la lesión):

Lesión en la espalda	Lesión en la cabeza	Lesión en tejidos blandos
Fracturas	Accidente en una industria	Otro
Discapacidad/es	Lesión en articulaciones	Caída (grave)
Lesiones en vehículos automotores		

Notas _____

Antecedentes generales

Anemia	Fatiga/debilidad	Enfermedad mental
Sangrado/contusiones	Hospitalizaciones/cirugías	Sudoración nocturna
Escalofríos/fiebre	Falta de	Aumento/disminución de peso inesperados

Notas _____

Ojos/oídos/nariz/garganta

Problemas de la vista	Pérdida de audición	Dificultad para deglutir
Alergias/Sinusitis	Zumbido de oídos/mareos	Dolor de garganta frecuente
Secreción/dolor de oídos	Cambio en el olfato/gusto	Glándulas hinchadas/doloridas
Infecciones frecuentes en los oídos	Sangrado de nariz	Problemas dentales

Notas _____

Pulmones/respiración

Asma/respiración sibilante	Tos con sangre	Exposición a gases tóxicos
Tos	Neumonía/infecciones	Tuberculosis/exposición

Notas _____

Corazón/cardiovascular

Enfermedad/cirugía del corazón	Presión arterial elevada/baja	Hinchazón de pies/tobillos
Soplo cardíaco	Palpitaciones	Falta de aliento al respirar

Notas _____

Estómago/gastrointestinal

Hinchazón/dolor abdominal	Ictericia/enfermedad hepática	Hemorroides
Acidez/Úlceras	Constipación/diarrea/gases	Sangrado del recto
Enfermedad de la vesícula biliar	SII/Enfermedad de Crohn	Heces negras

Notas _____

Endocrino

Intolerancia al frío/calor	Hambre/sed excesivos	Crecimiento/pérdida inusual de cabello
Diabetes	Terapia de hormonas	Cambios en la voz

Notas _____

Sistema nervioso

Mareos/desmayos	Pérdida de memoria	Dificultad en el habla
Dolor de cabeza	Entumecimiento	ACV
Pérdida de conciencia	Convulsiones/temblores	Marcha inestable

Notas _____

Sistema urinario

Infecciones crónicas en la vejiga	Orina dolorosa/frecuente	Dolor/masa pélvica/en el flanco
Dificultad para contener	Enfermedad de riñón	Sangre en la orina

Notas _____

Residente: _____ Doc. N.º: _____ Paciente: _____ Expediente N.º: _____ Fecha _____

Antecedentes femeninos

Sangrado/secreción vaginal anormal	Dolores menstruales/pélvicos	Terapia de hormonas
Método/control anticonceptivo _____	_____	Quiste de ovarios/fibromas
Histerectomía	Dolor de mamas/nódulo	Sangrado menstrual abundante
Menstruación irregular		

Inquietudes sobre su salud reproductiva: _____

Mis períodos son regulares	Mis períodos no son regulares
Estoy embarazada	No estoy embarazada
Estoy menopáusica	No estoy menopáusica
Tengo osteoporosis/osteopenia	No tengo osteoporosis/osteopenia

Si ha estado embarazada antes, complete la información pertinente a continuación.

___ Cantidad de embarazos complicados	___ Cantidad de embarazos no complicados
___ Cantidad de embarazos a término	___ Cantidad de cesáreas
___ Cantidad de partos normales	___ Cantidad de abortos

Notas _____

Antecedentes masculinos

Orina frecuente/con ardor	Hesitación/estranguria	Retención de orina
Disfunción eréctil	Enfermedad de la próstata/HPB	
Inquietudes sobre su salud reproductiva: _____		

Notas _____

Antecedentes familiares: Anote quién es el familiar y qué edad tenía cuando padeció la enfermedad.

Alzheimer _____	Diabetes _____
Dolor de espalda _____	Dolor de cabeza _____
Cáncer _____	Enfermedad coronaria _____
Depresión _____	ACV _____
Demencia _____	Temblores _____

Notas _____

Antecedentes médicos

Fecha del último examen físico/motivo: _____

Fecha de la última radiografía/motivo: _____

Fecha de la última IRM o TC/motivo: _____

Fecha del último análisis de laboratorio/motivo: _____

Notas _____

Enumere todos los medicamentos actuales y suplementos que tome. Incluya la frecuencia y dosis, si las conoce.

Nombre del medicamento/vitamina Cantidad/dosis Frecuencia ¿Cuándo/por qué comenzó a tomarlo?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____