

New Haven Chiropractic Group LLC 951 State St. New Haven, Ct 06511

Cómo pasó esto? Accidente automóvil Relacionado con el trabajo Resbalones y caídas
 Otro _____

Fecha _____

Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Teléfono celular _____ Teléfono de casa _____

¿Cuál es tu estado civil? casado/ compañero soltero divorciado

Dirección de correo electrónico _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Hombre Mujer Otro

Si fue relacionado con el trabajo nombre del Empleador _____

Fecha del accidente _____

Nombre del abogado _____

Tienes seguro médico? Sí No ¿Tiene seguro de automóvil? Si No

Ocurrió este accidente en CT? Si No

Ha perdido días de trabajo? Sí No En caso afirmativo, fechas _____

SI LA LESIÓN ES EL RESULTADO DE UN ACCIDENTE DE VEHÍCULO DE MOTOR, RESPONDA LO SIGUIENTE:

Fue usted el: Conductor Pasajero

Si era pasajero, estaba usted en el: Asiento delantero Asiento trasero Otro

Si es pasajero, nombre del conductor _____

Cómo te golpearon? Detrás De frente Lado del pasajero

Lado del conductor Otro _____

Llevaba puesto el cinturón de seguridad? Sí No ¿Se infló el airbag? Si No

Estaba preparado para el impacto? Si No

Fuiste a la sala de emergencias? Sí No En caso afirmativo, dónde _____

Fuiste en ambulancia? Si No

Le han hecho algún estudio de imágenes (Radiografía/ MRI, CT SCAN, etc.) Sí No

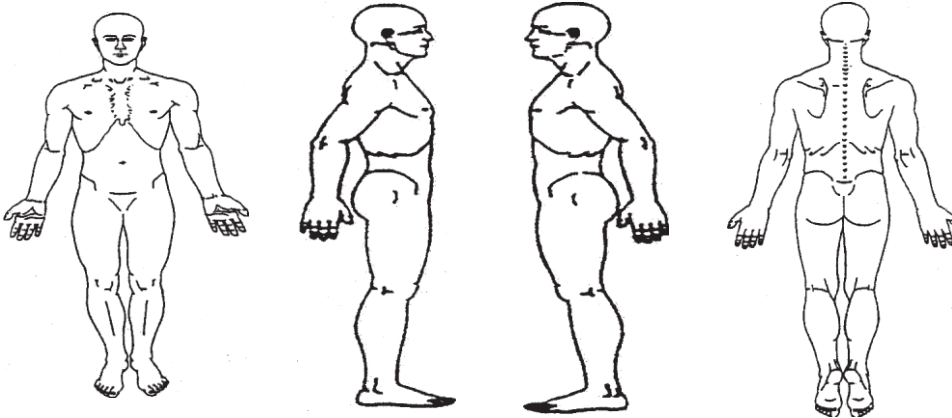
Si sí donde? _____

ACCT# _____

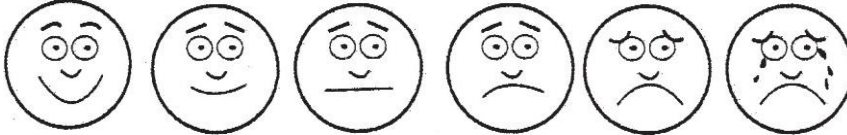


Nombre del paciente _____

Marque el área o áreas de su cuerpo donde siente las sensaciones descritas. Utilice los símbolos adecuados.
Marque las áreas de dolor irradiado e incluya todas las áreas afectadas..



Seleccione su nivel de dolor



0 very happy, no pain
1-2 hurts just a little bit
3-4 hurts a little more
5-6 hurts even more
7-8 hurts a whole lot
9-10 hurts as much as possible

Con respecto a sus lesiones actuales:

¿Dónde le duele?

¿Ha tenido este tipo de dolor en el pasado? Si No En caso afirmativo, describa.

ACCT# _____

Historia de salud

Por favor, verifique si actualmente tiene alguno de los siguientes.

- Ninguno Dolor abdominal Fácil formación de moretones
- Fiebre Mareos Estreñimiento
- Sudores nocturnos Dolores de cabeza Temblores
- Pérdida de apetito Entumecimiento / hormigueo Bultos o masas
- Pérdida de peso inexplicable Marcha inestable Sarpullido en la piel
- Hinchazón de las articulaciones Dolor de pecho Dificultad para orinar
- Dolor al caminar Hinchazón (piernas) Pérdida del control intestinal
- Visión borrosa / Visión doble Dificultad para respirar Pérdida del control urinario
- Pérdida auditiva Tos Sangre en las heces

Historia previa

Por favor, marque si alguna vez tuvo alguno de los siguientes síntomas.

- Ninguno Problemas de coagulación sanguínea Diabetes
- Osteoporosis (baja densidad ósea) Convulsiones Latidos cardíacos irregulares
- Dolor de cuello ANTERIOR Sed excesiva Depresión
- Dolor de espalda ANTERIOR Intolerancia a la temperatura Ansiedad
- Artritis reumatoide síndrome de fatiga crónica Ataque cardíaco
- EPOC Enfermedad de la tiroides Implanted metal Sí No En caso afirmativo, describa

¿Historia del cáncer? Sí No En caso afirmativo, describa:

¿TIENES MARCAPASOS? HISTORIAL DE ACV Sí No

¿Tiene alguna otra afección que debamos conocer y que no esté listada arriba? Sí No En caso afirmativo, describa _____

ACCT# _____

Consentimiento informado para el tratamiento quiropráctico

Aunque es poco común, algunos pacientes pueden experimentar un agravamiento a corto plazo de los síntomas, fracturas de costillas, distensión / esguince de músculos y ligamentos y mareos como resultado de las técnicas de terapia manual. Se han notificado casos de accidente cerebrovascular asociados con muchos movimientos comunes del cuello, que incluyen

Ajustes de la columna cervical superior. La aparente asociación se observa con poca frecuencia, sin embargo, se le advierte sobre esta posible asociación porque el accidente cerebrovascular puede causar un deterioro neurológico grave y, en raras ocasiones, puede provocar lesiones, incluida la parálisis. El

la posibilidad de tales lesiones como resultado del ajuste de la columna cervical superior es rara; sin embargo, es posible que haya casos raros informados de lesiones de disco después del ajuste de la columna cervical y lumbar del tratamiento quiropráctico. El tratamiento quiropráctico, incluido el ajuste de la columna vertebral, ha sido objeto de informes gubernamentales en estudios multidisciplinarios realizados durante muchos años y se ha demostrado que es un tratamiento eficaz para muchas afecciones de espalda y cuello que involucran dolor, entumecimiento, espasmos musculares, pérdida de movilidad, dolores de cabeza, y otros síntomas similares. Reconozco que he hablado o he tenido la oportunidad de hablar con mi quiropráctico sobre la naturaleza y el propósito del tratamiento quiropráctico en general en mi tratamiento en particular (incluido el ajuste espinal), así como todo el contenido de este consentimiento.

Doy mi consentimiento para los tratamientos quiroprácticos que me ofrece o recomienda mi quiropráctico, incluido el ajuste de la columna vertebral. Tengo la intención de que este consentimiento se aplique a toda mi atención quiropráctica presente y futura.

Nombre _____ Fecha _____

Firma del paciente o Tutor _____

Acct# _____

New Haven Chiropractic Group

951 State Street

New Haven, CT 06511

p. 203.787.1331 f. 203.787.1595

En New Haven Chiropractic Group, mantener la confianza de nuestros pacientes es especialmente importante para nosotros. Es por eso que hemos establecido nuestra política de mantener segura y confidencial la información que nos proporciona. Nuestros empleados están informados sobre la importancia de mantener la confidencialidad de su información médica. El aviso de privacidad incluye una descripción completa de los usos y / o divulgaciones de mi información médica protegida (PHI) necesaria para que el consultorio me brinde tratamiento, y necesaria para que el consultorio obtenga el pago por ese tratamiento y lleve a cabo operaciones de atención médica.

La práctica me explicó que el aviso de privacidad está disponible para mí ahora o en el futuro a mi solicitud. La práctica se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad que se prescriben en su aviso de privacidad de acuerdo con la ley aplicable. Entiendo y doy mi consentimiento para los siguientes recordatorios de citas que pueden ser utilizados por la práctica. Esto se hará usando su mensaje de texto, correo de voz, correo electrónico o dirección postal.

La práctica puede usar y / o divulgar mi PHI (que incluye información sobre mi salud o condición y el tratamiento que se me proporcionó) para que la práctica me trate y obtenga el pago por ese tratamiento y según sea necesario para que la práctica lleve a cabo sus operaciones específicas de atención médica. Entiendo que tengo derecho a solicitar un informe de la divulgación de mi PHI que no sea para tratamiento, pago y / o operaciones de atención médica. Entiendo que puedo restringir el acceso o la divulgación de mi PHI. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar ninguna restricción que haya solicitado. Si la práctica está de acuerdo con la restricción solicitada, entonces la restricción es vinculante para la práctica. Entiendo que el consultorio puede compartir mi PHI con la Asociación de quiropráctica de Connecticut en caso de que se necesite defensa para reclamos de seguros o disputas de utilización. Reconozco que he recibido la declaración de privacidad de New Haven Chiropractic Group.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente o Tutor

Relación al paciente

Fecha: _____

ACCT# _____

New Haven Chiropractic Group
951 State Street New Haven, CT 06511
p 203.787.1331 f 203.787.1595

REGLA HIPAA OMNIBUS
RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE
PRIVACIDAD
Y CONSENTIMIENTO / AUTORIZACIÓN LIMITADA Y FORMULARIO DE LIBERACIÓN
Puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Al negarnos, es
posible que no se nos permita procesar sus reclamos de seguro.

Fecha: _____

El abajo firmante acusa recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente vigente para este centro de atención médica. Una copia de este documento firmado y fechado será tan eficaz como el original. MI FIRMA TAMBIÉN SERÁ UNA DIVULGACIÓN DE DOCUMENTOS DE PHI SI PIDO TRATAMIENTO O QUE SE ENVIEN RADIOGRAFÍAS A OTROS MÉDICOS O INSTALACIONES EN EL FUTURO.

Nombre del Paciente

Firma del paciente

Nombre del tutor legal

Relación con el Paciente

Sus comentarios sobre reconocimientos o consentimientos _____

INDIQUE CUALQUIER OTRAS PARTES QUE PUEDAN TENER ACCESO A SU INFORMACIÓN MÉDICA:
(Esto incluye padrastros, abuelos y cualquier cuidador que pueda tener acceso a los registros de este paciente):

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

AUTORIZO EL CONTACTO DE ESTA OFICINA PARA CONFIRMAR MIS Citas, TRATAMIENTO Y FACTURACIÓN A TRAVÉS DE: Celular, Casa, Confirmación del teléfono del trabajo, Confirmación por correo electrónico y / o mensaje de texto a mi teléfono celular

AUTORIZO QUE LA INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD SE TRANSMITIRÁ A TRAVÉS DE: Confirmación del teléfono celular, del hogar, del trabajo, confirmación por correo electrónico y / o mensaje de texto a mi teléfono celular

Al firmar este Formulario de reconocimiento del paciente de la HIPAA, usted reconoce y autoriza que esta oficina puede recomendar productos o servicios para promover su salud mejorada. Esta oficina puede o no recibir remuneración de terceros de estas empresas afiliadas. Nosotros, bajo la actual Regla Ómnibus de HIPAA, le proporcionamos esta información con su conocimiento y consentimiento.--

Solo para uso de oficina As a Privacy Officer, I attempted to obtain the patient's (or representatives) signature on this Acknowledgement but did not because:

- It was emergency treatment _____
- I could not communicate with the patient _____
- The patient refused to sign _____
- The patient was unable to sign because _____
- Other (please describe) _____

Acct# _____

New Haven Chiropractic Group
951 State Street New Haven, CT 06511
Phone: (203) 787-1331 Fax: (203) 787-1595
James Cianciolo D.C. Sarah Levin D.C. Virginia McKenna D.C.

Urgente

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA

Para Proveedores: _____
(NOMBRE DEL MEDICO, CLINICA, HOSPITAL, ETC.)

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento _____

Fecha del accidente/lesión _____

Se le solicita que proporcione la siguiente información indicada a continuación:

SÓLO INFORMES DE DIAGNÓSTICO DE IMÁGENES

Radiografías Historial Diagnostico Tratamientos Reportes
Con respecto a mi: Accidente Lesion Otro _____

Solicitante: _____
NOMBRE DE SEGUROS, ABOGADO, MÉDICO, HOSPITAL, EMPLEADOR, PARIENTES SIGUIENTES, ETC.)

Para el propósito de: _____

(Especifique arriba: revisión, investigación o evaluación de una solicitud, o el procesamiento de cualquier reclamo, o cualquier propósito razonablemente relacionado con las actividades enumeradas anteriormente).

Esta autorización entrará en vigencia de inmediato y permanecerá en vigencia solo el tiempo que sea necesario para que el Solicitante complete las actividades requeridas realizadas. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización en mi Solicitar.

Fecha: _____

Firma del paciente o Tutor _____

Acc# _____