

BIENVENIDO

3 DOMICILIOS PARA SERVIR MEJOR!

PINES WEST
CHIROPRACTIC
18501 Pines Blvd., Suite 104
Pembroke Pines, FL 33029

EAST SIDE
QUIROPRACTIC
8228 Biscayne Blvd.
Miami, FL 33138

MARTINEZ
QUIROPRACTIC
12821 S.W. 88 St.
Miami, FL 33186

INFORMACION DEL PACIENTE

Paciente: _____ Fecha: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Sex: ☐ Masc. ☐ Fem Edad: _____ Fecha de Nac.: _____
☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a)
#Seguro Social: _____ Ocupación: _____
Empleado por: _____ Tel: _____
Dirección: _____
Nombre del Esposo(a): _____ Fecha de Nac.: _____
#Seguro Social: _____ Ocupación: _____
Lugar de Trabajo: _____
Hijos(as) Nombres y Edades: _____
A Quien Agradecemos por Referirlo(a): _____

NUMEROS TELEFONICOS

Casa: _____
Trabajo: _____
Ext: _____
Hora Disponible: _____
Tel. Cel.: _____
Beeper: _____

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____
Parentesco: _____
Tel. Casa: _____
Tel. Trabajo: _____

SEGURO

Quien es responsable de esta cuenta _____
Parentesco con el(la) paciente _____
Nombre de la compañía de seguros _____
Número de tarjeta o grupo _____
Tiene el paciente seguro adicional ☐ Si ☐ No
Del subscritor _____
Fecha de nacimiento _____ # S.S. _____
Parentesco con el (la) paciente _____
Nombre de la compañía de seguros _____
De seguro o identificación _____

INFORMACION DE ACCIDENTE(S)

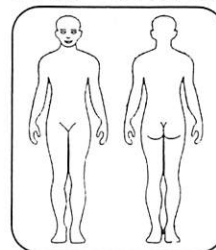
Su condición se debe a un accidente?
☐ Si ☐ No Fecha: _____

Tipo de accidente _____
☐ Auto ☐ Trabajo ☐ Casa ☐ Otro
Explique Otro: _____

Si es afirmativo diga a la recepcionista y llene los formularios correctos en adición a esta forma.

CONDICION DEL (LA) PACIENTE

Razón de su visita: _____ Consulta preventiva: ☐ Si ☐ No
Cuando empezaron los síntomas? _____ Su condición empeora progresivamente? ☐ Si ☐ No ☐ No Se
Marque con una X en el dibujo donde tiene dolor, entumecimiento o cosquilleo _____
Evalúe la severidad del dolor en la escala del 1 poco al 10 mucho dolor _____
Tipo de dolor: ☐ Agudo ☐ Sordo ☐ Palpitante ☐ Entumecido ☐ Achaque ☐ Punzante ☐ Ardoroso
☐ Comezón ☐ Calambre ☐ Endurecimiento ☐ Inflamación ☐ Otro
Cuántos días en la semana pasada sintió dolor? _____ ☐ Es constante ☐ Ocasional
Interfiere con su ☐ Trabajo ☐ Vida familiar ☐ Sueño ☐ Recreación ☐ Ejercicio
Actividades o movimientos que le causan dolor ☐ Sentarse ☐ Pararse ☐ Caminar ☐ Agacharse ☐ Acostarse
Padece otras enfermedades? _____



HISTORIAL CLINICO

Favor de checar y describir:

Cirugía mayor/operaciones: ☐ Apendectomía ☐ Amigdalectomía ☐ Vesícula Viliar ☐ Hernia ☐ Cirugía en espalda
☐ Huesos quebrados ☐ Otras _____

Accidentes, caídas, heridas: _____

Hospitalizaciones (Aparte de las arriba mencionadas): _____

Tratamientos quiroprácticos anteriores: ☐ Ninguno ☐ Nombre del doctor y fecha de la última visita: _____

Medicamentos que toma actualmente: ☐ Pastillas para los Nervios ☐ Relajantes musculares/analgésicos

☐ Medicina para la presión sanguínea ☐ Insulina ☐ Otra _____

Abajo esta una lista de enfermedades que pueden no parecer relacionadas con el objeto de su visita, sin embargo, estas preguntas deben de ser respondidas cuidadosamente debido a que estos problemas pueden afectar el curso integral de su tratamiento quiropráctico.

CHEQUEE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES QUE TIENE O QUE HAYA TENIDO:

- | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|---|--|
| ☐ Neumonía | ☐ Alcoholismo | ☐ Tiroide | ☐ Desórdenes Mentales | ☐ Marcapasos |
| ☐ Fiebre Reumática | ☐ Paperas | ☐ Asma | ☐ Lumbago | ☐ Esclerosis Múltiple |
| ☐ Polio | ☐ Viruela | ☐ Sida/V.I.H. | ☐ Ecsema | ☐ Cuidado Psiquiatrico |
| ☐ Tuberculosis | ☐ Varicela (Viruela Loca) | ☐ Influenza | ☐ Ataque | ☐ Hepatitis |
| ☐ Tos Ferina | ☐ Diabetes | ☐ Pleuresia | ☐ Osteoporosis | ☐ Hernia |
| ☐ Anemia | ☐ Cáncer | ☐ Artritis | ☐ Sistema Inmunológico Débil | ☐ Síntoma de Tunel Carpal |
| ☐ Sarampión/Rubeola | ☐ Cardiopatía | ☐ Epilepsia | ☐ Subluxaciones | ☐ Síndrome de |
| ☐ Dependencia Química | | | | Torceduras Recurrentes |

CHEQUEE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES QUE USTED TIENE O QUE HAYA TENIDO EN LOS ULTIMOS SEIS MESES:

SÍNTOMAS MUSCULO-ESQUELETO

- ☐ Dolor en la parte baja de la espalda
- ☐ Dolor en medio de los hombros
- ☐ Dolor en el cuello
- ☐ Dolor en el brazo
- ☐ Dolor en las articulaciones/endurecimiento
- ☐ Dificultad al masticar/mandíbula con chasquido
- ☐ Envaramiento (tieso) general
- ☐ Dolor en el hombro
- ☐ Dolor en la rodilla
- ☐ Dolor en la cadera
- ☐ Dolor en la mano/la muñeca
- ☐ Dolor en el pie/en el tobillo

SÍNTOMAS GENERAL

- ☐ Fatiga
- ☐ Alergias
- ☐ Pérdida del Sueño
- ☐ Fiebre
- ☐ Dolor de la cabeza/jaquecas

SÍNTOMAS S.V.R.

- ☐ Dolor en el pecho
- ☐ Dificultad con la respiración
- ☐ Presión sanguínea alta/baja
- ☐ Latido cardiaco irregular
- ☐ Problemas cardiacos
- ☐ Problemas pulmonares/congestionamiento
- ☐ Venas varicosas
- ☐ Hinchazón de lost tobillos
- ☐ Ataque

DAMAS SOLAMENTE

¿Cuándo fue su último ciclo menstrual? _____ ¿Está usted embarazada? ☐ Si ☐ No ☐ No estoy segura

SÍNTOMAS GASTRO INTESTINAL

- ☐ Appetito pobre/excesivo
- ☐ Sed excesiva
- ☐ Nausea frecuente
- ☐ Vómito
- ☐ Diarrea
- ☐ Constipación
- ☐ Hemorroides
- ☐ Problemas del hígado
- ☐ Vesícula Biliar
- ☐ Problemas de peso
- ☐ Calambres abdominales
- ☐ Gas/hinchazón estomacal después de comer
- ☐ Excremento con sangrado/negro
- ☐ Colitis

SÍNTOMAS GENITO-URINARIO

- ☐ Problemas con la vejiga
- ☐ Orinar con dolor o en forma excesiva
- ☐ Orina descolorida

SÍNTOMAS MASCULINO/FEMENINO

- ☐ Irregularidad menstrual
- ☐ Calambres menstruales
- ☐ Dolor vaginal/infección
- ☐ Dolor en los senos/quistes-nódulos endurecidos o hinchazón
- ☐ Próstata inflamada/disfunción sexual
- ☐ Enfermedades Venereas
- ☐ Otros problemas _____

SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO

- ☐ Nerviosismo
- ☐ Entumecimiento
- ☐ Parálisis
- ☐ Mareos
- ☐ Olvidadizo
- ☐ Confusión/depresión
- ☐ Desmayos
- ☐ Convulsiones
- ☐ Extremidades frias/con comezón
- ☐ Estres

SÍNTOMAS O.L.G.

- ☐ Piquetes en los ojos
- ☐ Problemas dentales
- ☐ Garganta irritada
- ☐ Dolor en los oidos
- ☐ Dificultad para oír
- ☐ Nariz congestionada

HISTORIAL MEDICO FAMILIAR

Los siguiente miembros de la familia tienen los mismos o similares problemas que yo:

- ☐ Madre _____
- ☐ Padre _____
- ☐ Hermano _____
- ☐ Hermana _____
- ☐ Esposo(a) _____
- ☐ Hijo(a) _____

EJERCICIO

- ☐ Ninguno
- ☐ Moderado
- ☐ Diariamente
- ☐ Pesado

ACTIVIDAD EN EL TRABAJO

- ☐ Sentado(a)
- ☐ Computadora
- ☐ Parado(a)
- ☐ Trabajo liviano
- ☐ Trabajo pesado

HABITOS

- ☐ Fumar
- ☐ Alcohol
- ☐ Café o bebidas con cafeína
- ☐ Alto Grado de estrés

Paquetes al Día _____
Tragos/Semana _____
Tazas/Día _____
Razón _____

¿Qué es lo mas importante en su relación paciente/médico? _____

¿Cuáles son sus metas de salud? ☐ Evitar el dolor ☐ Corregir mi problema de salud

Firma _____

BIENVENIDO(A)



PINES WEST CHIROPRACTIC

"Live Healthy, Be Happy"

18501 Pines Blvd. Ste 104, Pembroke Pines, FL 33029

T: 954-432-3343 | F: 954-450-2565

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Apodo	
Dirección	Apt.	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de casa	Teléfono celular	Correo electrónico	Edad	Fecha de nacimiento
Recordatorios de la cita (24 horas antes de la cita)		☐ Mensaje de texto - Proveedor teléfono celular: _____	☐ Email	
Estado civil		Sexo		
☐ Soltero(a)	☐ Casado(a)	☐ Viudo(a)	☐ Divorciado(a)	☐ Hombre ☐ Mujer

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre completo	Relación	Número de teléfono

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Autorizo a Martinez Chiropractic Center y cualquier miembro de su personal para dejar mensajes telefónicos o de correo electrónicos y revelar información médica protegida referente a mí; incluyendo pero no limitado a información médica, tales como resultados, recordatorios de citas o cualquier otra información médica protegida relacionados con mi tratamiento a los siguientes números o correo electrónico:

Teléfono de casa:	Teléfono de celular:	Teléfono de trabajo:	Teléfono de fax:
Correo electrónico: _____			

Autorizo al centro y cualquier miembro de su personal a revelar mi información a las siguientes personas:

Nombre: _____	Relación: _____	Número de teléfono: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Número de teléfono: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Número de teléfono: _____

Firma del paciente: _____	Fecha: _____
---------------------------	--------------

FORMA DE NO ACCIDENTE

Yo estoy obteniendo tratamiento en Martinez Chiropractic Center. El tratamiento no es debido a lesión, accidente de automóvil, resbalón o caídas relacionadas con mi trabajo ni tengo ningun caso pendiente.

AUTORIZACIÓN DE SEGUROS

Autorizo el pago de los beneficios debido a mí de mi compañía de seguros y/o abogado directamente a Martinez Chiropractic Center. Además autorizo cualquier registros requerido por mi proveedor de seguros. Entiendo perfectamente Soy financieramente responsable por cualquier cargo de esta autorización a Martinez Chiropractic Center. En el caso que lo se hace necesario instituir un litigio sobre la falta de pago de nuestros honorarios, los costos y gastos legales incurridos en ella son mi responsabilidad.

CERTIFICACIÓN DE SEGURO

Este es para certificar que he presentado toda información con respecto a mi plan de seguro médico.

Seguro médico en efecto es:

Nombre de su seguro: _____ ID: _____ Grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Relación con el asegurado: _____

Mi firma certifica que la información que he llenado de arriba es correcta, y que no busco tratamiento debido a un accidente de auto, lesiones de trabajo o resbalones/caídas ni tengo ningun caso pendiente.

Nombre del paciente: _____ Firma del paciente: _____ Fecha: _____

FORMULARIO PARA LA CONFIRMACION POR ESCRITO DE HABER RECIBIDO AVISO DE LAS PRATICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de Martinez Chiropractic Center de privacidad de paciente.

Nombre del paciente: _____ Firma del paciente: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Por la presente solicito y consiento la realización de tratamientos quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos / médicos, incluyendo varias formas de terapia física y radiografías de diagnóstico por Martínez Chiropractic Center. Este consentimiento se extiende a otros Quiroprácticos, asistentes de quiropráctica o terapeutas de masaje con licencia, que ahora o en el futuro, están empleados, trabajando o asociado con esta oficina. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir, con el doctor de quiropráctica y / u otro personal de oficina, la naturaleza y propósito de la atención que se está prestando.

Entiendo que los resultados no están garantizados. Además, he sido informado y entiendo que, como en la práctica de cualquiera de las artes curativas, en la práctica de la quiropráctica, hay algunos riesgos para el tratamiento incluyendo, pero no limitado a, fracturas, lesiones de disco, accidentes cerebrovasculares, subluxaciones y torceduras. También entiendo que el médico, que explicó todas estas cosas a mí, no está esperando ser capaz de anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones. Yo confiaré sobre el médico para ejercer el juicio adecuado durante el curso de la atención, sobre la base de los hechos conocidos en este momento, y en mi mejor interes.

Mi firma abajo certifica que he leído, o me ha leído el consentimiento anterior. También certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y opciones de atención han sido explicadas. Al firmar este formulario de consentimiento, estoy de acuerdo con el cuidado que se me ha proporcionado durante el curso del tratamiento para mí (s) presente (s) estado (s) y para cualquier condición futura que solicite tratamiento.

Nombre del paciente: _____ Firma del paciente: _____ Fecha: _____

PÓLIZA DE MASAJE Y TERAPIA MANUAL

En nuestra oficina ofrecemos masajes y terapia manual como un servicio adicional para el paciente. Los masajes terapéuticos y la terapia manual tienen gran importancia en su recuperación, y los doctores lo recomiendan como parte de su tratamiento. Nuestra póliza es que todas las citas necesitan ser programadas. Si usted necesita cambiar o pierde una cita debe llamar no menos 24 horas de anticipación. Si usted no llama, hay un cargo de \$25.00. La única excepción a esto es si usted tiene una emergencia personal. Gracias por su cooperación,

Nombre del paciente: _____ Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Cuestionario De Salud PHQ

ACN Group, Inc. - Form PHQ-202

Patient Account Number

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

1. Describa sus síntomas

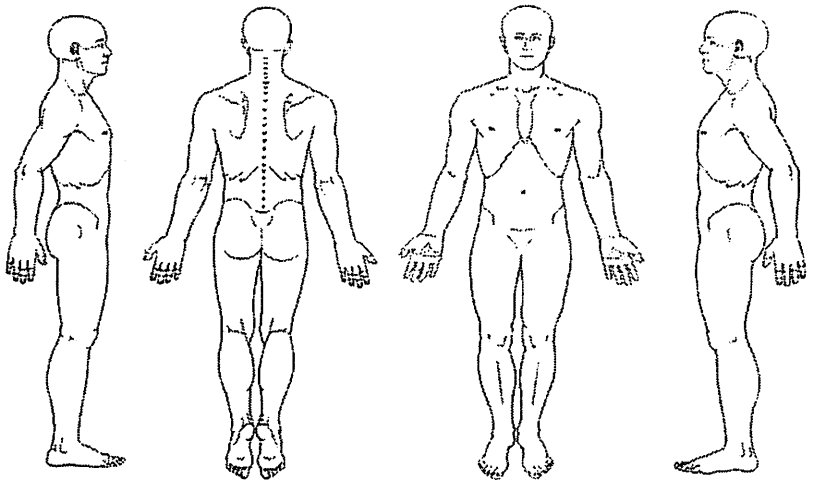
a. Cuando empezaron sus síntomas? _____

b. Como empezaron sus síntomas? _____

2. Que tan seguido sufre sus síntomas?

- ☐ Constantemente (76-100% del día)
☐ Frecuentemente (51-75% del día)
☐ Ocasionalmente (26-50% del día)
☐ Raramente (0-25% del día)

Indique donde siente el dolor o tiene otros síntomas.



3. Que describe la naturaleza de sus síntomas?

- ☐ Punzante ☐ Agudo
☐ Opaco ☐ Ardor
☐ Adormecido ☐ Hormigueo

4. Como estan cambiando sus síntomas?

- ☐ Mejorando
☐ Igual
☐ Empeorando

5. Durante las 4 semanas pasadas:

A. Indique la intensidad de sus síntomas

Ninguno ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ Intolerable ⑩

B. Cuanto interfiere su dolor con su trabajo normal (incluyendo trabajos fuera del hogar y domesticos)

- ☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremadamente

6. En las ultimas 4 semanas que tanto tiempo ha interferido su condición con sus actividades sociales?(Por ejemplo, visitando con amigos o familiares)

- ☐ Todo el tiempo ☐ Mayor parte del tiempo ☐ Parte del tiempo ☐ Poco parte del tiempo ☐ Ningun parte del tiempo

7. En general diria usted que su salud ahorita es..

- ☐ Excelente ☐ Muy Bien ☐ Buena ☐ Mas O Menos ☐ Mal

8. A quien ha visto para sus síntomas?

- ☐ Nadie ☐ Medico ☐ Otro
☐ Quiropractico ☐ Terapista Fisico

A. Que tratamiento recibio usted y cuando?

B. Que exámenes ha tenido usted para sus síntomas y cuando fueron realizados?

- ☐ Rayos X Fecha: _____ ☐ CT Scan Fecha: _____
☐ Resonancia/MRI Fecha: _____ ☐ Otros Fecha: _____

9. Ha tenido usted estos mismos síntomas en el pasado? ☐ Si

☐ No

A. Si ha recibido usted tratamiento en el pasado para los mismos o semejantes quien vio usted?

- ☐ Esta Oficina ☐ Medico ☐ Otro
☐ Otro Quiropractico ☐ Terapista Fisico

10. Cual es su oficio?

- ☐ Profesional/Ejecutivo ☐ Obrero ☐ Jubilado
☐ De oficina ☐ Ama de Casa ☐ Otro
☐ Comerciante ☐ Estudiante

A. Si no es jubilado, ama de casa o estudiante cual es su posición actual de trabajo?

- ☐ Tiempo Completo ☐ Desempleado ☐ Otro
☐ Medio Tiempo ☐ Fuera de trabajo
☐ Dueño de su propio negocio

Firma Del Paciente _____ Fecha _____

Cuestionario De Salud

ChiroCare of Wisconsin, Inc.

Patient Account Number

Nombre

Fecha

¿Qué tipo de ejercicio hace usted regularmente?

☐ Ninguno

☐ Ligero

☐ Moderado

☐ Pesado

¿Cuál es su estatura y peso?

Estatura

--	--	--

Pies Pulgadas

Peso

--	--	--

Libras

Para cada una de las condiciones mencionadas a continuación, por favor coloque una X en la columna que aplique.

Pasado Presente

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| ☐ | ☐ | Dolores de cabeza |
| ☐ | ☐ | Dolor de cuello |
| ☐ | ☐ | Dolor de espalda alta |
| ☐ | ☐ | Dolor de espalda media |
| ☐ | ☐ | Dolor de espalda baja |
| ☐ | ☐ | Dolor de hombro |
| ☐ | ☐ | Dolor de codo/brazo |
| ☐ | ☐ | Dolor de muñeca |
| ☐ | ☐ | Dolor de mano |
| ☐ | ☐ | Dolor de cadera/muslo |
| ☐ | ☐ | Dolor rodilla/pierna baja |
| ☐ | ☐ | Dolor tobillo/pie |
| ☐ | ☐ | Dolor en la mandíbula |
| ☐ | ☐ | Hinchazón o rigidez articular |
| ☐ | ☐ | Artritis |
| ☐ | ☐ | Artritis reumatoide |
| ☐ | ☐ | Fatiga |
| ☐ | ☐ | Mareos |
| ☐ | ☐ | Desequilibrio |
| ☐ | ☐ | Alteraciones de la visión |

Pasado Presente

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| ☐ | ☐ | Presión alta/baja |
| ☐ | ☐ | Ataque al corazón |
| ☐ | ☐ | Dolores en el pecho |
| ☐ | ☐ | Accidente cerebrovascular |
| ☐ | ☐ | Angina de pecho |
| ☐ | ☐ | Piedras en el riñón |
| ☐ | ☐ | Trastornos de riñón |
| ☐ | ☐ | Infección de vejiga |
| ☐ | ☐ | Dolor al orinar |
| ☐ | ☐ | Pérdida de Control de vejiga |
| ☐ | ☐ | Problemas próstata |
| ☐ | ☐ | Aumento/pérdida de peso anormal |
| ☐ | ☐ | Apetito pobre/excesivo |
| ☐ | ☐ | Dolor abdominal |
| ☐ | ☐ | Ardor de estómago |
| ☐ | ☐ | Estreñimiento/diarrea/vómitos |
| ☐ | ☐ | Hígado/vesícula vejiga trastorno |
| ☐ | ☐ | Cáncer |
| ☐ | ☐ | Tumor |
| ☐ | ☐ | Asma |
| ☐ | ☐ | Sinusitis crónica |

Pasado Presente

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| ☐ | ☐ | Diabetes |
| ☐ | ☐ | Sed excesiva |
| ☐ | ☐ | Orinar en forma escases |
| ☐ | ☐ | Fumar/uso de productos de tabaco |
| ☐ | ☐ | Dependencia de drogas/alcohol |
| ☐ | ☐ | Alergias |
| ☐ | ☐ | Epilepsia |
| ☐ | ☐ | Lupus Sistémico |
| ☐ | ☐ | Eccema/dermatitis/erupciones |
| ☐ | ☐ | VIH/SIDA |
| ☐ | ☐ | Depresión/Ansiedad/Ataques de pánico |
| ☐ | ☐ | Pildoras anticonceptivas |
| ☐ | ☐ | Irregularidad menstrual/calambre |
| ☐ | ☐ | Embarazo |
| ☐ | ☐ | Último ciclo Menstrual |

Para las mujeres

Hijos ☐ Ninguno ☐ Cuantos: _____

Otros problemas de salud

☐	☐	_____
☐	☐	_____
☐	☐	_____

Indicar si un miembro de la familia inmediato ha tenido alguno de los siguientes:

- ☐ Artritis reumatoide ☐ Problemas del corazón ☐ Diabetes ☐ Cáncer ☐ Lupus ☐ _____

Lista de todos los prescripción y medicamentos sin receta y suplementos nutricionales naturales que está tomando:

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Lista de todos los procedimientos quirúrgicos que ha tenido y veces que ha sido hospitalizados:

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma del Paciente

Fecha

Comentarios adicionales del médico

_____	_____
_____	_____

Firma del médico

Fecha

_____	_____
_____	_____



PINES WEST CHIROPRACTIC

"Live Healthy, Be Happy"

18501 Pines Blvd. Ste 104, Pembroke Pines, FL 33029

T: 954-432-3343 | F: 954-450-2565

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Quien suscribe autoriza a Damian Martinez y Joseph Buckley, Medicos Quiropractico o cualquiera que ellos designen como sus asistentes, a realizar exámenes físicos, tomar radiografías, terapias físicas, y realizar procedimientos diagnosticos, y si alguna condicion no prevista surge en el curso de estos procedimientos, diferente o en adición a la(s) pre-existent(s), le autorizo a realizar lo que considere(n) recomendable. La naturaleza y proposito de estos procedimientos, el riesgo que los mismos implican, y la posibilidad de complicaciones me han sido explicados. Entiendo que no se me ha ofrecido ninguna garantía de los resultados que pueden obtenerse.

Firma del Paciente o Tutor _____ Fecha _____

AUTORIZACION

Quien suscribe autoriza a mi compañía de seguro y/o abogado enviar los pagos de los beneficios que me corresponden directamente a Pines West Chiropractic Center. Autorizo también a que todos los archivos médicos que mi compañía de seguros y/o abogado requieren les sean remitidos. Entiendo que soy responsable ante Pines West Chiropractic Center por los cargos que no sean cubiertos por esta autorización. En el caso de que sea necesario instituir un litigio sobre gastos no pagados por nuestros servicios, los gastos legales incurridos serán responsabilidad del paciente.

Firma _____ Fecha _____

NOTA:

Anexo encontrara nuestra reclamacion por servicios prestados al paciente mencionados arriba. Confio en que esto sera suficiente para que nuestra reclamacion sea procesada inmediatamente.

Por favor observe que esta es una reclamacion asignada y el pago debera ser enviado por correo directamente a este proveedor. Si no puede hacer este pago solo a Pines West Chiropractic Center, usted honrara este poder e incluire este nombre como un beneficiario.



PINES WEST CHIROPRACTIC

Formulario de Autorización

18501 Pines Blvd. Ste 104, Pembroke Pines, FL 33029

T: 954-432-3343 | F: 954-450-2565

"Live Healthy, Be Happy"

Pines West Chiropractic Center

Autorización del Paciente para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

Al firmar, autorizo a Pines West Chiropractic a utilizar y/o revelar cierta información de salud protegida (PHI) acerca de mí a _____.

Esta autorización permite a Pines West Chiropractic utilizar y/o revelar la siguiente información de salud individualmente identificable acerca de mí (describir específicamente la información que se utilizará o divulgará, como la fecha (s) de servicios, tipos de servicios, nivel de detalle a ser liberado, origen de la información, etc.

La información será utilizada o divulgada para el siguiente propósito:

(si la divulgación es solicitada por el paciente, el propósito se puede enumerar como "a petición del individuo")

El propósito(s) es/se proporciona para que yo pueda tomar una decisión informada si permitir la liberación de la información. La autorización expirará en _____.

La práctica recibirá _____ no recibirá _____ el pago u otra remuneración de terceros a cambio de usar o revelar la PHI.

No tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento de Pines West Chiropractic Center. De hecho, tengo el derecho de rehusarme a firmar esta autorización. Cuando mi información sea utilizada o revelada conforme a esta autorización, puede estar sujeto a la redivulgación por el destinatario y no puede ser protegido por las normas federales de privacidad de HIPAA. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida en que la práctica haya actuado en dependencia de esta autorización. Mi revocación por escrito debe ser presentada al oficial de privacidad en:

Pines West Chiropractic Center, 18501 Pines Blvd. Suite 104 Pembroke Pines, FL 33029

(954) 432-3343

He recibido una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" y lo he leído.

Firma del Paciente o Tutor Legal

Relación con el Paciente

Nombre

Fecha

Nombre de Tutor Legal

Fecha



PINES WEST CHIROPRACTIC

"Live Healthy, Be Happy"

18501 Pines Blvd. Ste 104, Pembroke Pines, FL 33029

T: 954-432-3343 | F: 954-450-2565

Instrucciones: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas e indique el nivel de dificultad o discapacidad según sea el caso. Para cada pregunta el 0 indica **ningún tipo de dificultad o discapacidad** y el 10 **completa discapacidad o dificultad o que para completar la tarea necesita ayuda o asistencia**.

1. ¿Cuanto interfiere el dolor con tu trabajo fuera y dentro de la casa.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. ¿Cuanto interfiere el dolor con tu cuidado personal como bañarte, vestirse, etc.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. ¿Cuanto interfiere el dolor cuando viajas.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. ¿Cuanto interfiere el dolor cuando estas de pie o sentado.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. ¿Cuanto interfiere el dolor cuando levantas cosas sobre la cabeza, agarras objetos o tratas de alcanzar cosas.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. ¿Cuanto interfiere el dolor cuando recojes cosas del piso, te doblas, o te agachas.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. ¿Cuanto interfiere el dolor cuando corres o caminas.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. ¿Se ha afectado tu ingreso por el dolor?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. ¿Necesitas medicamentos para el dolor a diario?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. A consecuencia del dolor, ¿te has visto en la necesidad de visitar doctores más frecuente?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. A consecuencia de dolor, ¿ya no puedes ver personas importantes en tu vida como quisieras?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12. ¿El dolor interfiere con actividades recreacionales o pasatiempos que son importantes para ti?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13. ¿Has necesitado ayuda de familiares o vecinos para completar trabajos o tareas (dentro o fuera del hogar) debido al dolor?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14. ¿Te sientes más deprimido, tenso, o ansioso que antes debido al dolor?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15. ¿Existe algún problema emocional causado por el dolor que está interfiriendo con tu vida familiar, social o actividades del trabajo?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nombre del Paciente _____

Firma del Doctor _____

HIPAA Notice of Privacy Practices

PINES WEST CHIROPRACTIC CENTER, INC.

18501 Pines Blvd, Ste 104 Pembroke Pines, FL 33029-1414

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW CAREFULLY.

If you have any questions about the above notice, please contact our Office at

954-432-3343

Our Obligations

We are required by law to:

- Maintain the privacy of protected health information
- Give you the notice of your legal duties and privacy practices regarding health information about you
- Follow the terms of our notice that is currently in effect

How We May Use and Disclose Health Information

Described as follows are the ways we may use and disclose health information that identifies you ("Health Information"). Except for the following purposes, we will use and disclose health information only with your written permission. You may revoke such permissions at any time by writing to our practice's privacy officer.

Treatment. We may use and disclose Health Information for your treatment and to provide you with treatment-related health care services. For example, we may disclose Health Information to doctors, nurses, technicians, or other personnel, including people outside our office, who are involved in your medical care and need the information to provide you with medical care.

Payment. We may use and disclose Health Information so that we or others may bill and receive payment from you, an insurance company, or a third party for treatment and services you receive. For example, we may give your health plan information so that they will pay for your treatment.

Health Care Operations. We may use and disclose Health Information for health care operation purposes. These uses and disclosures are necessary to make sure that all of our patients receive quality care to operate and manage our office. For example, we may use and disclose information to make sure the obstetric or gynecologic care you receive is of the highest quality. We also may share information with our entities that have a relationship with you (for example, your health plan) for their health care operation activities.

Appointment Reminders, Treatment Alternatives, and Health Related Benefits and Services. We may use and disclose Health Information to contact you and remind you that you have an appointment with us. We also may use and disclose Health Information to tell you about treatment alternatives or health related benefits and services that may be of interest to you.

Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care. When appropriate, we may share Health Information with a person who is involved in your medical care or payment for your care, such as your family or a close friend. We also may notify your family about your location or general condition or disclose such information to an entity assisting in a disaster relief effort.

Research. Under certain circumstances, we may use and disclose Health Information for research. For example, a research project may involve comparing the health of patients who receive one treatment to those who receive another for the same condition. Before we use or disclose Health Information for research, the project will go through a special approval process. Even without special approval, we may permit researchers to look at records to help them identify patients who may be included in their research project or for other similar purposes.

Special Situations

As required by law. We will disclose Health Information when required to do so by international, federal, state, or

local law.

To Avert a Serious Threat to Health or Safety. We will disclose Health Information when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the public, or another person. Disclosure, however, will be made only to someone who may be able to help provide treatment.

Business Associates. We may disclose Health Information to our business associates that perform functions on our behalf or to provide us with services if the information is necessary for such functions or services. For example, we may use another company to perform billing services on our behalf. All of our business associates are obligated to protect the privacy of your information and are not allowed to use or disclose any information other than that as specific in our contract.

Organ and Tissue Donation. If you are an organ donor, we may use or release Health Information to organizations that handle organ procurement or other entities engaged in procurement; banking or transportation of organs, eyes, or tissues to facilitate organ, eye, or tissue donation, and transplantation.

Military and Veterans. If you are a member of the army forces, we may use or release Health Information as required by military command authorities. We also may release Health Information to the appropriate foreign military authority if you are a member of a foreign military.

Worker's Compensation. We may release Health Information for worker's compensation or similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.

Public Health Risks. We may disclose Health Information for public health activities. These activities generally include disclosure to prevent or control disease, injury, or disability; report child abuse or neglect; report reactions to medications or problems with products; notify people of recalls of products they may be using; inform a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition; and report to the appropriate government authority if we believe a patient has been a victim of abuse, neglect, or domestic violence. We will only make this disclosure if you agree or when required by law.

Health Oversight Activities. We may disclose Health Information to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include, for example, audits, investigations, inspections, and licensure. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws.

Lawsuits and Disputes. If you are involved in a lawsuit of a dispute, we may disclose Health Information in response to a court or a court administrator order. We also may disclose Health Information in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process by someone else involved in the dispute, but only if efforts have been made to tell you about the request or to obtain an order protecting the information requested.

Law Enforcement. We may release Health Information if asked by a law enforcement official if the information is: 1) in response to a court order, subpoena, warrant, summons, or similar process; 2) limited information to identify or locate a suspect, fugitive, material witness, or missing person; 3) about the victim of crime even if, under certain circumstances, we are unable to obtain the person's agreement; 4) about a death we believe may be the result of criminal conduct; 5) about criminal conduct on our premises and; 6) in an emergency to report a crime to the location of the crime if victims, or the identity, description, or location of the person who committed the crime.

Coroners, Medical Examiners, Funeral Directors. We may release Health Information to a coroner or medical examiner. This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death. We may also release Health Information to funeral directors as necessary for their duties.

National Security and Intelligence Activities. We may release Health Information to authorized federal officials so they may provide protection to the President, other authorized persons, or foreign heads of state, or to conduct special investigations.

Protective Services and Intelligence Activities. We may release Health Information to authorized federal officials so they may provide protection to the President, other authorized persons, or foreign heads of state, or to conduct special investigations.

Inmates or Individuals in Custody. If you are an inmate of a correctional institution or other custody of a law enforcement official, we may release Health Information to the correctional institution or law enforcement official. This release would be made if necessary 1) for the institution to provide you with health care; 2) to protect your health and safety or the health and safety of others, or; 3) for the safety and security of the correctional institution.

Your Rights

You have the following rights regarding Health Information we have about you:

Right to Inspect and Copy. You have the right to inspect and copy Health Information that we may use to make decisions about your care or payment for your care. This includes medical and billing records, other than psychotherapy notes. To inspect and copy this information, you must make your request in writing, to our Privacy Officer.

Right to Amend. If you feel that Health Information we have is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. You have the right to request an amendment for as long as the information is kept by or for our office. To request an amendment, you must make your request, in writing, to our Privacy Officer.

Right to an Accounting of Disclosures. You have the right to request a list of certain disclosures we made of Health Information for purposes other than treatment, payment, and health care operations or for which you provided written authorization. To request an accounting of disclosures, you must make your request, in writing, to our Privacy Officer.

Right to Request Restrictions. You have the right to request a restriction or limitation on the Health Information we use or disclose for treatment, payment, or health care operation. You also have a right to request a limit on the Health Information we disclose to someone involved in your care or the payment for your care, like a family member or friend. For example, you can ask that we not share information about your particular diagnosis or treatment with your spouse. To request a restriction, you must make your request, in writing, to our Privacy Officer. **We are not required to agree with your request.** If we agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you with emergency treatment.

Right to Request Confidential Communication. You have the right to request that we communicate with you about your medical matters in a certain way or at a certain location. For example, you can ask that we contact you only by mail or at work. To request confidential communications, you must make your request, in writing, to our Privacy Officer. Your request must specify how or where you wish to be contacted. We will accommodate reasonable requests.

Right to a Paper Copy of This Notice. You have the right to a paper copy of this notice. You must ask us to give you a copy of this notice at any time. Even if you have agreed to receive this notice electronically, you are still entitled to a paper copy of this notice. You may obtain a copy of this notice by contacting our office.

Changes to This Notice

We reserve the right to change this notice and make the new notice apply to Health Information we already have as well as any information we receive in the future. We will post a current copy of our notice at our office. The notice will contain the effective date on the first page, in the top right hand corner.

Complaints

If you believe your privacy has been violated, you may file a complaint with our office or with the Secretary of the Department of Health and Human Services. To file a complaint with our office, contact our Privacy Officer. All complaints must be made in writing. **You will not be penalized for filing a complaint.**

By Subscribing my name below, I acknowledge receipt of a copy of this notice, and my understanding and my agreement to its terms.

Patient Signature

Date