

## Historial Médico Quiropráctico/Registro del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_ Paciente #: \_\_\_\_\_ Doctor: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Estado Civil: C S V D

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_

Dirección Empresa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono Empresa: \_\_\_\_\_

Esposo(a): \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_

¿Cuántos niños tiene?: \_\_\_\_\_ Nombres y Edad de sus Niños: \_\_\_\_\_

Nombre de su Familiar de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

¿Quién lo refirió con nosotros?: \_\_\_\_\_

Nombre de su Doctor Familiar: \_\_\_\_\_

Cuando los doctores trabajan juntos, le beneficia a usted. ¿Nos autoriza avisar a su doctor familiar sobre el tratamiento que recibirá de parte de nuestro consultorio?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Ponga en un circulo el seguro médico con el que cuenta para cubrir su tratamiento:

Major Medical      Worker's Compensation      Medicaid      Medicare      Auto Accident

Medical Savings Account & Flex Plans      Otro \_\_\_\_\_

Nombre de su Compañía de Seguro Principal : \_\_\_\_\_

Nombre de su Compañía de Seguro Secundaria (solo si la tiene): \_\_\_\_\_

AUTORIZACION Y COMUNICACION: Autorizo el pago de los beneficios del seguro médico directamente al quiropractico o consultorio. Autorizo al doctor a comunicar toda la informacion necesaria con el personal médico y con otros proveedores de servicios médicos y de cobro para asegurar el pago de los beneficios. Entiendo que soy el o la responsable por todos los cargos relacionados con el tratamiento quiropráctico sin importar el tipo de seguro médico. También entiendo que si suspendo o termino con mi tratamiento, cualquier cargo por servicios profesionales realizados deberán ser inmediatamente cubiertos y pagados.

El o la paciente entiende y esta de acuerdo en permitir a este consultorio quiropráctico a utilizar su Información de Salud del Paciente con el propósito de administrar su tratamiento, pago, cuidados médicos y recuperación de su salud. Queremos que sepa como será utilizada su Información de Salud del Paciente en este consultorio y sus derechos con respecto a su historial médico. Si desea tener información más detallada sobre nuestras políticas y procedimientos con respecto a la privacidad de su Información de Salud del Paciente lo invitamos a leer el HIPAA NOTICE disponible en la recepción antes de firmar este consentimiento.

Las siguientes personas tienen mi permiso para recibir mi Información de Salud Personal.

---

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Tutor autorizando el tratamiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_