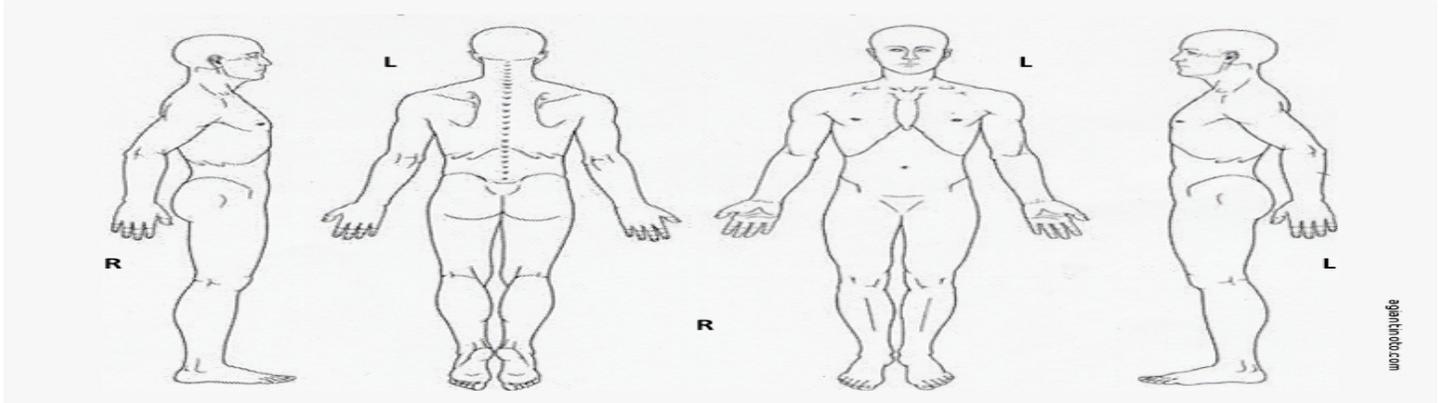


Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Por favor circule el tipo de atención que está buscando: CUIDADO DE LA SALUD BIENESTAR

Si tiene dolor u otros síntomas, marque la ubicación correspondiente a continuación:



Por favor díganos los detalles pertinentes de su condición: Si es necesario, utilice el reverso de este formulario.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿En qué posición te encuentras en la mayor parte del día? \_\_\_\_\_

Nivel actual de estrés: bajo medio alto Fuente principal de estrés: \_\_\_\_\_

Surgeries Pasado, Traumatismos y/o Condiciones de Salud:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamentos con receta: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_ pies \_\_\_\_ pulgadas Peso: \_\_\_\_ libras. Ejercicio: \_\_\_\_ x por semana

Sueño por noche: \_\_\_\_ horas Ingesta diaria de agua: \_\_\_\_ tazas o litros

Los 3 alimentos principales: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Círculo: Consumo de alcohol Consumo de tabaco Café / té Antiácidos Bebidas energéticas Medicamentos de venta libre

Dietas especiales: \_\_\_\_\_

Vitaminas / Suplementos: \_\_\_\_\_

Actividades o pasatiempos agradables: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## HIPAA Divulgación de Información FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_ (Su nombre) por la presente autorizo al Dr. Anthony Giantinoto y sus afiliados, sus empleados y agentes (colectivamente "La Oficina"), a usar y / o divulgar la información médica protegida (PHI) descrita a continuación a cualquier persona y / o organización con el propósito de ayudarme a resolver reclamos y problemas de cobertura de beneficios de salud.

Específicamente, mi PHI completa mantenida por "La Oficina" (p. Ej., Información relacionada con el diagnóstico, tratamiento, pago de reclamos y servicios de atención médica brindados o que se me brindarán y que identifica mi nombre, dirección, número de seguro social, identificación de miembro número). No compartimos sin su consentimiento la siguiente información: Registros de salud mental, Enfermedades transmisibles, Tratamiento por abuso de alcohol / drogas y / u OTRO (especifique):

\_\_\_\_\_.

Entiendo que cualquier información de salud personal u otra información divulgada a cualquiera de las personas u organizaciones identificadas anteriormente puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de dichas personas / organizaciones y puede que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales y estatales aplicables.

Esta autorización es válida a partir de la fecha de mi firma, o la de mi representante, a continuación y permanecerá en vigor y efecto hasta (9) meses después de mi muerte o la siguiente fecha en la que hayamos acordado que esta autorización expira.

Fecha alternativa de vencimiento de la autorización: \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización mediante notificación por escrito a "La Oficina". Sin embargo, esta autorización no puede ser revocada si "La Oficina", sus empleados o agentes han tomado medidas sobre esta autorización antes de recibir mi notificación por escrito. También entiendo que tengo derecho a tener una copia de esta autorización.

Además, entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa a firmar no afectará mi elegibilidad para los beneficios o la inscripción o el pago o la cobertura de los servicios.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Si Corresponde, Los Representantes Legales Firman a Continuación:

Al firmar este formulario, declaro que soy el representante legal del Miembro identificado anteriormente y proporcionaré una prueba por escrito (por ejemplo, poder notarial, testamento en vida, documentos de tutela, etc.) de que estoy legalmente autorizado para actuar en nombre del Miembro Con respecto a este formulario de autorización.

Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del Testigo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Estado Civil: M S D W # de Los Niños: \_\_\_\_

Contacto Teléfono #: \_\_\_\_\_ Suplente número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

ESTADO: Movilidad · En búsqueda de Empleo · Estudiante · Ama · Empresario · Empleo · Retirado

Mayor, Tipo de Negocio u Ocupación: \_\_\_\_\_

Escuela, Negocio o Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia o Padre / Tutor: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ # de Contacto: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Información Alternativa de Emergencia: \_\_\_\_\_

Médico de Familia Actual: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Última visita médica: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Estuvo has ido a un quiropráctico? Si o No

OPERADOR DE SEGURO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE ID: \_\_\_\_\_

**ASIGNACIÓN Y PROMESA DE PAGO**

Yo, (escriba su nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_ solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare, Medicaid, Medigap y / o seguro médico privado (PHI) se realice en mi nombre al Dr. Anthony Giantinoto y sus afiliados, sus empleados y agentes (colectivamente "El Office "), por cualquier servicio que me brinde dicho proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, Medigap y / o PHI y sus agentes, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Además, también reconozco que soy responsable de todos y cada uno de los pagos establecidos por mi (s) compañía (s) de seguro médico por los servicios prestados y / o acordados antes de mi tratamiento.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## **CONSENTIMIENTO para Tratamiento y Condiciones de la Sección de Aceptación:**

Todos los pacientes deben leer toda esta sección antes de la firma it. Es importante que usted entienda la información contenida en este documento. Si algo está claro, por favor hacer preguntas antes de firmar.

### **La Naturaleza del Ajuste Quiropráctico**

El tratamiento principal que utilizo como un Doctor de quiropráctica es la terapia manipulante espinal. Voy a utilizar ese procedimiento para tratarlo a usted. Puedo usar mis manos o un instrumento mecánico sobre su cuerpo de tal manera en cuanto a mover las articulaciones. Que puede causa un audible "pop" o "haga clic en," mucho como usted han experimentado cuando se "fracture" tus nudillos. Usted puede sentir una sensación de movimiento.

### **Análisis / Examen / Tratamiento**

Como parte del análisis, examen y tratamiento, usted da su consentimiento a los siguientes procedimientos:

tratamiento de manipulación, espinal palpación, evaluación de signos vitales  
gama de prueba de movimiento, pruebas ortopédicas, prueba neurológica básica  
prueba de resistencia muscular, análisis postural, estudios radiográficos  
ultrasonido terapia, frio/calor terapia, estimulación eléctrica  
tracción mecánica, terapia de percusión, liberación myofascial  
Activar punto de presión, masaje terapia, vibración terapia  
ejercicios, estiramientos y actividades ROM, dietética / recomendaciones de estilo de vida

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

## **Los Riesgos Materiales de un Ajuste Quiropráctico**

Como con cualquier procedimiento de cuidado de la salud, hay ciertas complicaciones que puedan surgir durante el tratamiento y manipulación quiropráctica. Estas complicaciones incluyen pero no están limitadas a: fracturas, lesiones de disco, luxaciones, distensión muscular, mielopatía cervical, costovertebrales cepas y separaciones y quemaduras. Algunos tipos de manipulación del cuello se han asociado con lesiones de las arterias en el cuello lleva a o contribuir a las complicaciones serias, incluido el accidente cerebrovascular. Algunos pacientes sentirán cierta rigidez y dolor después de los primeros días de tratamiento. Voy a hacer todo esfuerzo razonable durante el examen para detectar contraindicaciones cuidar; sin embargo, si usted tiene una condición que de lo contrario no vendrían a mi atención, es su responsabilidad para informarme.

### **La Probabilidad de los Riesgos que se Producen**

Las fracturas son ocurrencias raras y generalmente el resultado de alguna debilidad subyacente del hueso. Evaluar posibles debilidades durante la toma de su historia, el funcionamiento de la examinación y la evaluación de estudios radiográficos disponibles. Tiempos ha sido objeto de un tremendo desacuerdo. La incidencia de accidente cerebrovascular de tratamiento quiropráctico es excesivamente rara. Las otras complicaciones también generalmente se describen como raro.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**La Disponibilidad y Naturaleza de Otras Opciones de Tratamiento**

Otras opciones de tratamiento para su afección pueden abarcar:

- Auto-administrado, analgésicos de venta libre, cremas tópicas y resto
- Cuidado y receta medicamentos como antiinflamatorios, relajantes musculares y analgésicos
- Hospitalización o cirugía

Si usted optó por utilizar uno de los nota "otros" tratamientos, debe ser consciente de que hay riesgos y beneficios de tales opciones y tal vez desee discutir con su médico primario o el tratamiento médico.

**Los Riesgos y Peligros Asistente a Quedan Sin Tratar**

Permanecer sin tratamiento puede permitir la formación de adherencias y rigidez, que puede crear una reacción de dolor reduciendo aún más la movilidad. Con el tiempo este proceso puede complicar el tratamiento, haciendo más difícil y menos eficaz cuanto más tiempo se aplaza.

**POR FAVOR, NO FIRME LA SIGUIENTE SECCIÓN HASTA QUE HAYA LEÍDO, COMPRENDIDO TOTALMENTE, Y HAYA REUNIDO CON EL DR. ANTHONY PARA DISCUTIR LA INFORMACIÓN PRESENTADA ARRIBA**

*He leído, o me han leído, la explicación anterior del ajuste quiropráctico, las opciones de tratamiento asociadas y / o alternativas, y los riesgos del tratamiento y no tratamiento. He discutido estos temas con el Dr. Anthony Giantinoto y he respondido satisfactoriamente a mis preguntas.*

*Al firmar a continuación declaro que han pesado los riesgos de someterse a tratamiento y han decidido que es en mi mejor interés someterse al tratamiento recomendado. Haber sido informado de los riesgos, por la presente doy mi consentimiento para que el tratamiento.*

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (Padre o tutor, si un menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico