

Health-1st

1927 21st Street Bakersfield, CA 93301 ph:661-324-4431 fx: 661-324-5616

email: healthfirstca@yahoo.com website: HealthFirstBako.com

HISTORIA CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

Nombre Completo:		Fecha:		
Domicilio:		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono - Casa:		Teléfono - Trabajo:		
Teléfono - Celular:		Correo Electrónico:		
La mejor hora / lugar para contactarlo:				
Fecha de nacimiento:		Edad:		
Numero de hijos:		¿Embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Statura:		Peso:		
Numero de su Licencia de Manejar:				
Estatus Marital: C S V D		Nombre de Esposo(a)/Padres:		
Ocupación:				
Nombre y Dirección su Trabajo:				
Ocupación de su Esposo(a):				
Nombre de la Persona responsable de esta cuenta:				
¿Usted tiene Seguro Medico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Tiene Medicare? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Nombre de compañía de seguros:				
Numero de póliza de seguros:		Teléfono de compañía de seguros:		
Dirección de compañía de seguros:				

¿A quién le damos las gracias por averle recomendado? _____

Historial de Salud

Liste por favor sus preocupaciones de salud según su severidad	Grado de severidad 1 = templado 10 = derrote imaginable	¿Cuándo comenzó este episodio?	¿Si tuvo esta condición antes, Cuándo?	¿Empezó el problema con una accidente?	Que % tiene de dolor
1.					
2.					
3.					
4.					

¿Es su dolor lánquido? ¿O es su dolor agudo? ¿Irradia dondequiera? ¿Donde?

¿Desde que el problema comenzó, esta: Igual? Mejorando? Empeorando?

¿Qué ha hecho usted para esta condición? ¿Fue beneficioso?

Hay en su familia este tipo de Sistomas (explique por favor):

¿Cuales actividades agravan su condición?

Otros médicos que usted ha visto para esta condición:

"Alcance Limitado" Quiropráctico (se enfoca principalmente en dolor de cuello y espalda)	<input type="checkbox"/>
"Bienestar" Quiropráctico (se centra en la salud y es bien así como causa fundamental de preocupaciones de dolor y salud)	<input type="checkbox"/>
Médico	<input type="checkbox"/>
Dentista	<input type="checkbox"/>
Otro (describa por favor)	<input type="checkbox"/>

Detalles de médico:

Nombre:	Dirección:
¿Cuándo los vio?	
¿Cual fue el problema?	
¿Ayudó?	¿Qué hicieron ellos?

Nombre:	Dirección:
¿Cuándo los vio?	
¿Cual fue el problema?	
¿Ayudó?	¿Qué hicieron ellos?

¿Ha sido necesario hacer cambios en su vida debido a este dolor, enfermedad, o condición, etc? (como mejor nutrición, menos alcohol o drogas, meditación o respirar más, deporte menos destructivos, actividades, etc.) ¿Si eso es el caso, qué?

Esta condición interviene con cualquiera de lo siguiente:

Trabajo <input type="checkbox"/>	Dormir <input type="checkbox"/>	Rutina diaria <input type="checkbox"/>	Deporte/ ejercicio <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> (explique por favor):
----------------------------------	---------------------------------	--	---	---

¿Qué lecciones ha aprendido usted de su proceso curativo?

Historia general de salud

¿Ha tenido alguna cirugía? (Incluya por favor las cirugías)

1. Tipo:	¿Cuándo?	Médico
2. Tipo:	¿Cuándo?	Médico
3. Tipo:	¿Cuándo?	Médico
4. Tipo:	¿Cuándo?	Médico

¿Ha tenido cualquier accidente y/o las heridas: auto, trabajo-relacionado, u otro? (Especialmente esos relacionado a sus problemas presentes).

1. Tipo:	¿Cuándo?	¿Internado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Tipo:	¿Cuándo?	¿Internado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

3. Tipo:	¿Cuándo?	¿Internado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
----------	----------	---

¿Alguna usted a tenido radiografías?

El área del cuerpo:	¿Cuándo?	¿Dónde?
---------------------	----------	---------

¿Usa aparatos ortopédicos o soportes para los talones? Sí No

Las Medicinas actuales y Suplementos Vitaminicos

Liste por favor cualquier medicina que usted ha tomado en los pasados 6 meses y por qué: (prescripción y no prescripción)

Liste por favor todos los suplementos nutricionales, las vitaminas, remedios homeopáticos usted actualmente toma y por qué:

¿Esta interesado en saber más acerca de su nutrición (alimento que usted come) afecta su salud y el bienestar generales?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quizá <input type="checkbox"/>
¿Si los cambios dietéticos son indicados estaria dispuesto a hacer los cambios en su dieta?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quizá <input type="checkbox"/>
¿Tomaría suplementos enteros de alimento si es indicado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quizá <input type="checkbox"/>
¿Si ejercicios o estiramientos ayudan a su salud considera agregarlos a su programa?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quizá <input type="checkbox"/>
¿Si a podemos ayudar a reducir el estrés le interesaria?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quizá <input type="checkbox"/>

Dieta

Elija las iniciales apropiadas que definan su dieta:

D - Consume esto diariamente | VD - Consume esto algunos veces al días | S - Consume estos semanalmente | VS - Consume estos unos algunas veces a la semana
 CM - Consume esto por mes (menos que a la semana) | M - Consume esto mensualmente | O - No consume esto

Alcohol	Huevos	Ayuno	Endulzante artificial
Tobaco	Fruta	Alimento bajo de caloría	Comida de dieta controlada
Café	Carne de res	Azúcar refinado	Verduras crudas
Bebidas gaseosas	Aves caseras	Pez	Granos enteros
Alimentos fritos	Alimentos de cultivo biológico	Mariscos	Productos Lacteos
Verduras cocinadas o enlatadas			

El tipo de dieta que yo sigo generalmente es clasificado como: _____

Historia pasada de Salud

Marque por favor las condiciones siguientes que puede haber tenido o tiene ahora (- ha tenido + tiene ahora):

<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Arteriosclerosis	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Dolor de Espalda	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Herpes labial	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Emfisema	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Problemas de Vesícula
<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/> Infarto	<input type="checkbox"/> Enfermedades cardiacas	<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> SIDA
<input type="checkbox"/> Ciclos Menstruales Irregulares	<input type="checkbox"/> Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Calambres menstruales	<input type="checkbox"/> Migrañas

<input type="checkbox"/> Abortos Involuntarios	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Dolor de Cuello	<input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos	<input type="checkbox"/> Neuritis
<input type="checkbox"/> Pleuritis	<input type="checkbox"/> Pulmonía	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Zumbido	<input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis
<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/> Tosferina

Otros (explique por favor) _____

Las Causas del Estrés

El estrés afecta nuestra salud y la capacidad de curar en lista por favor las causas que le provoquen estrés (usted jamás ha tenido) en cada categoría:

1. El estrés físico (caídas, los accidentes, trabajan posturas, etc.)

- a. _____
 b. _____
 c. _____

2. El estrés bioquímico (humo, alimentos poco sano, dejar de comer, no bastante agua, el drogas/alcohol, etc.)

- a. _____
 b. _____
 c. _____

3. El estrés psicológico o mental/emocional (el trabajo, las relaciones, las finanzas, autoestima, etc.)

- a. _____
 b. _____
 c. _____

En una escala de 1-10 califique por favor sus niveles presentes de estrés (inclusive físico, bioquímico y psicológico o mental/emocional):

En trabajo:	En casa:	En juego:
-------------	----------	-----------

En una escala de 1-10, (1 ser muy pobre y 10 ser excelente) describe por favor sus:

Hábitos de comer:	Hábitos de ejercicio:	Dormir:	Salud general:	Predisposición:
-------------------	-----------------------	---------	----------------	-----------------

¿Cómo gradúa usted su salud física?

Excelente <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Mas o menos <input type="checkbox"/>	Mal <input type="checkbox"/>	Mejorando <input type="checkbox"/>	Empeorando <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

¿Cómo gradúa usted su salud emocional/mental?

Excelente <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Mas or menos <input type="checkbox"/>	Mal <input type="checkbox"/>	Mejorando <input type="checkbox"/>	Empeorando <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------	------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

¿Hay alguna otra cosa que usted quiera discutir?

¿Por qué esta usted aqui?

Acepto que un Médico me haga un examen completo de Quiropractia y si se considera necesario tomar Radiografias. Comprendo que ningún honorario para el servicio rendido es debido en aquel momento de servicio y no puede ser diferido a una fecha posterior.

Imprima Nombre Paciente _____ Fecha: _____
 Firma: _____

Salud Ira
1927 calle 21
Bakersfield, California 93301
661-324-4431 Fax: 661-324-5616
healthfirstca@yahoo.com

LEY DE CAMBIO JUSTO

Es importante que tenga un entendimiento claro de la Ley del Cambio Justo y cómo se aplica a nuestra clínica.

Simplemente puesto - si algo hace no es valioso, no hay ninguna razón en hacerlo. Valoramos Chiropractic y lo que hacemos. Si Chiropractic es algo que decidió hacer la parte de su vida, entonces debe ser de valor a usted. Esto es donde la Ley del Cambio Justo entra en juego. Encendemos su Fuerza por lo tanto de la Vida, debe haber un poco de cambio de su parte. Es un asunto de honor y honestidad. Lo que hacemos es único y tiene el gran valor. Está el mejor servicio de su clase disponible en todas partes.

En realidad, la restauración de la Fuerza de la Vida en su cuerpo es inestimable. ¿Cómo se puede colocar un monto en dólares en algo tan increíble como esto? Queremos poner este servicio a disposición para cada uno, pero queremos que la interacción sea correcta. Es una calle de doble sentido.

Estamos dedicados a la ayuda de pacientes durante tiempos resistentes. Sin embargo, los equilibrios y los proyectos del pago se deben con cuidado supervisar. Si su equilibrio se hace demasiado alto, no sólo no hay ningún cambio justo, pero hacemos un perjuicio a usted y somos fuera del modo de cambio.

La Ley del Cambio Justo se aplica no sólo dentro de nuestra clínica, pero en las actividades diarias de todas las personas. En todas las interacciones humanas hay una ley de dar y recibir... una ley de la reciprocidad igual. Cuando no hay ningún cambio justo, no hay ninguna afinidad y ningunos resultados buenos son próximos. Si resiste a dar, resiste a recibir. Si resiste a recibir, resiste a dar; cada uno es una función del otro. Si no da o recibe, sólo puede ser lo que se conoce como un interesado.

Las personas que reciben ajustes quienes son 'del modo de cambio' se sienten culpables, se quejan, piden la atención especial, rara vez mandan a otros, consiguen mínimos

"Dedicado a la Educación del Paciente y Calidad Atención quiropráctica"

Regístrate: _____ Fecha: _____

Integral de examen

Masculino o femenino

- masculino
- femenino

Espinales Sitios subjetivos de hoy?

- cabeza (cefalea)
- región occipital (dolor de cabeza)
- región temporal (dolor de cabeza)
- región frontal (dolor de cabeza)
- región cervical
- derecho del área y región dorsal
- izquierda cervical área región dorsal
- el hombro izquierdo del área
- hombro derecho
- brazo izquierdo
- el brazo derecho
- muñeca izquierda
- muñeca derecha
- región torácica
- región torácica izquierda
- región torácica derecha

- región lumbar
- dejó región lumbar
- región lumbar derecha
- región lumbosacra
- dejó región lumbosacra
- región lumbosacra derecha
- zona sacroiliaca derecha
- sacroiliaca izquierda
- región glútea izquierda
- región glútea derecha
- de la pierna izquierda
- la pierna derecha
- en la rodilla izquierda
- rodilla derecha
- tobillo izquierda
- tobillo derecho

Región de hoy de malestar?

- craneal
- de cuello de útero
- dorsal cervical
- parte torácica
- torácico-lumbar
- lumbar
- lumbosacra
- sacra
- pélvica
- hombro

- brazo
- codo
- muñeca
- mano
- pierna
- rodilla
- tobillo
- pie
- TMJ

Tipo de malestar?

- condición provocada por disparos lesión
- inicio insidioso leve
- rigidez
- dolor
- aguda
- latidos
- quemadura
- hormigueo
- entumecimiento

- filmación
- leve
- moderada
- moderadamente grave
- severa
- intermitente
- recuente
- continuo

¿Qué actividades del paciente actualmente se han de realizar dificultad?

- escaleras de elevación escalada
- tirando ejercicio
- empujando las actividades de trabajo que realizan
- llevar a vestirse
- torsión de ir al baño
- inflexión de tener relaciones sexuales
- tiene dificultad para sentarse quiropráctica
- flexión medicamentos para el dolor
- acostado en reposo
- conducción de hielo se aplica a la zona de dolor
- levantarse de acostado o sentado aplicando calor a la zona afectada
- es difícil con el aumento de estar tiene antalgia hacia la derecha
- tiene dificultad para caminar tiene antalgia a la izquierda
- tiene dificultad pie cojea

- subiendo escaleras
- ejercicio
- la realización de actividades de trabajo
- vestirse
- ir al baño
- tener relaciones sexuales
- quiropráctica
- medicamentos para el dolor
- descanso
- aplicación de hielo en el área de dolor
- la aplicación de calor a la zona afectada
- tiene antalgia hacia la derecha
- tiene antalgia a la izquierda
- camina con una cojera

¿Qué acciones puede hacer el paciente para disminuir la molestia?

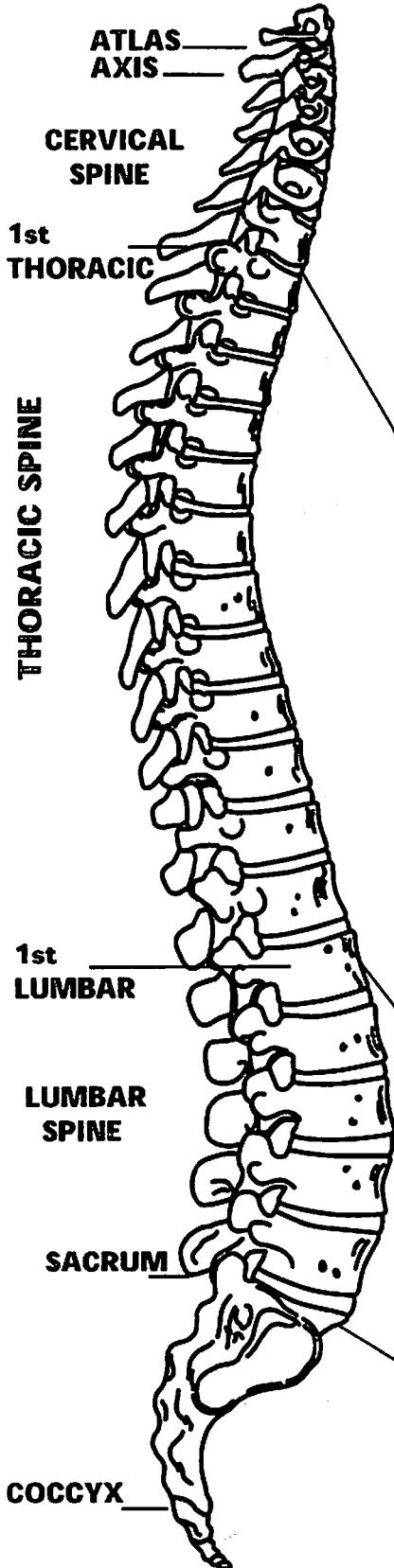
- escaleras de elevación escalada
- tirando ejercicio
- empujando las actividades de trabajo que realizan
- llevar a vestirse
- torsión de ir al baño
- inflexión de tener relaciones sexuales
- tiene dificultad para sentarse quiropráctica
- flexión medicamentos para el dolor
- acostado en reposo
- conducción de hielo se aplica a la zona de dolor
- levantarse de acostado o sentado aplicando calor a la zona afectada
- es difícil con el aumento de estar tiene antalgia hacia la derecha
- tiene dificultad para caminar tiene antalgia a la izquierda
- tiene dificultad pie cojea

- subiendo escaleras
- ejercicio
- la realización de actividades de trabajo
- vestirse
- ir al baño
- tener relaciones sexuales
- quiropráctica
- medicamentos para el dolor
- descanso
- aplicación de hielo en el área de dolor
- la aplicación de calor a la zona afectada
- tiene antalgia hacia la derecha
- tiene antalgia a la izquierda
- camina con una cojera

Patient Name _____ Date _____

SYMPTOMS OF SPINAL MISALIGNMENT QUESTIONNAIRE

"The nervous system controls and coordinates all organs and structures of the human body." (Gray's Anatomy, 29th Ed., page 4). Misalignments of spinal vertebrae and discs may cause irritation to the nervous system and affect the structures, organs, and functions which may result in the conditions shown below. Please help us help you by placing a check mark in the appropriate box under the "Possible Effects of a Malfunction" column to indicate your symptoms.



Vertebrae	Areas Controlled by Nerves*	Possible Effects of a Malfunction
1C	Blood supply to the head, pituitary gland, scalp, bones of the face, brain, inner and middle ear, sympathetic nervous system.	<input type="checkbox"/> headaches, <input type="checkbox"/> nervousness, <input type="checkbox"/> insomnia, <input type="checkbox"/> head colds, <input type="checkbox"/> high blood pressure, <input type="checkbox"/> migraine headaches, <input type="checkbox"/> nervous breakdowns, <input type="checkbox"/> amnesia, <input type="checkbox"/> chronic tiredness, <input type="checkbox"/> dizziness.
2C	Eyes, optic nerves, auditory nerves, sinus, mastoid bones, tongue, forehead.	<input type="checkbox"/> sinus trouble, <input type="checkbox"/> allergies, <input type="checkbox"/> crossed eyes, <input type="checkbox"/> deafness, <input type="checkbox"/> eye troubles, <input type="checkbox"/> earache, <input type="checkbox"/> fainting spells, <input type="checkbox"/> vision difficulties.
3C	Cheeks, outer ear, face bones, teeth, trifacial nerve.	<input type="checkbox"/> neuralgia, <input type="checkbox"/> neuritis, <input type="checkbox"/> acne or pimples, <input type="checkbox"/> eczema.
4C	Nose, lips, mouth, eustachian tube.	<input type="checkbox"/> hay fever, <input type="checkbox"/> hearing loss, <input type="checkbox"/> adenoids.
5C	Vocal cords, neck glands, pharynx.	<input type="checkbox"/> laryngitis, <input type="checkbox"/> hoarseness, <input type="checkbox"/> sore throats, <input type="checkbox"/> quincy.
6C	Neck muscles, shoulders, tonsils.	<input type="checkbox"/> stiff neck, <input type="checkbox"/> pain in upper arm, <input type="checkbox"/> tonsillitis, <input type="checkbox"/> whooping cough, <input type="checkbox"/> croup.
7C	Thyroid gland, bursae in the shoulder, elbows.	<input type="checkbox"/> bursitis, <input type="checkbox"/> colds, <input type="checkbox"/> thyroid conditions.
1T	Arms from the elbows down, including hands, wrists, and fingers; esophagus and trachea.	<input type="checkbox"/> asthma, <input type="checkbox"/> cough, <input type="checkbox"/> difficult breathing, <input type="checkbox"/> shortness of breath, <input type="checkbox"/> pain in lower arm, <input type="checkbox"/> pain in hands.
2T	Heart, including its valves and covering: coronary arteries.	<input type="checkbox"/> functional heart conditions, <input type="checkbox"/> chest conditions.
3T	Lungs, bronchial tubes, pleura, chest, breast.	<input type="checkbox"/> bronchitis, <input type="checkbox"/> pleurisy, <input type="checkbox"/> pneumonia, <input type="checkbox"/> congestion, <input type="checkbox"/> influenza.
4T	Gall bladder, common duct.	<input type="checkbox"/> gall bladder conditions, <input type="checkbox"/> jaundice, <input type="checkbox"/> shingles.
5T	Liver, solar plexus, blood.	<input type="checkbox"/> liver conditions, <input type="checkbox"/> fevers, <input type="checkbox"/> low blood pressure, <input type="checkbox"/> anemia, <input type="checkbox"/> poor circulation, <input type="checkbox"/> arthritis.
6T	Stomach.	<input type="checkbox"/> stomach troubles, <input type="checkbox"/> nervous stomach, <input type="checkbox"/> indigestion, <input type="checkbox"/> heartburn, <input type="checkbox"/> dyspepsia.
7T	Pancreas, duodenum.	<input type="checkbox"/> ulcers, <input type="checkbox"/> gastritis.
8T	Spleen.	<input type="checkbox"/> low resistance to colds and disease.
9T	Adrenal and supra-renal glands.	<input type="checkbox"/> allergies, <input type="checkbox"/> hives.
10T	Kidneys.	<input type="checkbox"/> kidney troubles, <input type="checkbox"/> hardening of the arteries, <input type="checkbox"/> chronic tiredness, <input type="checkbox"/> nephritis, <input type="checkbox"/> pyelitis.
11T	Kidneys, ureters.	<input type="checkbox"/> acne, <input type="checkbox"/> pimples, <input type="checkbox"/> eczema, <input type="checkbox"/> boils.
12T	Small intestines, lymph circulation.	<input type="checkbox"/> rheumatism, <input type="checkbox"/> gas pains, <input type="checkbox"/> sterility.
1L	Large intestines, inguinal rings.	<input type="checkbox"/> constipation, <input type="checkbox"/> colitis, <input type="checkbox"/> dysentery, <input type="checkbox"/> diarrhea, <input type="checkbox"/> ruptures, <input type="checkbox"/> hernias.
2L	Appendix, abdomen, upper leg.	<input type="checkbox"/> cramps, <input type="checkbox"/> difficult breathing, <input type="checkbox"/> acidosis, <input type="checkbox"/> varicose veins.
3L	Sex organs, uterus, bladder, knees.	<input type="checkbox"/> bladder troubles, <input type="checkbox"/> menstrual troubles such as painful or irregular periods, <input type="checkbox"/> miscarriages, <input type="checkbox"/> bed wetting, <input type="checkbox"/> impotency, <input type="checkbox"/> change of life symptoms, <input type="checkbox"/> knee pains.
4L	Prostate gland, muscles of the lower back, sciatic nerve.	<input type="checkbox"/> sciatica, <input type="checkbox"/> lumbago, <input type="checkbox"/> difficult, painful, or too frequent urination, <input type="checkbox"/> backaches.
5L	Lower legs, ankles, feet.	<input type="checkbox"/> poor circulation in the legs, <input type="checkbox"/> swollen ankles, <input type="checkbox"/> weak ankles and arches, <input type="checkbox"/> cold feet, <input type="checkbox"/> weakness in the legs, <input type="checkbox"/> leg cramps.
SACRUM	Hip bones, buttocks.	<input type="checkbox"/> low back pain, <input type="checkbox"/> spinal curvature.
COCCYX	Rectum, anus.	<input type="checkbox"/> hemorrhoids (piles), <input type="checkbox"/> pruritis (itching), <input type="checkbox"/> pain at end of spine on sitting.

* Directly or indirectly controlled

For further explanation of the conditions shown above, and information about those not shown, ask your Doctor of Chiropractic

Acuse de recibo

del Aviso de Prácticas de Privacidad

1.927 Calle 21

Bakersfield, California 93301

661-324-4431

Entiendo y me han dado la oportunidad de revisar un Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de información. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

El derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento.

El derecho a oponerse al uso de mi información de salud para fines de directorio, y

El derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información médica puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica.

Junta de Examinadores Quiroprácticos Autorización California

Su quiropráctico y los miembros del personal de la práctica pueden tener que revelar su nombre, dirección, número de teléfono, información de facturación y de sus historias clínicas a la Junta de Examinadores Quiroprácticos Autorización California. Esta divulgación se hará si necesitamos la Junta de Examinadores de asistencia quiropráctica Autorización de California para recibir el reembolso de sus servicios o, necesitamos la Junta de Examinadores Quiroprácticos asistencia Autorización de California porque el partido responsable de reembolsar sus servicios ha procesado inadecuadamente su reclamación.

Al firmar esta forma usted nos está dando autorización para enviar la Junta de Examinadores Quiroprácticos Autorización de California esta información. También está dando a la Junta de California de la autorización quiropráctica Examinadores Autorización para volver a divulgar su información a la parte responsable por el pago de sus servicios, la Junta de consejo quiropráctica Examinadores de autorización legal, y estado o agencias federales de California que se le puede pedir que interceda en su nombre.

Recordatorios de citas y de Información de Atención de la Salud de Autorización

Su quiropráctico y los miembros del personal de la práctica pueden tener que utilizar su nombre, dirección, número de teléfono y sus registros clínicos en contacto con usted con recordatorios de citas, información sobre alternativas de tratamiento u otra información relacionada con la salud que puedan ser de interés para su. Si esto se hace contacto por teléfono y usted no está en casa, un mensaje será dejado en nuestro contestador automático. Al firmar este formulario, usted nos está dando autorización para ponerse en contacto con usted con estos recordatorios e información.

Firma del paciente: Fecha:

Si no es firmado por el paciente, indique la relación.

El padre o tutor del paciente menor de edad

Tutor o curador de un paciente incompetente

Beneficiario o representante personal del paciente fallecido

Nombre del paciente: _____

Máximo responsable de SU CUENTA

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección de Facturación: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la casa: _____

Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

SSN: ___ - ___ - ___ Licencia de Conducir: _____

Estado de emisión: _____

Forma de pago: Efectivo Cheque

Crédito Card _____

Tarjeta de crédito #, Fecha de caducidad, Tarjeta de Seguridad

Nuestra política requiere el pago total para todos los servicios prestados en el momento de la visita, a menos que otros arreglos se han hecho con el gerente de negocios. Si la cuenta no se paga dentro de los noventa días a partir de la última fecha de servicio y ningún arreglo financiero se ha hecho, usted será responsable de todos los honorarios de abogados, gastos de recaudación y, o cualquier otro gasto incurrido en la recolección para su cuenta.

Entiendo la información anterior y garantizo que esta forma se completó correctamente, a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado de salud.

Yo TOTALMENTE ENTIENDO QUE ES yo y no mi SEGURO O ABOGADO QUE ES RESPONSABLE DE CUALQUIER FACTURAS incurra al Dr. Cabina / SALUD-1ER.

Firma: _____ Date: _____

Padre paciente adulto tutor Cónyuge

Divulgación de los honorarios

EXÁMENES

	Seuros	PCD
99203 Intermedio historia inicial y examen	\$ 125.00	\$ 81.00
99212 EP Problema Enfocado consultorio (7-10 minutos)	\$ 60.00	\$ 39.00
/ M Visita 99213 E Baja Complejo Oficina (10-15 minutos)	\$ 80.00	\$ 52.00

PROCEDIMIENTOS

97110 Ejercicios Terapéuticos (15 minutos o menos)	\$ 40.00	\$ 32.00
97012 intersegmental Tracción (descompresión)	\$ 75.00	\$ 49.00
97022 Hydro-cama Modalidad	\$ 40.00	\$ 28.00
97032 Asistió Estimulación eléctrica	\$ 40.00	\$ 32.00
97140 Terapia Manuel (2 Unidades / 30 minutos)	\$ 110.00	\$ 71.00
97140 Terapia Manuel (4 Unidades / 60 minutos)	\$ 220.00	\$ 143.00
98940 La manipulación espinal (1-2 regiones)	\$ 68.00	\$ 40.00
98,941 manipulación espinal (3-4 regiones)	\$ 70.00	\$ 45.00
98943 extremidad Ajuste	\$ 40.00	\$ 28.00
97012 Tracción Intersegmental	\$ 40.00	\$ 28.00

RAYOS X

72010 Spine completa (2 Visitas)	\$ 170.00	\$ 110.00
72040 cervicales (3 Visitas)	\$ 135.00	\$ 88.00
72050 cervicales (5 Visitas)	\$ 175.00	\$ 115.00
72052 cervicales (7 Vistas)	\$ 110.00	\$ 71.00
72100 lumbar (2 Visitas)	\$ 245.00	\$ 160.00

He leído los códigos y tarifas anteriores y entender el costo de mi cuidado con Dr.Booth / Salud-primero. Entiendo que soy responsable del pago de todos los deducibles y co-pagos relacionados con el tratamiento. Entiendo que si tengo un balance de los servicios de salud no pagó, voy a hacer un pago mínimo de \$ 50.00 al mes por débito automático o el 20% del saldo pendiente, el que sea mayor. Si mi saldo no se paga en el momento oportuno y mensuales, prometo pagar cualquier y toda la colección, la corte, y los honorarios del abogado de la colección de mi cuenta. Además, entiendo que si mi tratamiento está asociado con una lesión personal o demanda del accidente, todos mis gastos médicos serán pagados al 100% del programa de tarifas anterior, independientemente del resultado de mi caso. Entiendo que si un cheque o débito es devuelto por falta de fondos, se me cobrará un cargo por servicio de \$ 25.00.

Además, entiendo que si mi compañía de seguros se niega el pago, autorizo a Dr. Cabina / Salud-primera a presentar demandas de menor cuantía en mi nombre contra mi compañía de seguros como un método de colección. Además, entiendo que voy a estar presentes en la cita en la corte si es necesario.

He leído y entendido los términos financieros anteriores y los precios.

Firma _____ Date: _____