Patient Account Number

_____

Martinez Chiropractic Center

12595 SW 137 AVENUE STE 108
MIAMI, FL 33187
(305)7577

Fecha

_____

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 _____

Los recordatorios se envíaran por mensaje de texto 24 horas antes de su cita.

Estado civil

◯ Soltero(a) ◯ Casado(a) ◯ Viudo(a) ◯ Divorciado(a)

Sexo

____ Hombre ____ Mujer

Para la verificación del seguro, por favor complete **los últimos 4 dígitos** de su número de seguro social:

XXX-XX-_____

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 teléfonicos 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: _____ Fecha de nacimiento: _____

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, subluxaciónes 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 sintomas** _____

_____

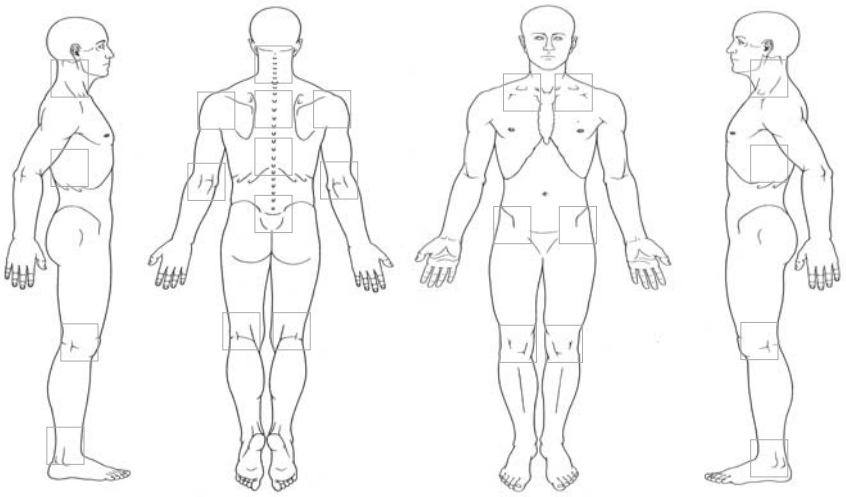
a. Cuando empezaron sus sintomas? _____

b. Como empezaron sus sintomas? _____

2. Que tan seguido sufre sus sintomas?

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

Indique donde siente el dolor o tiene otros sintomas.



3. Que describe la naturalesa de sus sintomas?

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

4. Como estan cambiando sus sintomas?

- ☐ Mejorando
- ☐ Igual
- ☐ Empeorando

5. Durante las <u>4 semanas pasadas:</u>

A. Indique la intensidad de sus sintomas

Ninguno ⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Intolerable

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 sintomas?

☐ Nadie ☐ Medico ☐ Otro
☐ Quiropractico ☐ Terapista Fisico

A. Que tratamiento recibio usted y cuando*?* _____

B. Que examenes ha tenido usted para sus sintomas y cuando fueron realisados*?*

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

9. Ha tenido usted estos mismos sintomas 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 posicion 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	
☐	☐	Presiónalta/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 escesiva
☐	☐	Fumar/uso de productos de tabaco
☐	☐	Dependencia de drogas/alcohol
☐	☐	Alergias
☐	☐	Epilepsia
☐	☐	Lupus Sistémico
☐	☐	Eccema/dermatitis/erupciones
☐	☐	VIH/SIDA
☐	☐	Depresión/Ansiedad/Ataques de pánico

Para las mujeres

☐	☐	Píldoras anticonceptivas
☐	☐	Irregularidad menstrual/calambre
☐	☐	Embarazo
☐	☐	Último ciclo Menstual _____

Hijos ☐ Nunguno ☐ 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** _____

A. Notificante: **Martinez Chiropractic Center - 12595 SW 137 Ave. Suite 108 Miami, FL 33186B**

B. Nombre del paciente: C. Número de Identificación:

Aviso anticipado de no cobertura al beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés)

NOTA: Si Medicare no paga por D. ver sección D. a continuación, usted podría tener que pagar. Medicare no paga por todo, incluidos algunos cuidados que usted o su proveedor de atención médica entienda que son necesarios. Se anticipa que Medicare no pague por D. ver sección D. a continuación.

D.	E. Motivo por el cual Medicare podría negar el pago:	F. Costo estimado
Exámenes	Estos servicios NO están cubiertos por Medicare.	$50.00
Rayos X		$25.00(cada vista)
Fisioterapia y masajes		$10.00-$90.00
Seguimiento de la quiropráctica(S8990)		$50.00

LO QUE USTED DEBE HACER AHORA:

- Lea este aviso para poder tomar una decisión informada sobre sus cuidados.
- Háganos las preguntas que tenga después de terminar de leer.
- Elija una opción a continuación sobre si recibirá D. ver sección D. que se indica arriba.

Nota: Si elige Opción 1 o 2, podríamos ayudarle a utilizar los otros seguros que tenga, pero Medicare no nos puede obligar a hacer esto.

G. OPCIONES: Marque solamente una casilla. No podemos elegir la casilla para usted.
☐ OPCIÓN 1. Quiero D. ver sección D. que se indica arriba. Pudiera pedir el pago ahora, pero yo también solicito que se facture a Medicare para obtener una decisión oficial respecto al pago, la cual me será enviada en un Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés). Entiendo que, si Medicare no paga, yo seré responsable del pago, pero puedo apelar a Medicare según las indicaciones en el MSN. Si Medicare pagará, me serán reembolsados todos los pagos que yo haya hecho, salvo los copagos o deducibles. ☐ OPCIÓN 2. Quiero D. ver sección D. que se indica arriba, pero no facture a Medicare. Se podrá pedir el pago ahora, ya que yo soy responsable del pago. No podré apelar si no se facturara a Medicare. ☐ OPCIÓN 3. No quiero D. ver sección D. que se indica arriba. Entiendo que, con esta elección, no seré responsable del pago, y no podré apelar para saber si Medicare hubiera pagado.

H. Información adicional:

Entiendo que Medicare no cubre el tratamiento el mismo día de mi evaluación. Reconozco que seré responsable del costo de la evaluación si decido recibir tratamiento el mismo día. Si me comunico con mi seguro con respecto a esto, entiendo que no tengo derecho a reembolso y reconozco que una vez que se preste el servicio, ni mi seguro ni Martinez Chiropractic Center me reembolsarán.

Este aviso explica nuestra opinión y no constituye una decisión oficial de Medicare. Si usted tiene otras preguntas relativas a este aviso o la facturación de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048). Firme abajo para reconocer haber recibido y entendido este aviso. Usted también recibirá una copia.

I. Firma:	J. Fecha:

CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en formato alternativo, llame al: 1-800-MEDICARE o envíe un mensaje de correo electrónico: AltFormatRequest@cms.hhs.gov.

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona será obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0566. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de aproximadamente 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión del estimado de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.