

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Prefiere ser Llamado: _____ Fecha: ___/___/___

de Seguro Social: _____ # de Licencia: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ Género: M H
Como supiste de nosotros? _____ Si fuiste referido a nuestra oficina, por quien fue? _____

Si eres menor de 18 años, ¿quiénes son tus padres o tutores legales?

Padre/Tutor Legal: _____ Relación: _____ Teléfono (____) _____
de Seguro Social: _____ # de Licencia _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

¿Con quién vives normalmente? Madre y Padre Padre Madre Tutor Legal Ninguno de Estas

Opciones

Estado Civil: Casado Separado Viudo Soltero ¿Cuántos hijos tiene? _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono donde podremos dejar un mensaje: (____) _____

Correo Electrónico _____

Ocupación _____ Nombre de Compañía _____

Nombre de su Pareja _____ Fecha de Nacimiento de su Pareja ___/___/___

A quien debemos de contactar en caso de una emergencia? _____ # de Teléfono (____) _____

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD?

1. ¿Algún miembro de su familia ha sido diagnosticado con una enfermedad potencialmente mortal? _____
2. ¿A qué edad recibieron ese diagnóstico? _____
3. ¿Algún miembro de su familia es diabético? _____
4. ¿Hay antecedentes de enfermedades del corazón en su familia? _____

PREOCUPACIONES DE SALUD - Enumera sus principales inquietudes/problemas de salud que le gustaría abordar (En orden de prioridad)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Para su problema de salud #1, ¿cómo calificaría su dolor físico? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (peor)

¿Qué tipo de dolor estás sintiendo? _____

¿Qué causó su dolor, condición, o enfermedad? _____

¿Qué hace que su condición mejore? _____

¿Qué hace que su condición empeore? _____

¿Cuándo comenzó su condición o cuando lo noto por primera vez? _____

Alguna vez ha tenido la misma condición o una similar? S N Si si, cuando? _____

¿Ha faltado al trabajo o a la escuela debido a su condición? S N

Este problema está afectando su calidad de vida? Marque (con un círculo) los que le corresponden:

Trabajo/Escuela S N Recreación S N Sueño S N Ejercicio/Deportes S N

Para Caminar S N Para Sentarse S N Para comer S N Vida Personal/Intima S N

Otro: _____

Para su problema de salud #2, ¿cómo calificaría su dolor físico? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (peor)

¿Qué tipo de dolor estás sintiendo? _____

¿Qué causó su dolor, condición, o enfermedad? _____

¿Qué hace que su condición mejore? _____

¿Qué hace que su condición empeore? _____

¿Cuándo comenzó su condición o cuando lo noto por primera vez? _____

Alguna vez ha tenido la misma condición o una similar? S N Si si, cuando? _____

¿Ha faltado al trabajo o a la escuela debido a su condición? S N

Para su problema de salud #2

Este problema está afectando su calidad de vida? Marque (con un círculo) los que le corresponden:

Trabajo/Escuela S N Recreación S N Sueño S N Ejercicio/Deportes S N
 Para Caminar S N Para Sentarse S N Para comer S N Vida Personal/Intima S N
 Otro: _____

Para su problema de salud #3, ¿cómo calificaría su dolor físico? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (peor)

¿Qué tipo de dolor estás sintiendo? _____
 ¿Qué causó su dolor, condición, o enfermedad? _____
 ¿Qué hace que su condición mejore? _____
 ¿Qué hace que su condición empeore? _____
 ¿Cuándo comenzó su condición o cuando lo noto por primera vez? _____
 Alguna vez ha tenido la misma condición o una similar? S N Si si, cuando? _____
 ¿Ha faltado al trabajo o a la escuela debido a su condición? S N

Este problema está afectando su calidad de vida? Marque (con un círculo) los que le corresponden:

Trabajo/Escuela S N Recreación S N Sueño S N Ejercicio/Deportes S N
 Para Caminar S N Para Sentarse S N Para comer S N Vida Personal/Intima S N
 Otro: _____

HISTORIAL DE SU ATENCIÓN MÉDICA

¿Alguna vez ha recibido atención quiropráctica? S N Cuando: _____ Dia de su última visita: _____

Donde: _____ Nombre de su Doctor(s): _____

¿Cuánto tiempo estuvo bajo tratamiento? _____ ¿Por qué paró su tratamiento? _____

¿Hubo algún problema de salud en particular que usted consultó al quiropráctico? _____

¿Encontraste el tratamiento útil? _____

Actualmente sufre de:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Cara Chapeada | <input type="checkbox"/> Entumecimiento en los Brazos/Manos |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> Luz le Molesta los Ojos | <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda | <input type="checkbox"/> Nerviosismo |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Sudores Frios | <input type="checkbox"/> Entumecimiento en las Piernas/Pies |
| <input type="checkbox"/> Cabeza se siente pesada | <input type="checkbox"/> Tensión | <input type="checkbox"/> Pérdida de Equilibrio |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello | <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar | <input type="checkbox"/> Pérdida de Fuerzas - Brazos |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de Memoria | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Dolor Muscular Ardiente |
| <input type="checkbox"/> Torpeza | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Pérdida de Fuerzas - Piernas |
| <input type="checkbox"/> Pies Frios | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Dificultad para Tragar |
| <input type="checkbox"/> Rigidez en el Cuello | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Dolor Agudo/Punzante |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo en brazos/manos | <input type="checkbox"/> Pérdida de Olfato | <input type="checkbox"/> Dificultad para Conciliar en Sueño |
| <input type="checkbox"/> Zumbido en los Oídos | <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho/Costillas | <input type="checkbox"/> Dificultad para Permanecer Dormido |
| <input type="checkbox"/> Manos Frias | <input type="checkbox"/> Dolor en los Brazos/Manos | <input type="checkbox"/> Cansado Después de una Noche Completa de Sueño |
| <input type="checkbox"/> Problemas para Dormir | <input type="checkbox"/> Dolor en las Piernas/Pies | |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo en Piernas/Pies | <input type="checkbox"/> Dolor de Quijada | |

Ha notado cambios en sus:

- | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ojos (Vista) | <input type="checkbox"/> Boca (Sabor) | <input type="checkbox"/> Emocion |
| <input type="checkbox"/> Orejas (Oidos) | <input type="checkbox"/> Vejiga | <input type="checkbox"/> Apetito |
| <input type="checkbox"/> Nariz (Olfato) | <input type="checkbox"/> Defecacion | |
| <input type="checkbox"/> Respiratorio | <input type="checkbox"/> Dormir | |

Por Favor Explique: _____

Le han diagnosticado alguno de los siguientes síntomas:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Anormalidades de Azúcar/Insulina | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la Próstata | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Problemas del Riñón | |
| <input type="checkbox"/> Anormalidades de Colesterol/Lípidos | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides | | <input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón | <input type="checkbox"/> Venas Varices | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Sunicitis | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Tendinitis | <input type="checkbox"/> Dolor de Mandíbula | <input type="checkbox"/> Problemas Ginecológicos | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Fribromialgia | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Condiciones Digestivas | <input type="checkbox"/> Síndrome de Fatiga Crónica | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Trastorno Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

HABITOS

- ¿Bebes alcohol? S N Bebidas/Semana: _____ ¿Usted fuma? S N Paquetes/Día: _____
- Ejercicio: 5-7x/semana 3-5x/semana 1-3x/semana Nada
- Suena REPARADOR: 8+horas 7-8 horas 6-7 horas 5-6 horas <5 horas
- Actividad Laboral: Trabajo Pesado Trabajo Ligero Mayormente Sentado Mayormente Parado Camino/Movido Manejo
- Nivel de Estrés: Muy Alto Alto Mediano Bajo

- ¿Está usando actualmente medicamentos para tratar el dolor, la inflamación o los dolores de cabeza? S N
- En promedio, en los últimos 30 días, ¿cómo calificaría su dolor físico diario? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- En promedio, en los últimos 30 días, ¿cómo calificaría sus habilidades funcionales (movilidad, equilibrio, fuerza)?:
- BAJO MEDIO ALTO

INFORMACIÓN NUTRICIONAL

- ¿Aturrido/irritable cuando tiene hambre? S N ¿Anhelas sal/azúcar? S N ¿Fatiga después de las comidas? S N
- ¿Necesita café/dulces de 3 a 5 pm? S N ¿Desayunas? S N ¿Comes bocadillos? S N

¿Cuáles son sus objetivos nutricionales? _____

¿Cuántos días por semana te traspasas? _____

- ¿Cuántas comidas de "comida rápida", "comida refinada" o "precocinadas" comes a la semana? 0 1-3 4-6 7+
- En promedio, en los últimos 90 días, ¿cuántas porciones de verduras frescas ha consumido por día? 0 1 2 3 4 5+
- En promedio, en los últimos 90 días, ¿cuántas porciones de frutas frescas ha consumido por día? 0 1 2 3 4 5+

¿Bebe regularmente 1 o más por día de lo siguiente: (encierre en un círculo todo lo que corresponda)

Soda Soda de Dieta Café Jugo Alcohol

¿Cuántas porciones de azúcar refinada comes al día? (Dulces, Galletas, Pastel, etc.) 0-1 2-3 4-5

¿Tiene alguna restricción dietética? S N Si si, por favor explique: (vegetariano, gluten, Kosher, etc.)

¿Está tomando actualmente algún suplemento? (Enumere todos a continuación y dónde los compró: Walmart, GNC, etc.)

¿Obtiene la ingesta diaria recomendada de vitamina D3 de 1000 UI por día? S N

¿Obtiene la ingesta diaria recomendada de EPA de 450 mg y 300 mg de DHA por día? S N

¿Está interesado en información nutricional? S N

¿Está tomando actualmente algún medicamento (incluso medicamentos de venta libre)? (Enumere todos a continuación con las dosis)

INFORMACIÓN SOBRE ESTRÉS EMOCIONAL

En promedio, en los últimos 30 días, ¿cómo calificaría su nivel de estrés psicológico/emocional? BAJO MEDIO ALTO

CIRUGÍAS

¿Qué cirugías ha tenido en el pasado?

HISTORIAL DE TERAPIA DE MASAJE

¿Alguna vez ha recibido un masaje profesional antes? S N Cuándo fue la última vez?:

Donde: _____ Nombre de la Terapeuta(s):

¿Cuánto tiempo estuvo bajo terapias? _____ ¿Por qué paró su terapia? _____

¿Hubo algún problema de salud en particular que usted consultó a la terapeuta de masajes?

¿Encontraste la terapia de masaje útil?

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DE TERAPIA DE MASAJE

Es mi elección recibir terapia de masaje. Soy consciente de los beneficios y riesgos del masaje y doy mi consentimiento para el masaje. Entiendo que no hay garantía implícita o declarada de éxito o efectividad de técnicas individuales o series de equipo. Reconozco que la terapia de masaje no reemplaza la atención médica, el examen médico o el diagnóstico. He declarado todas las condiciones médicas que conozco e informaré a mi médico de cualquier cambio en mi estado de salud. Entiendo que se recopilará mi información personal de salud. Entiendo que toda la información que proporcione será guardada confidencial a menos que lo exija la ley. Entiendo y consiento que mi información médica puede ser compartida por los diversos proveedores involucrados en mi cuidado y tratamiento.

Los tratamientos no estarán cubiertos por el seguro y entiendo que es mi responsabilidad pagar los servicios profesionales cuando se presten.

Es nuestra política que el pago se haga en el momento de cada visita, a menos que se hagan arreglos de pago alternativos.

Firma del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

PÓLIZA FINANCIERA DE LA OFICINA

CUANDO EL SEGURO MÉDICO NO ESTÁ PRESENTE: Es costumbre pagar por los servicios profesionales cuando se prestan. Es nuestra póliza que el pago se realice en el momento de cada visita a menos que se hagan arreglos de pago alternativos.

CUANDO EL SEGURO MÉDICO SI ESTÁ PRESENTE: ¡La verificación de los beneficios no garantiza los pagos de terceros! Si tiene seguro, con gusto presentaremos su reclamo de seguro por usted. No podemos garantizar el pago del seguro a terceros, sin embargo, haremos todo lo posible para darle una estimación de lo que su seguro puede cubrir. Esta oficina volverá a presentar un reclamo UNA VEZ. No entraremos en ninguna disputa con su compañía de seguros. Si surgen problemas de cobertura, se espera que usted ayude directamente a tratar con su compañía de seguros, ajustador o agente. No somos un mediador entre usted y su compañía de seguros y no entraremos en ninguna disputa con la misma, ya que su contrato es entre usted y su compañía de seguros.

POLIZAS GENERALES: Se cobrará una tarifa de \$35 por cualquier cheque devuelto a la cuenta del paciente. El saldo total, incluida la tarifa por cheque devuelto, se deberá pagar de inmediato. Todos los pacientes están en efectivo hasta que se pueda verificar su respectiva cobertura de seguro y deducible. Esta oficina puede hacer arreglos de planes de pago de forma individual. Cualquier plan o arreglo de este tipo se discutirá durante su informe de hallazgos. Si el paciente es referido a otro especialista o interrumpe la atención por cualquier motivo, la factura vence y se paga en su totalidad de inmediato, independientemente de cualquier reclamo presentado. Si un saldo permanece en la cuenta del paciente por más de 90 días, se entregará a una agencia de cobranzas. Si después de que se hayan completado todas las reclamaciones, nos pondremos en contacto con usted si queda un saldo o crédito en su cuenta. Espere de 3 a 8 semanas para el procesamiento completo de todas las reclamaciones. Requerimos un pago mensual mínimo de \$20 para evitar procedimientos de cobro. Una vez que se hayan enviado tres estados de cuenta por correo y no se haya recibido ningún pago, su cuenta se entregará a una agencia de cobranzas. Al firmar a continuación, usted reconoce que a su cuenta también se le cobrará una tarifa adicional de \$20 por el costo de los cobros.

Al firmar a continuación, declara que ha leído y entendido la Póliza Financiera de la Oficina y acepta cumplir con estos términos.

***Cobramos \$20 por cancelaciones y \$40 por faltar SIN AVISO.
Pedimos a todos los pacientes que avisen con anticipación si no podrán asistir a su cita.
De lo contrario, la tarifa se cargará a la tarjeta de crédito registrada.***

Firma del Paciente: _____ Fecha: ___/___/___

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Queremos que esté informado sobre la atención que puede recibir, incluidos los riesgos y beneficios. Esta información se proporciona para que pueda estar bien informado sobre su elección de dar su consentimiento a la atención quiropráctica.

Riesgos y Beneficios de la Atención:

Entiendo y estoy informado de que en la práctica de la quiropráctica hay algunos riesgos para el tratamiento que incluyen, entre otros, fracturas, lesiones de disco, accidentes cerebrovasculares, dislocaciones y esguinces. En la mayoría de los casos, la atención quiropráctica ofrece múltiples beneficios, incluido el alivio del dolor de cuello, dolores de cabeza y dolor lumbar.

Tratamientos Alternativos que Incluyen Riesgos y Beneficios:

Los tratamientos alternativos incluyen, pero no se limitan a, terapia de masaje, fisioterapia, medicamentos o cirugía. Los riesgos involucrados con estos tratamientos alternativos deben discutirse con los profesionales dentro del campo relativo. La atención quiropráctica ofrece un tratamiento natural no invasivo de las desalineaciones vertebrales.

Riesgos de no Recibir Tratamiento en Absoluto:

El tratamiento quiropráctico implica la ciencia, la filosofía y el arte de localizar y corregir las desalineaciones espinales y, como tal, está orientado hacia la mejora de la función espinal en relación con el rango de movimiento, los aspectos musculares y neurológicos. No ha habido ninguna promesa, implícita o de otro tipo, de una cura para cualquier síntoma, enfermedad o condición como resultado del tratamiento en esta clínica. Entiendo que el quiropráctico usará sus manos o un dispositivo mecánico sobre mi cuerpo para ajustar una articulación, lo que puede causar un "estallido" o "clic" audible. Es mi intención confiar en que el médico ejerza un juicio profesional durante el curso de cualquier procedimiento, que él siente en ese momento que es lo mejor para mí. Ni la práctica de la quiropráctica ni la medicina son una ciencia exacta, sino que se basan en la información relacionada por el paciente, la información recopilada durante el examen y la interpretación del médico de la misma, así como el juicio y la experiencia del médico en el trabajo con casos similares.

Entiendo y he leído (o me había leído) los riesgos enumerados anteriormente. Reconozco que el médico habló conmigo sobre los riesgos de la quiropráctica y estaba dispuesto a responder cualquier pregunta que tenga (o pueda tener en el futuro). Tengo la intención de que este formulario de consentimiento cubra todo el curso de tratamiento para mi condición actual y para cualquier condición futura para la cual busqué tratamiento.

Firma de Paciente: _____ Fecha: ___/___/___

(Si el paciente es menor de edad, el consentimiento debe ser firmado por el padre o tutor oficial)

Nombre del Padre o Tutor Legal: _____

Firma del Padre o Tutor Legal: _____ Fecha: ___/___/___

Jubilee Family Chiropractic – Aviso de Prácticas de Privacidad

*Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información y cómo puede obtener acceso a esta información.
Por favor, revíselo cuidadosamente.*

Introducción

Jubilee Family Chiropractic se compromete a brindarle atención de calidad y proteger su información de salud privada. También estamos comprometidos a tratar y usar la información de salud privada sobre usted de manera responsable. Este aviso de prácticas de información de salud describe la información personal que recopilamos, cómo y cuándo usamos o divulgamos esa información. También describe sus derechos en relación con su información médica protegida. Este aviso es efectivo el 12/01/2021.

Comprender su Información de Salud

Cada vez que visita nuestra oficina, se hace un registro de su visita. Por lo general, este registro contiene síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y un plan para la atención futura.

Esta información sirve como:

Base para planificar su tratamiento,

Medios de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a su atención, Documento legal que describe la atención que recibió,

Medios por los cuales usted o un tercero pagador puede verificar que se proporcionaron los servicios facturados,

Una herramienta para educar a los profesionales de la salud, Una fuente de datos para la investigación médica,

Una fuente de información para los funcionarios de salud pública encargados de mejorar la salud de este estado y nación,

Una fuente de datos para nuestra planificación y marketing,

Una herramienta con la que podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que prestamos y el resultado que logramos.

Comprender qué hay en su registro y cómo se usa la información de salud privada lo ayuda a garantizar su precisión, comprender mejor quién, qué cuándo, dónde y por qué otros pueden acceder a su información de salud privada, y tomar decisiones más informadas al autorizar divulgaciones a otros.

Sus Derechos de Información de Salud

Aunque su registro de salud es propiedad física de Jubilee Family Chiropractic, la información le pertenece. Usted tiene derecho a:

Obtenga una copia impresa de este aviso de prácticas de información a pedido, inspeccione y copie su registro de salud según lo dispuesto por la ley federal (se puede cobrar una tarifa razonable para cubrir el costo de la copia), Modifique su registro de salud según lo dispuesto por la ley federal, Obtener una contabilidad de las divulgaciones de su información de salud privada según lo dispuesto por la ley federal, Solicitar la comunicación de su información de salud privada por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, Solicitar una restricción en ciertos usos y divulgaciones de su información de salud privada según lo dispuesto por la ley federal, y Revocar su autorización para usar o divulgar información de salud privada, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas.

Nuestras Responsabilidades

Para mantener la privacidad de su información de salud privada

Para proporcionarle este aviso en cuanto a nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted,

Para cumplir con los términos de este aviso, y

Para satisfacer las solicitudes razonables, es posible que tenga que comunicar información de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información de salud privada que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, enviaremos por correo un aviso revisado a la dirección que haya proporcionado. Su responsabilidad es notificarnos los cambios de dirección y seguro.

No usaremos ni divulgaremos su información médica privada sin su autorización, excepto como se describe en este aviso.

También dejaremos de usar o divulgar su información de salud privada después de haber recibido una revocación por escrito de la autorización de acuerdo con los procedimientos incluidos en la autorización.

Ejemplos de Divulgaciones Para Tratamiento, Pago y Operaciones de Salud:

Tratamiento: Podemos usar su información médica privada dentro de nuestra oficina para brindarle servicios de atención médica o podemos divulgar su información médica privada a otro proveedor si es necesario referirlo a ellos para recibir servicios.

Pago: Podemos divulgar su información médica privada a un tercero, como una compañía de seguros, una HMO, una PPO o

para obtener el pago de los servicios que se le brindan.

Lesiones Personales: Podemos divulgar su información de salud privada a su abogado para obtener el pago por los servicios que se le brindan.

Operaciones: Podemos utilizar su información de salud privada para llevar a cabo actividades internas de evaluación y mejora de la calidad y para la gestión empresarial y las actividades administrativas generales.

Socios Comerciales: Hay algunos servicios proporcionados en nuestra organización a través de contactos con asociados. Los ejemplos incluyen servicios médicos en el departamento de emergencias, radiología y ciertas pruebas de laboratorio, referencias a otros médicos y otros que pueden proporcionar trabajo en nuestra oficina. Es posible que necesitemos divulgar su información de salud privada a nuestros socios comerciales para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido. Tenemos un acuerdo con estos asociados para proteger su información de salud privada también.

Notificación: Podemos usar o divulgar información para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su atención, su ubicación y estado general.

Comunicación con la Familia: Los profesionales de la salud, utilizando su mejor juicio, pueden revelar a un miembro de la familia, otro pariente, amigo personal cercano o cualquier otra persona que identifique, información de salud privada relevante para la participación de esa persona en su atención o pago relacionado con su atención.

Investigación: Podemos divulgar información de salud privada a los investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información de salud.

Aplicación de la ley: Podemos divulgar información de salud privada para fines de aplicación de la ley según lo exija la ley o en respuesta a una citación válida.

Compensación de Trabajadores: Podemos divulgar información de salud privada en la medida autorizada y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores u otros programas establecidos por la ley.

Salud Pública: Según lo exija la ley, podemos divulgar su información de salud privada a las autoridades legales o de salud pública encargadas de la ley relacionada con la compensación de trabajadores u otros programas. Su proveedor está obligado por ley a reportar enfermedades transmisibles y ciertas condiciones al Centro para el Control de Enfermedades en Atlanta, GA. Su información de salud privada estará protegida por nuestra oficina y los CDC o el centro de salud.

Para obtener más información o para informar de un problema

Puede presentar una queja ante el Oficial de Privacidad de nuestra práctica, Jubal Matthews al 256-486-3911, o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No habrá represalias por presentar una queja.

Office for Civil Rights
U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Ave. SW
Room 509 F, HHH Building
Washington, DC 20201

Información Adicional

Por favor marque todo lo que corresponda:

El paciente tiene radiografías, resonancias magnéticas u otros registros que le gustaría que se entregarán a Jubilee Family Chiropractic.

(Complete un formulario de autorización para liberar registros)

El paciente ha contratado a un abogado y actualmente está en litigio por un accidente automovilístico.

(Por favor complete la Información del Abogado y el Formulario de Cuestionario de Accidentes Automovilísticos)

El paciente necesitará una excusa médica para trabajar escuela.

Una vez Cada visita sólo a petición del paciente

(Recibirá una excusa médica en el momento del check-out)

- Reconozco que puedo solicitar una copia de la Póliza de Aviso de Prácticas de Privacidad de Jubilee Family Chiropractic. Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información de salud protegida como se especifica en la Póliza de Aviso de Prácticas de Privacidad de Jubilee Family Chiropractic.
- Entiendo que en el caso de que falte a una cita, doy mi consentimiento a Jubilee Family Chiropractic para que me envíe una postal con respecto a esa cita. Entiendo que puedo solicitar por escrito una forma alternativa de comunicación.
- Entiendo que mis registros (incluidos las radiografías) son propiedad de Jubilee Family Chiropractic y si en algún momento solicitó una copia de mis registros, habrá un cargo adicional por copiarlos (incluidas las radiografías).
- Al proporcionar mi número de teléfono residencial, número de teléfono móvil, dirección de correo electrónico y cualquier otra información de contacto personal, autorizo a mi proveedor de atención médica a emplear un sistema automatizado de alcance y mensajería de terceros para usar mi información personal, el nombre de mi proveedor de atención, la hora y el lugar de mi(s) cita(s) programada(s) y otra información limitada, con el fin de notificarme de una cita pendiente, una cita perdida, un examen de bienestar atrasado, saldos adeudados, resultados de laboratorio u otras comunicaciones. También autorizo a mi proveedor de atención médica a divulgar a terceros, que pueden interceptar estos mensajes, información de salud protegida limitada con respecto a mis eventos de atención médica.

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** ___/___/___