

# Informacion Del Paciente

Con fin de ofrecerle la mejor atencion posible, por favor complete este formulario y entregelo a la recepcion. Toda la informacion es estrictamente confidencial.

## Datos Del Paciente

Nombre  Apellido  Fecha  Email\*

\*Tu email no sera compartido y se utilizara solo para los anuncios de la clinica o promociones.

## Direccion De Envios

Direccion  Ciudad  Estado  Apt   
Numero Telefonico  (Casa) Codigo Postal   
Edad  Fecha de Nacimiento  Seguro Social  Cuantos Hijos   
Ocupacion  Empleador   
Estado Civil  Nombre de su conyuge  Ocupacion de su conyuge   
Empleador de su conyuge  Estado de salud de su conyuge   
Contacto de emergency  Telefono

## Quejas Actuales

Causa de Lesion  Automovil  Trabajo  Otra razon

Describe la lesion:

Fecha de lesion  Dia en que aparecieron los sintomas:

Ha tenido la misma condicion en el pasado?  Si  No Cuando?

Lista de medicos que vio por esta lesion

Alguna vez ha estado bajo cuidado quiropractico?  Si  No

Favor de describir el cuidado:

## Informacion De Seguro

Persona responsable por el pago  Telefono

Tiene seguro de salud?  Si  No Nombre de la compania

Nombre de la compania de seguros  Persona de contacto

Telefono  Numero de reclamo

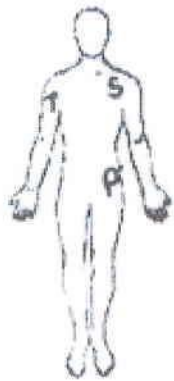
## Firmas

Nombre del asegurado

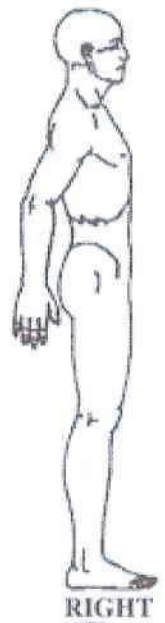
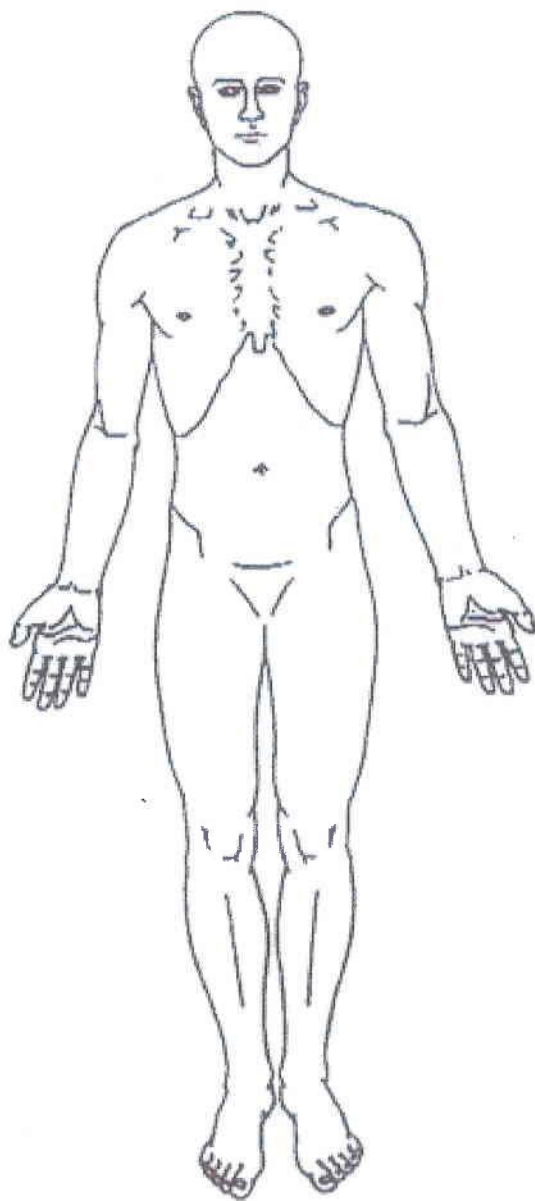
Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud / accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Entiendo y estoy de acuerdo que todos los servicios prestados a mí y cargadas son mi responsabilidad personal por el pago puntual. Yo entiendo que si suspenden o terminan mi cuidado / tratamiento, los honorarios por servicios profesionales prestados a mí serán exigidos y y tendran que pagarse inmediatamente.

Firma del paciente  Fecha

Firma del conyuge del paciente  Fecha



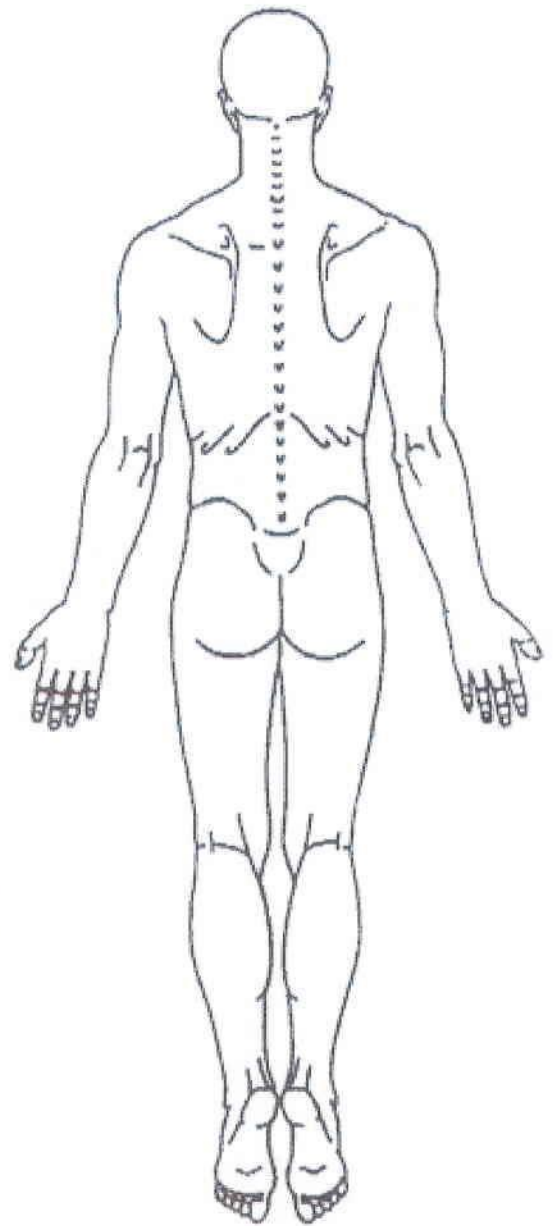
Example



RIGHT



LEFT



**Utilice las siguientes letras para indicar el tipo y la ubicación de los síntomas que está experimentando actualmente.**

- A: Dolor/ ACHE
- B: Ardor/ BURNING
- P: Alfileres y Agujas/ PINS AND NEEDLES

- O: Otra clase de dolor/ OTHER
- N: Entumecimiento/ NUMBNESS
- S: Punzante/ STABBING

# Premier Health Chiropractic

3875 Coon Rapids Blvd | Coon Rapids | (763) 270-5828

## CONSENTIMIENTO HIPAA

Doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información de salud protegida por el Dr. Chmiel y su personal con el propósito de analizar, diagnosticar o proporcionarme tratamiento , obtener el pago de mis cuentas de atención médica o para realizar operaciones de atención médica. Entiendo que el análisis, el diagnóstico o el tratamiento por el Dr. Chmiel podrán depender de mi consentimiento como lo demuestra mi firma abajo.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar una restricción en cuanto a cómo se usa o divulga para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica de la práctica de mi información de salud protegida. Dr. Chmiel no está obligado a aceptar las restricciones que pueda solicitarnos. Sin embargo, si está de acuerdo con una restricción que solicito, la restricción es vinculante.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que el Dr. Chmiel ha tomado acción basada en este consentimiento.

Mi "información de salud protegida", la información de la salud, incluyendo mi información demográfica, recogido de mí y creada o recibida por mi médico, otro profesional de la salud, un plan de salud, mi empleador o un centro de atención médica. Esta información protegida de la salud se relaciona con mi pasado, la salud física o mental presente o futuro o condición y me identifica, o existe una base razonable para creer que la información pueda identificarme.

He sido informado por su parte de su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Se me ha dado el derecho de revisar dicha Notificación de Prácticas de Privacidad, y entiendo que puedo contactar esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y revelaciones de mi información de salud protegida que se producirán en mi tratamiento, pago de mis cuentas o en la realización de operaciones de atención médica por el Dr. Chmiel. Este Aviso de prácticas de privacidad también describe mis derechos y los deberes de Dr. Chmiel con respecto a mi información protegida de la salud.

También se me ha informado que el Dr. Chmiel y su personal pueden ponerse en contacto conmigo de vez en cuando por teléfono. Al firmar este formulario, yo les doy la autorización para dejar un mensaje en el contestador automático o con un miembro de la familia si no estoy disponible.

Dr. Chmiel se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener un Aviso de Prácticas de Privacidad llamando a la oficina del Premier Health Chiropractic en 763-270-5828 y solicitando se envíe una copia revisada en el correo o solicitando una en el momento de mi siguiente cita.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Paciente (o tutor) Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Description of guardian's authority: \_\_\_\_\_