



Información Preliminar Quiropráctica

Nombre Legal _____ Fecha _____

Es algún apodo que le gustaría que lo llamarnos? _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono Casa _____ Celular _____ Proveedor de celular _____ E-mail _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Numero de Seguro Social _____ Estado Civil: C S V D

Lugar de empleo _____ Numero de trabajo _____ Ocupación _____

Nombre de esposo (a) _____ Fecha de nacimiento de esposo (a) _____ #SS de pareja _____

Numero de hijos (a) _____ Nombre y Edad de hijos(a) _____

Seguro Medico: No Si Nombre de Aseguradora _____ Nombre de suscriptor _____

1. Quien lo refirió a nuestra oficina? _____ Relación? _____

Anuncio del local/ Conducir por la oficina Internet Presentación Periódico Otro _____

2. Cuanta veces has visitado a un quiropráctico en tu vida? _____ Su ultima visita? _____

3. Cual es la razón principal por su visita? _____

4. Hace cuanto tiempo a tenido esta condición? _____ Cuando comenzó este episodio? _____

5. Que usted opina a causado esta condición? _____

6. Su condición es relacionada a un accidente o herida? No Si Automóvil Trabajo Casa Otro Fecha _____

7. Con que frecuencia están presente sus síntomas? Raro (10%) Ocasional (25%) Intermitente (50%) Frecuente (75%) Constante (100%)

8. Describa las molestias: Agudo Adolorimiento Pulsante Hormiguelo Embotado Apretado Apuntamiento Fastidioso
 Ardiente Espasmo Doloroso Debilidad Entumecimiento Profundo Punzante Otro _____

9. Su dolor radia a diferentes lugares? No Si A Donde? _____

10. Desde que su problema empezó, se ha: Empeorado Mejorado Igual

11. Cual es la intensidad de su dolor en la escala del 1-10, cuando esta descansando y con actividad: (circule su repuesta)

(Descansando) No dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor extremo

(Con actividad) No dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor extremo

12. Que alivia sus síntomas? Nada Caminar De Pie Sentado Movimiento/Ejercicio Hielo Calor
 Acostado Otro _____

13. Que agrava sus síntomas? Nada Caminar De pie Sentado Movimiento/Ejercicio Levantar algo Otro _____

14. Has recibido otro cuidado para esta condición? No Si Describir cuidado? _____

15. Has tenido esta condición anterior? No Si Cuando? _____ Frecuencia? _____

16. Actividades diarias que afectan su condición? Encojarse Empleo Entrar/salir del carro Sentado Parado Levantar
 Cuidado Personal Dormido Caminando Actividades Caseras Otro _____

17. Enumera todas las cirugías pasadas? _____

18. Que medicamentos está tomando? _____

19. A continuación hay una lista de síntomas y condiciones, marque la casilla que indica si esto aplica al pasado o al presente.

Síntomas	Pasado	Presente	Síntomas	Pasado	Presente	Síntomas	Pasado	Presente
Dolor de Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones Nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias/Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en el Codo/Brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga Prolongada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida/Gane excesivo de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condición en la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en pierna superior o cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condiciones respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en pierna inferior o rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condiciones del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en el tobillo o pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Digestivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condiciones en la próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de riñón/vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condición en el útero/ovarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón de las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas menstruales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro, Lista por favor: _____		
Rigidez de las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho/masa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

20. Has tenido **accidentes o traumas previos?** Tipo y día: _____

21.Cuál es tu **actividad física en el trabajo?** Mayormente sentado Trabajo manual ligero Trabajo manual moderado Trabajo manual pesado

22. **Uso de Tabaco:** Ninguna Ocasional Moderado Pesado **Uso de Alcohol:** Ninguna Ocasional Moderado Pesado

23. **Uso de la Cafeína** (Café, té, cafeína): Ninguna Ocasional Una taza/día 2-4 tazas/día 5 o mas tazas/día

24. **Con que frecuencia ejercita?** _____ **Tipo de ejercicios:** _____

25. Mujeres-Liberación de el embarazo-Certifico que, a mi leal saber y entender, **NO ESTOY EMBARAZADA** y el medico mencionado anteriormente y sus asociados tienen permiso para realizar una evaluación de rayos X. Se me informó que los rayos X pueden ser peligrosos para un niño por nacer.

Fecha del ultimo ciclo menstrual: ____/____/____

Firma del paciente: _____

26. Si el doctor considera que Quiropráctica lo ayudará, esta usted dispuesto(a) a seguir su recomendación? Sí No

Autorización

Yo certifico que soy el paciente o el tutor legal del paciente mencionado anteriormente. He leído/entendido la información incluida y certifico que es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Doy mi consentimiento para la recopilación y el uso de la información anterior a esta oficina de quiropráctica. Autorizo a esta oficina y a su personal a examinar y tratar mi condición como el doctor lo vea apropiado. Por la presente, autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria a la compañía de seguros, a un abogado o a un ajustador con el fin de reclamar el reembolso de los cargos incurridos por mí parte. Otorgo el uso de mi declaración de autorización firmada para la compañía seguro como requisito. Entiendo y acepto que todos los servicios prestados a mí se me cobrarán, y soy responsable por el pago oportuno de dichos servicios. Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud o accidente son un arreglo entre una compañía de seguros y yo. Entiendo que los honorarios por servicios profesionales, a la suspensión o terminación de mi cuidado o tratamiento, están inmediatamente debido.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Si tiene alguna queja adicional por su visita, por favor complete lo siguiente (si no tiene razón adicional, deje esta hoja en blanco)

1. Cual es la razón adicional por su visita? _____
2. Hace cuanto tiempo tiene esta condición? _____ Cuando comenzaron estos episodios? _____
3. Que siente usted que pudo a causar esta condición? _____
4. Su condición es relacionada a un accidente o herida? No Si Automóvil Trabajo Casa Otro Fecha: _____
5. Con que frecuencia están presente sus síntomas? Raro (10%) Ocasional (25%) Intermitente (50%) Frecuente(75%) Constante (100%)
6. Por favor describa su incomodidad: Agudo Estremecimiento Pulsante Apuntamiento Fastidioso Ardiente
 Espasmo Doloroso Debilidad Entumecimiento Profundo Punzante Otro _____
7. Su dolor radia a diferentes lugares? No Si A Donde? _____
8. Desde que su problema empezó, se ha: Empeorado mejorado Igual
9. Cual es la intensidad de su dolor en la escala de el 1-10, cuando esta descansando y con actividad: (circule su repuesta)
(Descansando) No dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dolor extremo
(Con actividad) No dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dolor extremo
10. Que alivia sus síntomas? Nada Caminar De Pie Sentado Movimiento/Ejercicio Hielo Calor
 Acostado Otro _____
11. Que agrava sus síntomas? Nada Caminar De pie Sentado Movimiento/Ejercicio Levantar algo Otro _____
12. Has recibido otro cuidado para esta condición? No Si Describir cuidado? _____
13. Has tenido esta condición anterior? No Si Cuando? _____ Frecuencia? _____
14. Actividades diarias que afectan su condición? Encojarse Empleo Entrar/salir del carro Sentado Parado Levantar
 Cuidado Personal Dormido Caminando Actividades Caseras Otro _____
15. Tiene usted algún otra razón por su visita? No Sí (Por favor pida una hoja adicional a la recepcionista)

Nombre del paciente (imprimir) _____ Fecha: _____

Firma del paciente o pariente/guardián _____

Relación al paciente si no es el paciente _____

Formulario de Admisión de Registros de Salud Electrónicos
En conformidad con los requisitos de la Ley de Asistencia Asequible

Primer Nombre : _____ **Apellido:** _____

Dirección de correo electrónico: _____ @ _____

Número de teléfono celular: _____ **Operador :** Verizon/ Sprint?/ T-Mobile / AT&T / _____

Método de comunicación preferido para los recordatorios del paciente: Correo electrónico Teléfono Correo Mensaje de texto

Fecha de nacimiento: _____ **Género:** Masculino Femenino **Idioma preferido:** _____

Estado de fumador (circule uno): Fumador ocasional Ex fumador Nunca fumador (significa que ha fumado menos de 100 cigarrillos en su vida) Fumador de tabaco pesado Fumador de tabaco ligero

CMS requiere que los proveedores reporten tanto la raza como la entidad _____

Origen étnico: Hispano o latino No hispano o latino Declino responder

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Blanco

Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico Otro _____ No acepto

¿Actualmente está tomando algún medicamento PRESCRITO? NO SÍ (complete a continuación)

Nombre de la medicación	Cuántos	Dosis (es decir, 5 mg)	Frecuencia (es decir, once por día, etc.)	Ruta (píldora, cápsula, jeringa, inhalador, supositorio, etc.)	Fecha Empezado

¿Tienes alguna alergia a medicamentos? NO SÍ (complete a continuación)

Nombre de la medicación	Reacción	Fecha de comienzo	Comentarios

Altura: _____ ' _____ " **Peso:** _____ lbs **Presión Sanguínea:** L R S _____ / D _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____



POLÍTICA DE ASIGNACIÓN DE SEGUROS

Esta oficina ayudará al paciente siempre que sea posible para obtener sus beneficios bajo su póliza de seguro.

DEBE SER ENTENDIDO:

1. Esperar el pago del seguro es una cortesía y puede retirarse en cualquier momento.
2. Si su aseguradora le envía un pago directamente, debe reenviar el cheque (endosado al médico), más la explicación de los beneficios, o pagar ese monto al Dr. Stewart con cheque personal, efectivo o giro postal dentro de su domicilio. tres días hábiles desde la recepción o usted será legalmente responsable por el monto total de la factura. Si no se entregan los pagos del seguro, su cuenta será entregada a colecciones , y usted también será responsable de las tarifas de cobro. Siempre traiga la explicación de los beneficios.
3. El paciente debe mantenerse actualizado con su porcentaje de responsabilidad. Los pagos hacia el deducible y los co-pagos del seguro se deben realizar al momento del servicio o por adelantado.
4. Si el paciente interrumpe la atención por cualquier otra razón que no sea el alta del médico, la factura vence y se debe pagar en su totalidad inmediatamente, independientemente de cualquier reclamo presentado.
5. Todos los cantidades deducibles deben pagarse antes de la presentación del seguro.
6. Cuando esta oficina recibe un cheque de seguro, si hay un saldo adeudado en ese momento, se notificará al paciente y se requiere que pague la diferencia.
7. Esta oficina no promete que una compañía de seguros pagará los honorarios que se le cobran.
8. Para presentar sus reclamos de manera oportuna, necesitamos información actual y precisa del seguro para usted y sus dependientes. Haremos nuestro mejor esfuerzo para confirmar su elegibilidad y el nivel de cobertura de seguro para la atención; sin embargo, en última instancia, es su responsabilidad conocer sus propios beneficios de seguro en relación con lo que cubre su seguro y lo que no.
9. Esta oficina no entrará en una disputa con una compañía de seguros sobre el reembolso o la cantidad de reembolso. Esta es la obligación del paciente.
10. La asignación del seguro no puede aceptarse hasta que el paciente asista al Informe del médico y al Informe de hallazgos.
11. Es responsabilidad del paciente resolver cualquier problema (proporcionar información faltante, completar el cuestionario, actualizar la coordinación de beneficios, etc.) con la compañía de seguros. Si el paciente no resuelve cualquier problema con la compañía de seguros de manera oportuna y, como resultado, no se emite un pago, el paciente será legalmente responsable por el monto total de la factura.

HE LEÍDO Y ACEPTO LA POLÍTICA ANTERIOR DE ASIGNACIÓN DE SEGUROS.

Firma del paciente / responsable _____ Fecha _____

Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

Por la presente reconozco que he recibido y revisado una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA de la oficina de Gary C. Stewart, D.C. (Stewart Family Chiropractic). El aviso de HIPAA también está disponible en nuestro sitio web en stewartfamilychiro.com.

Nombre (Impreso por favor)

Firma

Fecha

Si representa a un menor de edad, indique los nombres del menor y su relación.

Nombre del menor (s)

Relación

Información de Salud permitida: Designación de parientes, amigos y otros cuidadores para divulgación de información médica

Por la presente, autorizo a mi médico y / o personal de Stewart Family Chiropractic a divulgar cualquier información relacionada con mi condición , atención quiropráctica u otra información de atención médica a las personas involucradas en mis decisiones o pagos de atención médica.

Designo a la(s) siguiente(s) persona(s) listadas a continuación como autorizadas para recibir mi información personal de salud. Puedo cambiar las personas designadas por escrito en cualquier momento:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre (Impreso por favor)

Firma

Fecha

Pacientes de Medicare: Por favor firme

Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a que entregue a la Administración del Seguro Social y Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o sus intermediarios o proveedores de cualquier información necesaria para este o un reclamo de Medicare relacionado. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original y solicite el pago de los beneficios del seguro médico a mí mismo o a la oficina del Dr. Gary Stewart.

Nombre (Impreso por favor)

Firma

Fecha

Gary C. Stewart, D.C.
Stewart Family Chiropractic
43 Newark Pompton Turnpike
Riverdale, NJ 07457
(973) 835-5773

ASIGNACIÓN E INSTRUCCIÓN PARA EL PAGO DIRECTO AL MÉDICO

Seguros privados, grupales, de accidentes, Medicare y de salud

Por la presente autorizo y ordeno a mi (s) Asegurador (es) de Seguros, incluido Medicare, seguro privado, grupo, accidente y cualquier otro plan de salud / médico para pagar con cheque (o EFT) y enviándolos directamente a:

Gary C. Stewart, D.C.
Stewart Family Chiropractic
43 Newark Pompton Turnpike
Riverdale, NJ 07457
(973) 835-5773

Si mi poliza prohíbe el pago directo a mi médico, por la presente doy instrucciones y dirijo el cheque que me sera enviado y enviar por correo de la siguiente manera:

Gary C. Stewart, D.C.
Stewart Family Chiropractic
43 Newark Pompton Turnpike
Riverdale, NJ 07457
(973) 835-5773

para los beneficios de gastos profesionales o médicos que se me permiten y que de otra manera se me pagarán conforme a mi política actual como pago hacia los cargos totales por servicios profesionales prestados.

ESTA ES UNA ASIGNACIÓN DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS BAJO ESTA PÓLIZA.

Este pago no excederá mi deuda con el cesionario antes mencionado, y acepté pagar, de manera corriente, cualquier saldo de dichos cargos de servicio profesional además del pago de este seguro. Entiendo y acepto que si mi compañía de seguros me envía el pago directamente, entregaré los pagos del seguro a Stewart Family Chiropractic / Gary C. Stewart, DC dentro de los tres días hábiles o seré legalmente responsable de la totalidad del pago. Si no entrego los pagos del seguro, mi cuenta será entregada a colecciones , y también seré responsable de las tarifas de cobro.

UNA COPIA DE ESTA ASIGNACIÓN SE CONSIDERARÁ TAN EFICAZ Y VÁLIDA COMO LA ORIGINAL.

También autorizo la divulgación de cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado involucrado en este caso.

Firma del paciente / nombre impreso de la parte responsable

Fecha

Testigo