Elite Chiropractic & Massage
8131 W. Klamath Ct., Ste H
Kennewick, WA 99336
(509) 736-5456

Informacíon del Paciente y Seguro Medico

Fecha: _____ Como Escucho de nosotros?_____

Apeido:	Nombre:		Segundo Nombre:
Estado Civil: Soltero(a)/Casado(a)/Divorciado(a)/Viudo(a)	Fecha de Nacimiento:		Sexo:
Direccion:	Ciudad:	Estado:	Codigo:
Correo Electronico:	Telefono:	Celular:	
# de Seguro Social:	Empleador:	Ocupacion:	
Si Esta Casado(a), Nombre de su esposo(a):	Si es un menor, Nombre del Padre:		
Contacto de Emergencia:	Relacion:		Telefono:
Seguro Medico Primario			
Nombre del Seguro:	# de Identificacion:		# de Grupo:
Nombre del subscriptor:	Relacion:	FDN:	# Seguro:
Empleador del Subscriptor:	Tel. del Trabajo:	Celular:	
Tiene un Segundo Seguro Medico □ Si la Respuesta es Si, Complete esta Parte			
Segundo Seguro Medico			
Nombre del Seguro:	# de Identificacion:		# de Grupo:
Nombre del Subscriptor:	Relacion:	FDN:	# Seguro:
Empleador del Subscriptor:	Tel del Trabajo:	Celular:	
Se Lastimo en el Trabajo o Accidente de Carro? □ Si la Respuesta es Si, Complete esta Parte			
Lesión en el Trabajo (Compesacion al Trabajador)			
Tipo de L&I : □ L&I or □ Compañia Privada:	# de Reclamo:		Dia que se lastimo:
Nombre de su Empleador:	Supervisor:		Telefono:
Nombre del Representante de Reclamos:	Telefono:		
Accidentes de Carro			
Nombre de su Aseguranza:	# de Reclamo:		# de Poliza:
Nombre de su Ajustador de Reclamo:	Telefono:		Fecha del Acc:
Nombre del Otro Conductor:	Telefono:		
Nombre de la Aseguranza del otro Conductor:	# de Reclamo:		# de Poliza:
Nombre del Ajustador:	Telefono:		
Tiene un Abogado? □Si □No	Nombre:		

Firma:_____ Fecha:_____

Elite Chiropractic and Massage

Historia Medica

Nombre:		Estado Civil: Soltero(a)/Casado(a)/Divorciado(a)/Viudo(a)	
Nivel de Educacion: 8 9 10 11 12 Nivel de Universidad:_____		Cuantos Hijos(as) Tiene:	
Estatura:	Peso:	Derecha o Izquierda (Circule Uno)	

Molestias Primarias

□ Dolor de Cuello	□ Dolor de Espalda	□ Dolor en la Cadera	□ Entumido/Hormigueo
□ Dolor en Medio	□ Hombro/braso	□ Pierna/Dolor en la Rodilla	
□ Columna Baja	□ Codo/Mano	□ Dolor de Cabeza	□ Otro:

Lista de Medicamentos Currente

Porfavor Escriba sus Medicamentos:

Informacion de su Cuidado Medico

Tiene un Doctor Familiar □ No □ Si Nombre del Doctor:

Direccion:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:

Fecha de su Ultima Visita al Doctor:	Fecha de su Ultimo Examen Medico:

Ha Tenido Algun Tipo de Cirugia en los Ultimos 5 Años □ No □ Si, la Respuesta es Si, Cuando?

La Razon de la Cirugia:

Symtomas Presentes

□ Sida	□ Cancer	□ Prob. De Corazon	□ Esclerosis Multiple	□ Prob. Del Disco Espina
□ Alergias	□ Cirrhosis/hepatitis	□ Presion Alta	□ Marcapasos	□ Prob. De Tiroides
□ Anemia	□ Diabetes	□ VIH/ ARC	□ Prob. De la Prostata	□ Epilepsia
□ Artritis	□ Articulacion/deslo	□ Prob. De Riñones	□ Fiebre Reumatica	□ Tuberculosis
□ Asma	□ Diverticulitis	□ Presion Baja	□ Escoliosis	□ Ulceras
□ Fractura de Huezo	□ Fiebre de Heno	□ Prob. Mentales-	□ Prob. Nasales	□ Polio

Otro:

Historia de Enfermedades de Familia

Por favor Escriba Aqui los Problemas Medicos que Corren en su Familia:

Tipo de Cancer: □ Del Seno □ De Pulmones □ Otro:

Social

Alcohol: □ No □ Si Bebidas Por Semana?	Cigarros: □ No □ Si Paquetes por Semana	Cafeina? □ No □ Si Cuantas Tazas?	Ejercisio? □ No □ Si- Horas por Semana (circule) Poco /moderado/ Mucho

Firma: _____ Fecha:_____

Elite Chiropractic & Massage
8131 W. Klamath Ct., Ste H
Kennewick, WA 99336
(509) 736-5456 Fax (509) 735-9868

POLIZA DE SEGURO MEDICO Y ESTADO FINANCIAL

Con mucho gusto aceptaremos su seguro médico como garantizamiento de pago asia su tratamiento. Estas son algunas de las reglas que cubre esta poliza:

- *Una vez que aigamos verificado su seguro médico con mucho gusto aceptaremos su co-pago o pago inicial a su visita he hoy. El balance que quedé lo mandaremos a seguro médico. Si su poliza require un co-pago, tenga en cuenta que todo tipo de co-pagos tienen que ser pagados al tiempo del servicio.*

- *Si tiene un segundo seguro médico, tambien mandaremos el balance a ellos, si nos proporciana toda la informacíon.*

- *Una véz que el Doctór determine la causa su problema, El le dará recomendaciones y se las explicara a usted. Nosotros le recomendaremos cual es el mejor precio y en como cuanto le saldra el tratamiento. Su recuparecion es nuestra preoridad, por eso vamós a tratar de aser todo lo posible para que el tratamiento esté al alcanse de su bolsillo.*

- *Si su problema de salud es debido a un accidente de carro, con mucho gusto nosotros mandaremós los balances a su PIP. Usted tendra que proveernos con toda la informacion del reclamo. Si usted tiene un abogado, nosotros requerimos que usted firme nuestra forma de declaracíon.*

- *Si su problema de salud es resultado de un accidenté de trabajo, tenga en cuenta que el estado tiene reglas en como debemos mandar los balances.*

Yo entiendo que todo lo que tiene que ver con el accidente y la poliza de la aseguranza solamente puedo aser arreglos por medio de mi y la aseguranza. Yo entiendo que esta oficina va a preparar todo los papeles necesarios para que puedan recibir pago, y que todo pago se le pagara al doctor. Yo entiendo que yo soy responsable por cualquier balance que quedé en esta clínica.

_____	_____	_____
Nombre del Paciente	*Firma Del Paciente o Guardian*	*Fecha*

Elite Chiropractic & Massage
8131 W. Klamath Ct., Ste H
Kennewick, WA 99336
(509) 736-5456 Fax (509) 735-9868

Notificacion Privada de Practica- Consentimiento para el uso del paciente sobre su proteccion medica.

Nuestra clínica mantiene información sobre su tratamiento que se le a proveido. Usted tiene derecho a recibir una copia de su información. Tiene derecho a cambiar cualquier información. Nosotros no proveeremos información sobre su história médica a menos que usted nos de permiso. De la manera nosotros seguiremos las reglas del estado. Usted puede ver o recibir una cópia de su información contactando nuetra oficina.

Con su consentiemiento, Elite Chiropractic and Massage podrá usar toda su información médica para proceder al tratamiento o recibir pago y cualquier asunto médico. Por favor de referirse a la notificación privada de Elite Chiropractic and Massage.

Yo tengo derecho a revisar la notificación médica para proceder al tratamiento o recibir pago y cualquier asunto médico. Por favor de referirse a la notificación privada de Elite Chiropractic and Massage.

Yo tengo derecho a revisar la notificación privada de practica. Antes de firmar este consentimiento, Elite Chiropractic and Massage tiene el derecho a revisar la notificación privada depráctica en cualquier momento. Una notificación puede ser obtenida mandando una solicitud a esta dirección.

Con mi consentimiento, Elite Chiropractic and Massage pueden mandar a mi dirección o otra dirección designada en referencia a cualquier tipo de preguntas sobre el tratamiento, pago y asuntos sobre mis opciones de salud. (Por ejemplo: recordatorios sobre citas, preguntas sobre mi seguro médico, y/o llamadas que tengan que ver con la oficina).

Con mi consentimiento, Elite Chiropractic and Massage pueden mandar a mi correo electrónico o otra dirección información sobre mi tratamiento, pagos a mi cuenta y situaciones sobre mi salud (como recordatórios sobre mis citas médicas y declaraciones sobre mi cuenta). Yo tengo derecho de pedirle a Elite Chiropractic and Massage a poner una restricción en como mi información puede ser protegida en el transcurso de mi tratamiento, pagos y situación de mi salud. Sin embargo, esta clínica no está requerida a estar de acuerdo con mi restricción, pero si lo hace está obligado por este acuerdo.

Firmando esta forma, yo estoy dando consentimiento a Elite Chiropractic and Massage que use toda mi información médica sobre mi tratamiento, pago y cuidado médico. Firmando esta forma, yo estoy de acuerdo con esta notificación privada de práctica.

Puedo anular mi consentimiento en escrito solamente si Elite Chiropractic and Massage ha dado información sin mi consentimiento. Si no firmo este consentimiento, Elite Chiropractic and Massage me negará tratamiento.

_____ _____

Firma del Paciente o guardian legal **Fecha**

_____ _____

Imprimir su nombre **Imprimir nombre del guardian legal**

Elite Chiropractic & Massage
8131 W. Klamath Ct., Ste H
Kennewick, WA 99336
(509) 736-5456 Fax (509) 735-9868

Consentimiento para tratamiento Quiropractico

Todo tipo de tratamiento médico tiene la posibilidad de complicaciones. El Doctor mensionado en esta forma me há informado de los posibles riesgos que tratamiento Quiropractico puedé tener, y yo entiendo estos riesgos. Ya hemós discutido otras opcíones de tratamiento, complicaciones y los beneficios que tratamiento Quiropractico puedé tener. El Doctor há recomendado manipulacíon Quiropratica y todo tipo de tratamiento relacionado. Yo entiendo estas complicaciones y eh decidido seguir este tratamiento. En Adicion, yo doy permiso que el Doctor me de tratamiento ahorá y en un futuro por cualquier Doctor que me vea en esta clinica. Yo espero que el Doctor me explique todas las complicaciones. Es mi decision a estar en tratamiento con este Doctor y que el va decidir el mejor tratamiento para mi.

Firma Del Paciente	Fecha
Imprima Su Nombre	Firma Del Padre o Guardian
Printed Name of Doctor	Imprima Nombre del Paciente o Guardian
Doctor Signature Date	Translated By