

*Nombre _____ Fecha _____

*Mejor número de contacto: _____ - _____ - _____ Su ocupación _____

*Dirección _____ *Ciudad _____

*Estado _____ *Código Postal _____ *Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Edad _____ Sexo: M F

*Correo Electrónico _____ Numero de Social _____

*Medico Primario (PCP) _____ Teléfono _____

*PCP Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____

Contacto De Emergencia Nombre y Relación: _____ Teléfono _____

¿Como supiste de nosotros? (Marque uno) ☐ Facebook ☐ Instagram ☐ Periódico ☐ Google ☐ Tictok ☐ Pasar Conduciendo

Fuiste referido de: **Un Paciente** Nombre ? _____ Un Medico? _____

***PROBLEMA PRIMARIO:**

¿Cuándo empezó? _____ ¿Has tenido esta condición antes? ☐ Si ☐ No

Tipo de dolor (marque uno): ☐ agudo ☐ dolorido ☐ disparo ☐ entumecimiento ☐ hormigueo

¿Con qué frecuencia ocurre el dolor (marque uno): ☐ Constante ☐ Episódico ☐ Ocasional

Cuantas veces (marque uno): ☐ diario ☐ semanal ☐ mensual ¿La condición empeora? ☐ Si ☐ No

Califica el dolor de 1-10: En su peor momento _____ En el presente _____ En su mejor momento _____

¿El dolor viaja a otras áreas? ☐ Si ☐ No ¿De donde a donde? _____

¿Qué lo hace sentir mejor? _____ ¿Qué lo hace sentir peor? _____

¿Qué crees que causó el problema? _____

Lista las actividades que esta condición le impide hacer: _____

Liste los tratamientos anteriores para esta afección y si ayudaron: _____

***PROBLEMA SECUNDARIO:**

¿Cuándo empezó? _____ ¿Has tenido esta condición antes? ☐ Si ☐ No

Tipo de dolor (marque uno): ☐ agudo ☐ dolorido ☐ disparo ☐ entumecimiento ☐ hormigueo

¿Con qué frecuencia ocurre el dolor (marque uno): ☐ Constante ☐ Episódico ☐ Ocasional

Cuantas veces (marque uno): ☐ diario ☐ semanal ☐ mensual ¿La condición empeora? ☐ Si ☐ No

Califica el dolor de 1-10: En su peor momento _____ En el presente _____ En su mejor momento _____

¿El dolor viaja a otras áreas? ☐ Si ☐ No ¿De donde a donde? _____

¿Qué lo hace sentir mejor? _____ ¿Qué lo hace sentir peor? _____

¿Qué crees que causó el problema? _____

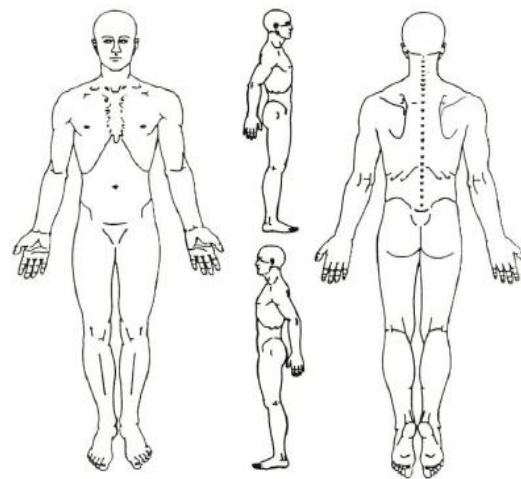
Lista las actividades que esta condición le impide hacer: _____

Liste los tratamientos anteriores para esta afección y si ayudaron: _____

Indica tu dolor en el diagrama

- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ Dolor en las manos
- ☐ Dolores de estómago
- ☐ Depresión
- ☐ Dolor de Rodilla
- ☐ Entumecimiento
- ☐ Dolor en los oídos
- ☐ Dolor de Cuello
- ☐ Dolor de pecho
- ☐ Falta de balanceo
- ☐ Dolor de hombro
- ☐ Dolor en la espalda
- ☐ Condiciones del corazón
- ☐ Nervios
- ☐ Dolor en la cadera
- ☐ Presión alta

- ☐ Cáncer
- ☐ Fatiga
- ☐ Dolor al respirar
- ☐ HIV
- ☐ Artritis
- ☐ Vértigo
- ☐ Falta de tufo o probar
- ☐ Mareo
- ☐ Inflamación de articulaciones
- ☐ Dolor de mandíbula
- ☐ TMJ
- ☐ Insomnio
- ☐ Diabetes (Insulina)
- ☐ Diabetes (Sin Insulina)



¿Ha tenido unos de estos síntomas en el pasado? Elije el que aplica:

Otro Problema no indicado que sea relevante: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS, VITAMINAS, SUPLEMENTOS:

LISTA DE TRAUMA PASADO, ACCIDENTES, LESIONES, HOSPITALIZACIONES, CIRUGÍAS:

LISTA HISTORIA FAMILIAR, HISTORIA SOCIAL, NIVEL DE EJERCICIO, FUMAR, NIVEL DE ESTRÉS:

¿Hay alguna otra información que considere relevante para su (s) condición (es) actual (es) que no estaba cubierta?
Explique en la siguiente sección cualquier información que considere útil para el médico.

Seguro Médico (Llenar lo mas que puedas)

Número de identificación del miembro:

Número de grupo: _____

Fecha de entrada en vigor: ____/____/____

Deducible: \$_____

Gastos de bolsillo: \$_____

Copago por visita: \$_____

Relación del paciente con el
suscriptor:_____

Número de teléfono de la aseguradora (ubicado en el reverso de la tarjeta):

Dirección para reclamaciones:

Seguro Secundario si es que lo hay

Número de identificación del miembro:

Número de grupo: _____

Fecha de entrada en vigor: ____/____/____

Deducible: \$_____

Gastos de bolsillo: \$_____

Copago por visita: \$_____

Relación del paciente con el
suscriptor:_____

Número de teléfono de la aseguradora (ubicado en el reverso de la tarjeta):

Dirección para reclamaciones:

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DEL AVISO DE HIPAA

Aviso al Paciente:

Estamos obligados a ofrecerle una copia de nuestro aviso de HIPAA que establece cómo podemos usar y / o divulgar su información de salud. Nuestro aviso HIPAA y las políticas de la oficina contienen información sobre pagos, seguros de salud, cobros y otra información importante.

1) ¿Podemos confirmar sus citas por correo electrónico, mensaje de texto o teléfono?

Si No

2) ¿Podemos dejar un mensaje en su contestador en su casa o teléfono celular?

Si No

3) ¿Podemos discutir su condición con algún miembro de su familia?

Si No

Si la respuesta es sí, por favor escriba sus nombres: _____

4) ¿Podemos usar imágenes o videos capturados en nuestra oficina, con respecto a su tratamiento, en las redes sociales con fines de marketing?

Si No

Reconocimiento del Paciente:

Reconozco y acepto el aviso de HIPAA de esta oficina. Reconozco que he revisado el aviso de HIPAA y tengo derecho a obtener una copia impresa del aviso de HIPAA. Reconozco que puedo negarme a firmar este reconocimiento si lo deseo.

Nombre impreso del paciente

Firma del paciente o representante legal

Si es representante legal, relación estatal

Fecha

DIVULGACIÓN SOBRE LA PARTICIPACIÓN EN EL SEGURO MÉDICO Y LAS TARIFAS

Las leyes del Estado de Nueva Jersey y del Departamento de Salud de Nueva Jersey exigen que los profesionales de la salud informen a los pacientes sobre los planes de salud en los que participan y los centros a los que están afiliados. En cumplimiento con estas leyes, se notifica por escrito al paciente que suscribe lo siguiente:

Planes de salud con los que participa nuestra clínica: Medicare a través de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid de EE. UU., Horizon BCBS, United Healthcare

Centros con los que está asociada nuestra clínica y a los que se dirige: *Eric Chludzinski, DC, nombre comercial:*

Si el plan de salud del paciente no figura en la lista anterior, el médico o los centros que prestan los servicios no participan en el plan de salud del paciente. Para proceder con cualquier servicio de atención médica, el paciente reconoce y acepta:

Personal de atención médica auxiliar con licencia: Los siguientes profesionales de la salud con licencia pueden brindar servicios de asistencia al paciente según el plan de tratamiento y las necesidades del paciente: Eric Chludzinski, DC y profesionales de la salud auxiliares empleados por nuestro consultorio.

Asignación de beneficios: Cedo el derecho al pago de todos los beneficios médicos directamente a Eric Chludzinski, DC, a cambio de los servicios y suministros médicos proporcionados de conformidad con mi plan de seguro médico. En caso de que mi plan de seguro médico se niegue a pagar los servicios médicamente necesarios proporcionados, también cedo todos mis derechos ERISA* a Eric Chludzinski, DC, para una revisión completa y justa de todas las reclamaciones denegadas.

Informes de salud: Doy mi consentimiento para divulgar información médica a Eric Chludzinski, DC, y para divulgarla a otros profesionales de la salud con fines de tratamiento, cuando sea necesario para mi atención. Doy mi consentimiento para que Eric Chludzinski, DC, envíe información médica, según sea necesario, a mi plan de seguro.

Información médica: Por la presente, autorizo a Eric Chludzinski, DC, a proporcionar a mi abogado, compañía de seguros u otras partes interesadas una copia de este documento y un informe completo sobre mi condición y tratamiento, incluyendo, entre otros, el examen, diagnóstico, tratamiento y pronóstico que he recibido o recibiré, en relación con los servicios profesionales proporcionados por o en nombre de Eric Chludzinski con respecto al accidente, lesión u otra condición por la cual estoy recibiendo o recibiré servicios profesionales de Eric Chludzinski, a solicitud de ellos.

Eric Chludzinski: Por la presente, autorizo y ordeno a mi abogado, compañía de seguros y otras entidades pagadoras que paguen directamente a Eric Chludzinski la suma que se adeude al Centro Eric Chludzinski por los servicios que me haya prestado en relación con cualquier accidente, lesión u otra afección por la que esté o vaya a recibir tratamiento ocasional, y que retengan dichas sumas de cualquier acuerdo, sentencia, veredicto u otro desembolso que sea necesario para el pago de los servicios prestados por Eric Chludzinski.

Declaraciones obligatorias:

1. Entiendo que el profesional de la salud al que solicito servicios de atención médica pertenece a la red y participa en mi plan de seguro médico.

Iniciales del paciente: _____

2. Entiendo que el monto total o estimado que el profesional de la salud me facturará a mí o a la persona asegurada por los servicios está disponible si lo solicita.

Iniciales del paciente: _____

3. Entiendo que puedo solicitar al proveedor un cargo estimado por los servicios propuestos y los códigos de la Terminología de Procedimientos Actual (CPT) asociados a dicho servicio. El profesional de la salud me informará por escrito, como paciente, el monto total o estimado que facturará a la persona cubierta por el servicio, así como los códigos CPT asociados, siempre que no surjan circunstancias médicas imprevistas durante la prestación del servicio.

Iniciales del paciente: _____

4. Entiendo que tendré responsabilidad financiera por los servicios de atención médica prestados por un profesional de la red, que excedan mi copago, deducible o coaseguro dentro de la red, y que puedo ser responsable de cualquier costo que exceda los permitidos por mi plan de beneficios de salud.

Iniciales del paciente: _____

5. Se me ha informado que debo contactar a mi plan de seguro médico o administrador para obtener más información sobre dichos costos.

Iniciales del paciente: _____

Tanto el proveedor de atención médica como el paciente reconocen y aceptan que la recepción o el acuse de recibo por parte del paciente de estas divulgaciones no invalidará ni afectará de ningún modo la protección que le otorgan las leyes o regulaciones vigentes con respecto a la cobertura del plan de beneficios de salud dentro de la red, disponible para el paciente por ley.

El proveedor de atención médica también reconoce y acepta que, si entre el momento en que se le informa al paciente sobre estas divulgaciones y el momento en que se brinda el servicio de atención médica, la situación en la red de cualquier profesional de la salud cambia en relación con el plan de beneficios de salud del paciente, dicho profesional deberá notificar al paciente de inmediato.

Confirmación de Recibo de Divulgaciones

Yo, el paciente abajo firmante, acuso recibo de este formulario de divulgación de mi proveedor de atención médica, lo he leído y comprendido su contenido. He analizado mi opción de obtener tratamiento con otros proveedores de atención médica, proveedores de servicios o en centros de atención médica alternativos que puedan participar en mi plan de salud y renuncio a dicho derecho y deseo recibir mi tratamiento en este consultorio con pleno conocimiento de estas divulgaciones y las posibles consecuencias de los costos compartidos. Certifico que tengo al menos 18 años de edad, soy competente, no estoy bajo la influencia de ninguna droga, alcohol u otra sustancia que pueda afectar mi capacidad para comprender esta declaración, no estoy siendo obligado a firmar esta declaración y lo hago por mi propia voluntad.

Pago del seguro al paciente

Según nuestra experiencia con su compañía de seguros, el pago por los servicios prestados se le enviará directamente a usted (el paciente) en lugar de a esta oficina. Si recibe algún tipo de correspondencia de la compañía de seguros mencionada anteriormente por servicios prestados en esta oficina, por favor, tráiganos la información lo antes posible y no deposite el cheque sin hablar primero con nosotros.

Declaración de acuerdo:

Yo, _____ (nombre del paciente), por la presente acepto endosar cualquier cheque que reciba de la compañía de seguros mencionada anteriormente por servicios prestados en esta oficina o depositaré el cheque y reembolsaré inmediatamente a esta oficina. Si por alguna razón no cumplo con estos términos, autorizo a esta oficina a cargar a mi tarjeta de crédito el saldo adeudado en relación con los pagos que he recibido de la compañía de seguros mencionada anteriormente.

Nombre del Paciente

Firma Del Paciente

Fecha