

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

NOMBRE: _____
PRIMERO SEGUNDO APELLIDO

DIRECCION: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

CASA: (____) _____ **#TRABAJO:** (____) _____ **#CELULAR:** (____) _____

FECHA DE NACIMENENTO: _____ **EDAD:** _____ **#S.S.** ____ - ____ - ____

ESTADO CIVIL: _____ **SEXO:** __ FEMENINO __ MASCULINO

NOMBRE DE LA COMPANIA: _____

DIRECCION: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

CORREO ELECTRONICO: _____

SU POSICION: _____ (si está jubilado, por favor declare)

INFORMACION DE ASEGURANSA:(si usted tiene la información secundaria de su seguridad por favor díganos)

NOMBRE DE PORTADOR DE ASEGURANZA: _____

LA FECHA DE NACIMIENTO DEL INSURED: _____

SOC. SEC. No. de los ASEGURADO: _____

NOMBRE DE LOS ASEGURADO: _____

RELACIÓN A ASEGURADO: ____ MISMO ____ ESPOSO/A ____ HIJO/A ____ OTRO

NOMBRE DEL PATRÓN DEL INSURED: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL: _____

#TELEFONO: _____ **POLICY#:** _____ **GROUP#:** _____

REFERENCIA DE DOCTOR: _____ **#TELEFONO:** _____

DIRECCION: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

NOMBRE DE DOCTOR: _____ **#TELEFONO:** _____

DIRECCION: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

¿CÓMO FUE MANDADO USTED?: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA DE FAMILIA: _____

#TELEFONO: _____ **RELACIÓN A PACIENTE:** _____

¿CUÁNDO OCURRIÓ HERIDA?: _____

RECLAMACIÓN PRINCIPAL: _____

CONDICIÓN DE SALUD CORRIENTE

CONDICIÓN DE SALUD NO DESEADA: _____

OTRO DOCTOR HA VISTO ESTA CONDICION: SI o NO

TIPO DE TRATAMIENTO: _____ RESULTADOS: _____

CUANDO COMENZO ESTA CONDICIÓN?: _____ A OCURRIDO ESTE CONDITON ANTES? Sí o NO
ES CONDITION: __ TRABAJO RELACIONÓ __ ACCIDENTE AUTOMÁTICO __ HERIDA DE CASA __ CAÍDA __ OTRO: _____

FECHA DE ACCIDENTE: _____ TIEMPO DE ACCIDENTE: _____

A HECHO EL INFORME DE SU ACCIDENTE A SU EMPLEADOR? Si o No

MEDICAMENTOSMQUE TOMA AHORA: _____ PASTILLAS PARA LOS NERVIOS _____ ANALGESICAS _____ SANGRE
MEDICAMENTO PARA LA PRESION _____ INSULINA _____ OSTROS _____

USTED USA UN TACON? Si o No

USTED SUFRE DE NINGUN OSTRO PROBLEMA QUE EL AHORA SE CONSULTING US? _____

HISTORIA DE LA SALUD EL PASADO

POR FAVOR REVISE Y DESCRIBIR:

CIRUGÍA MAYOR / OPERACIONES: _____ APENDICECTOMIA _____ AMIGDALECTOMIA _____ LA VESICULA
BILIAR _____ HERNIA _____ CIRUGIA DE ESPALDA _____ HUESOS ROTOS _____ OSTROS _____

ACCIDENTES GRAVES O CAIDAS: _____

HOSPITALIZACION(distintos los anteriores): _____

Abajo esta una lista de la enfermedes que puede parecer no relacionada al propósito de su cita. Sin embargo, éstos preguntas deben ser contestados porque pueden afectar su curso general del cuidado.

VERIFIQUE CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES SIGUIENTES QUE USTED HA TENIDO:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pulmonía | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Influenza | TOMA |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Pequeña Viruela | <input type="checkbox"/> Pleuritis | <input type="checkbox"/> Café |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Viruela de pollo | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Te |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Alcohol |
| <input type="checkbox"/> Gritar Tos | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Desórdenes mentales | <input type="checkbox"/> Cigarrillos |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Lumbago | <input type="checkbox"/> Azúcar blanco |
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Eczema | |

Ha sido probado para el Positivo de VIH? Sí No

VERIFIQUE CUALQUIERA DEL SIGUIENTE USTED HA TENIDO EL POR DELANTE DE SEIS MESES:

CODIGO MUSCULOESQUELETAL

- Tienes dolor lumbar bajo
- Dolor entre hombros
- Dolor de cuello
- Dolor de brazo
- Dolor/rigidez conjunta
- Problemas de caminar
- Mandíbula difícil de Mascar
- Rigidez general

CODIGO DE SISTEMA NERVIOSO

- Nervioso
- Entumecimiento
- Parálisis
- Mareo
- Falta de memoria
- Confusión/depresión
- Desmayar
- Convulsiones
- Énfasis
- Frío/sentir hormigueo Extremidades

CO DIGO GENERAL

- Fatiga
- Alergias
- La pérdida de sueño
- Fiebre
- Dolores de cabeza
- Nariz congestionada

EI CODIGO GASTROINTESTINAL

- El apetito pobre/excesivo
- sed Excesiva
- Frecuentan la náusea
- Vomitar
- Diarrea
- Estreñimiento
- Hemorroides
- Problemas de hígado
- Problemas de Vesícula
- Problemas de peso
- Calambres abdominales

- Gas/hinchando después de comer
- La acidez
- Negro o mancha de sangre taburetes
- Colitis

CODIGO GENITO-URINARIO

- Los Problemas de la vesícula
- Micción doloroso/excesivo
- Orina descolorada

CODIGO DE C-V-R

- Dolor de pecho
- Falta de aliento
- Problemas de Tensión
- Latido del corazón irregular
- Problemas cardíacos
- Venas varicosas
- Problemas/Congestión pulmonar
- Hinchazón de tobillo
- Derrame cerebral

CODIGO DE EENT

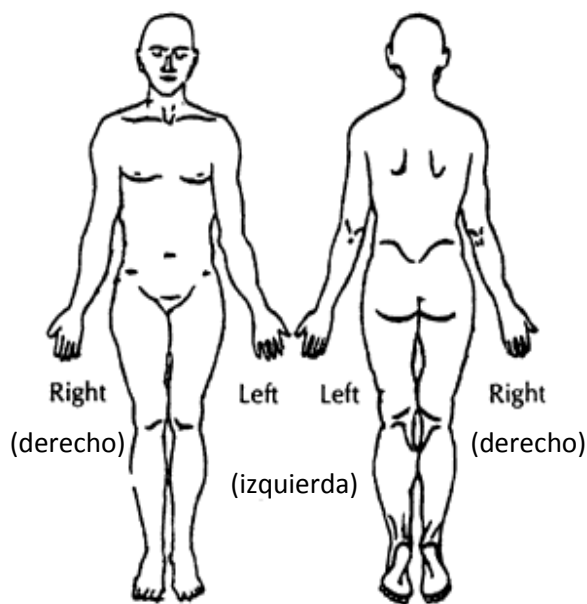
- Los Problemas de la visión
- Problemas dentales
- Garganta adolorida
- Dolores de oreja
- Oyendo Dificultad

CODIGO MASCULINO/FEMENINO

- La irregularidad menstrual
- calambres menstruales
- la dolor/infección Vaginal
- Dolor/amontona de seno
- Disfunción próstata/sexual
- Otro problemas
- _____
- _____
- _____

SOLO MUJERES:

Cuando fue su último período? _____
Estas embarazada? Si No No estás segura



Resuma por favor en el esquema el área de molestia.

HISTORIA FAMILIAR

Los miembros de la familia siguientes tienen los mismos problemas:

- Madre
- Padre
- Hermano
- Hermana
- Esposo/Esposa
- Hijo

La mayoría de los pacientes que vienen a nuestra oficina tienen uno de dos objetivos en la mente con respecto a su asistencia médica. Algunos pacientes vienen para el alivio sintomático de dolor o molestia (el Cuidado de Alivio). Otros son interesados a tener la causa del problema así como los síntomas corrigieron y aliviaron (el Cuidado Correctivo). Su Médico Pesará sus necesidades y los deseos al recomendar su programa de tratamiento. Verifique por favor el tipo del cuidado deseado para que podamos ser indicados por sus deseos siempre que posible.

Cuidado de alivio Cuidado correctivo Verifique aquí si desea que el Médico seleccione el tipo del cuidado apropiada para su condición.

Fecha _____

Firma de paciente _____

Si esto es un accidente herida relacionada, llena por favor la Forma de Accidente. Gracias!



184714733 [RFP] © www.istockphoto.com

EL CUIDADO del ALIVIO: El Cuidado del alivio es que cuida necesario para deshacerse de sus síntomas o afligir, pero no la causa de ello. Es igual que muriéndose un piso que mojaba de una filtración, pero no fijaba la filtración.



EL CUIDADO CORRECTIVO: El Cuidado correctivo varía del cuidado de alivio en que su objetivo es deshacerse de los síntomas o afligir al corregir la causa del problema. El cuidado correctivo varía en el plazo de tiempo, pero es más duradero.

Comprendo y concuerdo que políticas de salud y seguro contra accidentes son un arreglo entre un portador de seguro y yo mismo. Además, comprendo que la Oficina de doctor preparará algún reporte y las formas necesarios para ayudarme a hacer colección de la compañía de seguros y de que cualquier cantidad autorizó a ser pagada directamente a la Oficina del doctor será acreditada a mi cuenta en el recibo. Sin embargo, Comprendo claramente y concuerdo que todos los servicios me rindieron son cargados directamente a mí y que soy personalmente responsable de pago. Yo también comprendo que si suspendo o termino, cualquier honorario para servicios profesionales me rindió será inmediatamente debido y pagadero. Yo por la presente autorizo al Médico a tratar mi condición como él o ella creen apropiado. Es comprendido y es concordado que la cantidad pagó al Médico, para radiografías, es para el examen sólo y los negativos de radiografía se quedarán la propiedad de esta oficina, estando en el archivo donde pueden ser vistos en tiempo mientras un paciente de esta oficina. El paciente también concuerda que él/ella es responsable de todas las cuentas contraídas en esta oficina.

Firma de paciente _____ Fecha _____

El consentimiento para Tratar a un Menor _____ Fecha _____

El guardián o la Firma del Cónyuge de autorizar el Cuidado _____ Fecha _____

ASSIGNMENT DE BENEFICIOS Y TERCER SE EL ACUERDO

Zero Pain Clinic PC

2301 S Hampton Rd#550

Dallas, TX 75224

P: 214 339 3333 F: 214 333 3334

Registros

Autorizo la

oficina antes mencionada de nombre a proporcionar toda la información proporcionado por o me perteneciendo, inclusive todos los registros que relacionan al examen, el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, a cualquier tercero contra que puedo tener un reclamo para beneficios, el seguro o el reembolso.

Asignación de Beneficios

Yo por la

presente instruyo y le dirijo, mi compañía de seguros, y/o mi abogado, para pagar por cheque hecho fuera y enviado a:

Zero Pain Clinic PC- P.O Box 571458 Dallas, TX 75357

OR:

Si mi política actual prohíbe pago directo al encima de la oficina denominada, yo por la presente también instruyo y le dirijo a hacer fuera El cheque a mí y enviarlo como sigue: Zero Pain Clinic PC-P.O Box

571458 Dallas, TX 75357

Para tales sumas como puede ser debido y deber esta oficina para servicios me rindió en virtud de accidente o enfermedad que son debidas esta oficina y para retener tales sumas de mi incapacidad, beneficios médicos de pagos. Los beneficios en el que no entra el factor de culpabilidad, beneficios de salud y accidente, beneficios de compensación de trabajadores, o cualquier otros beneficios de seguro obligaron a reembolsarme o de cualquier arreglo, el juicio en mi beneficio como puede necesario para proteger adecuadamente dijo la oficina. Yo por la presente doy aún más una tarea a dijo la oficina contra cualquier y todos los beneficios de seguro denominaron en esto, y cualquier y todo continúan de cualquier Arreglo, el juicio, que me puede ser pagado a consecuencia de las heridas de enfermedad para que he sido tratado por dijo la oficina. ESTO ES UNA ASIGNACION DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS A LA EXTENSION DE los SERVICIOS de LA OFICINA PROPORCIONADOS.

La responsabilidad para el pago: (Excluye a pacientes bajo Compensación de Trabajadores de Tejas)

Conuerdo que soy personalmente responsable 100% del pago al encima de la oficina denominada de todas las cantidades que pueden ser y debiendo para el tratamiento y los servicios me rindieron, y a que pago de tal cantidad no dependerá de recibo de ningún beneficio, el seguro ni el reembolso de cualquier otro partido.

La terminación del cuidado: (excluye a pacientes bajo Compensación de Trabajadores de Tejas)

Aún más, en caso de que termine mi cuidado, sin mi aprobación de doctor o liberación, yo conuerdo en pagar el equilibrio sobresaliente entero de mi cuenta sobre la petición. Es comprendido que el equilibrio sobresaliente total incluye cualquier cantidad ya archivado con mi portador de seguro en que todavía no ha tenido pago recibido. Deba mi portador paga esas cantidades, yo recibiré un reembolso iguala a la cantidad que mi cuenta tiene es pagado demasiado.

El costo de Colección: (excluye a pacientes bajo Compensación de Trabajadores)

Conuerdo que si ninguna cantidad debida y debido al encima de la oficina denominada para el tratamiento o servicios no es pagado cuando debido, costos de colección, inclusive los honorarios de abogado, serán añadidos a la cantidad debida.

La autorización al Médico

Autorizo al Médico a iniciar una queja al miembro de una comisión del seguro para cualquier razón en mi beneficio.

Fecha: ____/____/____

Firma asegurado: _____ Nombre impreso: _____

Firma asegurado: (si de otra manera que asegurado): _____

Reconocimiento de abogado

El abogado abajo firmante reconoce nota de recibo de tarea del encima de la oficina denominada, y concuerda en retener de cualquier pago de beneficios, del seguro o el reembolso, y de la paga al encima de la oficina denominada, para el tratamiento o servicios al paciente, primero, de cualquier arreglo, la cuenta entera en lleno.

El abogado: Por favor fecha, el signo, copia esto para sus registros y envía original atrás:

ZERO PAIN CLINIC PC
DORIT SAR- SHALOM, D .C

LA NOTIFICACION DE LA CERTEZA DE LA CONFORMIDAD PARA NUESTRO PATEINTS

A nuestros pacientes valorados:

El maltrato de la información personal de la salud (PI) ha sido identificado como un problema nacional que causa inconveniente de pacientes, la agravación, y el dinero. Deseamos que sepa que todos nuestros empleados, los directores y los médicos experimentan continuamente entrenando T comprende y se conforma con reglas de gobierno y regulaciones con respecto a la Transportabilidad de Seguro de enfermedad y Responsabilidad Actúan (HIPAA) con énfasis particular en la "Regla de Intimidad". Nos esforzamos por lograr estándares muy más altos de la moralidad a realizar servicios para nuestros pacientes.

Es nuestra Política de determinar apropiadamente el uso apropiado de PI de acuerdo con las reglas de gobierno AI, las leyes y las regulaciones, nosotros queremos asegurar que usted nuestras prácticas nunca contribuyan en cualquier manera al problema creciente de revelación impropia de PHI. Como la parte de este plan, nosotros hemos aplicado un Programa de Conformidad que creemos nos ayudará prevenimos algún uso inadecuado de PHI.

Nosotros también sabemos que nosotros no somos perfectos! A causa de este hecho nuestra política es de escuchar nuestros empleados y a nuestros pacientes sin cualquier pensamiento de castigo si se sienten que un acontecimiento en cualquier manera cede nuestra política de integridad. Más así, damos la bienvenida su entrada con respecto a cualquier problema de servicio, para que pueda remediar la situación inmediatamente.

Gracias por ser uno de nuestros pacientes valorados.

Firma de paciente

Fecha

ASISTENCIA MEDICA PERSONALIZADA PARA:

- * Enfatiza & la Tensión
- * Accidentes de Auto
- * Heridas de Trabajo
- * Heridas de Deportes

Integral

- * Dolores de cabeza
- * Túnel Carpiano (muñeca)
- * Hombro & Dolor de Brazo
- * Dolor en las piernas y baja de la espalda

Consentimiento Para El Tratamiento

Por la presente autorizo al doctor para tratar mi condición de que él o ella considere conveniente. Este tratamiento puede incluir, pero no se limita a la quiropráctica, la acupuntura y la terapia de masaje. Estos tratamientos pueden ser de deshacerse de los síntomas, sino también para corregir la causa de mi condición.

Firma de paciente

Fecha