

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE QUIROPRÁCTICA

Nombre y dirección de la oficina
Contreras Chiropractic
4200 East Ave. Suite #102
Livermore, CA 94550

El Nombre del médico:
Dr. Gerardo D. Contreras, D.C.

El Nombre del Paciente: _____

Tiene el derecho a ser informado sobre su condición, el tratamiento recomendado, y los riesgos que están involucrado en el tratamiento. Esta información le ayudará a tomar una decisión informada sobre la participación en el tratamiento. Esta información no es para asustarle; es simplemente un esfuerzo para mejorar su conocimiento sobre el tratamiento así que le damos o no le damos el consentimiento para tratamiento.

Yo presento permiso y consentimiento para la ejecución de procedimiento que está dentro del alcance de la práctica de la quiropráctica. Este incluye, pero no está limitado de, los ajustes quiroprácticos, modos distintos de terapia física y radiografías diagnósticas en mí (o el paciente nombrado arriba, para quien tengo una responsabilidad legalmente). El médico de quiropráctica quien está llamado arriba, otros médicos de quiropráctica, alguien que trabajan en la oficina con el médico y en médicos licenciados en quiropráctica en otras oficinas pueden tratarme, si hay o no hay las firmas en esta forma.

La naturaleza del tratamiento quiropráctico: El médico usará sus manos o un aparato mecánico para manipular el área que está siendo tratado. Puede sentir o escuchar un "click", y también puede sentir el movimiento. El tratamiento quiropráctico incluye el consejo para actividades, el ejercicio, compresas calientes o frías, y simulación eléctrica. Su quiropractor recomendará el tratamiento que cree está mejor para su condición.

Tengo la oportunidad para discutir con el médico u otros empleados de la oficina sobre el propósito de ajustes quiroprácticos, la naturaleza de quiropráctica, y otros procedimientos. Entiendo que ni quiropráctica ni el tratamiento médico es una ciencia exacta. Mi asistencia puede involucrar juicios que están basados en hechos y información conocida por el médico. Entiendo que un resultado indeseable no es una indicación de un error en juicio. Entiendo que los resultados no son garantizados, y hay riesgos y beneficios en mi tratamiento de quiropráctica. También entiendo que hay la alternativa de mi tratamiento de quiropráctico, y son riesgos y beneficios del tratamiento alternativo.

Entiendo y soy informado sobre los riesgos del tratamiento quiropráctico. Este incluye, pero no se limita a las fracturas, los discos herniados, la dislocación, los esguinces, las quemaduras, o la congelación (desde terapia física), condiciones peores de la espalda, más síntomas y dolor. También, es posible que no haya una mejora en los síntomas, dolor, y moratones.

El dolor grave en el cuerpo es muy raro y no es un riesgo del tratamiento quiropráctico. Hay casos raros en que ha habido apoplejías cuando un paciente recibe el ajuste cervical. Las complicaciones que se han reportado incluyen mareo temporal, la náusea, parálisis, pérdida de visión, parálisis completamente en todo el cuerpo aparte del movimiento de los ojos, y la muerte.

Permiso por contacto físico: Entiendo que, en el curso de varios exámenes y tratamientos, el médico o las personas en la oficina pueden tener que examinar y tocar partes de mi cuerpo. Entiendo que cualquier contacto íntimo o sexual es ilegal, inmoral, y nunca es una parte de un examen o tratamiento. Sin embargo, entiendo que algunos tratamientos quiroprácticos necesitan contacto en las regiones sensitivas. Entiendo que antes de esto ocurrirá, el médico me explicará que se hará, cómo se realizará, por qué se realizará. También, entiendo que puedo rechazar el examen, o puedo pedir que otra persona esté presente durante el examen o

procedimiento para mi seguridad y protección. Me dará la oportunidad para señalar el médico si estoy listo para continuar el examen. Estoy de acuerdo que si tengo preguntas o dudas sobre la pertinencia sobre el contacto, puedo discutir mis preocupaciones con el médico u otros empleados de la oficina. Es mi entendimiento que yo puedo llevarse permisión a cualquier momento con agradamientos escritos que dicen que la permisión para el contacto en el futuro está prohibido. No excepto que el médico puede anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones. Entiendo que ni garantizas ni promesas se han habido sobra los resultas del tratamiento.

Mi firma debajo confirme que lee los párrafos y entiendo todo que mi quiropractor me ha dicho sobre los riesgos del tratamiento quiropráctico. He tenido la oportunidad para pedir mis preguntas y el médico ha respondido a mis preguntas. También, he revelado toda mi historia médica sobre cualquier factor y condiciones que me duelen en el pasado.

El Nombre del paciente

La firma del paciente

La Fecha

El nombre del guardián

La firma del guardián

La fecha

El nombre del testigo

La firma del testigo

La fecha

Estado de salud inicial

Nombre: _____ Fecha de Cumpleaños: ___/___/___ La edad: _____ El
sexo: M / F

La dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Número de teléfono (casa): _____ Número de teléfono (cell) : _____

El correo electrónico: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Número de teléfono (trabajo): _____

La dirección del trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Zip: _____

Marital Status: S M D W El/La esposa: _____

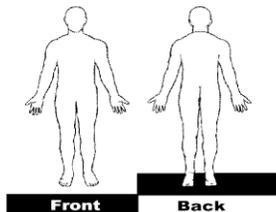
de Seguridad Social : _____ # de licencia: _____ Referido por: _____

Buenas noticias! Nos ofrecemos recordatorios de la cita vía texto o correo electrónica. Escoge uno de las opciones.

Correo electrónico: _____ or # de teléfono (celular):

Phone Carrier (ex. T mobile, AT&T):

Pone un X en los regiones donde ha tenido dolor o otros síntomas.



Describe su problema ahora y cómo lo comenzó

- Dolor de cabeza Dolor en el cuello Dolor en la espalda Dolor en el brazo
 Dolor en el hombro Dolor en el mano Dolor en la espalda Dolor en la pierna
 Dolor en el pie Otro: _____

Es a causa de trabajo De coche N/A

Cuándo comenzó el problema? _____

Cómo comenzó el problema?

En general, cómo es su salud ahora?

- Excelente Muy Bien Bien Más o menos Peor

En la semana pasada, cuánto ha interferido su dolor en las actividades?
 (e.g., trabajo, actividades sociales, quehaceres)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada interferencia **No puedo hacer mis actividades**

Cómo sientes hoy? (Mark an X on the line)
 Excelente ←————→
 Mal

La escala de dolor
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Nada Dolor
Demasiado dolor

Con qué frecuencia los síntomas están presentes?
 0-25% 26-50% 51-75% 76-100%

Puede hacerle sus actividades diarias Sí No
 Si la respuesta es no, describe su condición: _____

Ha visto un otro doctor?: M.D. _____ D.C. _____
 Otra: _____

Ha tenido: radiografías resonancia magnética (MRI) CT Scan La fecha de: _____
 A dónde?: _____
 Cuales regiones tomó? _____

Marca todas las condiciones que se aplican <input type="checkbox"/>			Ninguna aplica		
No	Sí	Condición	No	Sí	Condición
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	historia de infección reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problemas con la próstata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	un fiebre reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	necesita orinar mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	el embarazo/ número de nacimientos:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	las diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	el peso anormal <input type="checkbox"/> el aumento <input type="checkbox"/> la pérdida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aneurisma de la aorta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	la epilepsia / los ataques
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	trauma reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	el cáncer/el tumor; el tipo: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	píldoras anticonceptivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolor en la mañana/la rigidez
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problemas con menstruación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolor en la noche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	disturbios visuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	el dolor no mejora cuando hay un cambio en posición
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	la historia del dolor en la espalda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	apoplejía/ Fecha: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	la historia del dolor en el cuello
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	el mareo/ se desmaya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	la historia de dolor en la cabeza/ la migraña
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	el entumecimiento en el ingle/el culo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	la artritis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	retención urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	la historia del uso del alcohol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problemas con la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	la historia del uso del tabaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	la osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	otras problemas de la salud (explica)

La historia familiar:
 El cáncer las diabetes la presión alta problemas /las apoplejías
 la artritis reumatoide

Por Favor, hacer una lista de las cirugías

Por favor, hacer una lista de la medicación:

- ❖ Estoy de acuerdo que necesito pagar para todas servicios al tiempo del visito. Si hay otros arreglos, seguirálos. Si la cuenta no está pagado en su totalidad en 90 días, soy responsable para las finas legales, finas de la agencia de cobranza, y todos otros gastos que están en mi equilibrio de cuenta.
- ❖ Doy el permiso al personal para preformar cualquier que es necesario durante el tratamiento.
- ❖ Entiendo toda la información y garantizo que la forma se completó que yo sepa. Entiendo que es mi responsabilidad para informar esta oficina sobra cualquier cambio a la información que he proporcionado.
- ❖ Entiendo que soy sujeto para todas precios para los servicios yo presté
- ❖ Entiendo que mi quiropractor puede que deba mi médico si mi condición se debe manejar con él/ella. Por eso, doy el permiso a mi quiropractor para contactar con mi medico si es necesario.
- ❖ Nos reservamos el derecho para cargar por citas suspendidas o rotas sin una avanzada aviso a 24 horas.
- ❖ **La cuesta para citas faltadas es \$20.00**

Escribe el Nombre del Paciente

La firma del paciente

Fecha

Nombre del guardián

La firma del guardián

Fecha

CONDICIONES DE ACEPTACIÓN

Cuando un paciente quiere atención quiropráctica y aceptamos un paciente para esta atención, es esencial que trabajemos hacia el mismo objetivo.

La quiropráctica solamente tiene un gol. Es importante que cada paciente entienda el objetivo y la manera que se utilizará. Esto evitará la confusión y la decepción.

El ajuste: El ajuste es un aplicación específicamente de la fuerza para facilitar el corrección de la subluxación vertebral. Nuestra manera de corrección es de ajustes específicamente por la espina y/o el extremo.

Salud: Es importante que las saludes de nuestro pacientes están en un buen estado física, mental, y social. No es solamente la falta de la debilidad.

Subluxación Vertebral: Cuando un o más vertebras del columna vertebral está desalineado, hay la modificación de la función de nervios. Hay una interferencia en la transmisión de impulsos mentales lo que resulta en un reducción en la habilidad del cuerpo para expresar su máximo potencial de salud.

Si durante el curso de un examen espinal, nos encontremos condiciones que no son quiropráctico o conclusiones anormales, se avisaremos. Si quiere el aviso, diagnóstico, o el tratamiento para las conclusiones, recomendaremos que busque los servicios de la práctica de la salud que se especializa.

En cualquier caso de que la enfermedad se llamo, ni ofrecemos para tratarse ni ofrecemos el aviso sobre el tratamiento que está recetado a otros. **NUESTRO ÚNICO OBJETIVO DE LA PRÁCTICA** es para eliminar interferencias principales a la expresión de la sabiduría innata del cuerpo. Nuestra única manera es específica a la modificación para corregir subluxación vertebral o exterior.

Yo, _____ he leído y entiendo completamente la frase anterior.
(Escriba el nombre)

Todas preguntas de los objetivos del médico sobre mi tratamiento en esta oficina han sido contestadas a mi satisfacción. All questions regarding the doctor's objectives pertaining to my care in this office have been answered to my complete satisfaction.

Acepto el tratamiento quiropráctico en esta condición.

(La Firma)

(Fecha)

LA AVISO PRIVADA SOBRE LAS DIRECTRICES DE HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN QUIROPRÁCTICA Y MEDICAL SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADO Y REVELADO. TAMBIÉN, EXPLICA CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTÁ INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISE CUIDADOSAMENTE.

En el curso de su tratamiento como un paciente, podemos usar o revelar información personal o medical sobre usted en estas maneras:

*Su información de salud protegida que incluye sus expedientes clínicos, puede ser revelado a otro proveedor de atención médica si es necesario referirse para más diagnóstico, evaluación o tratamiento.

- Sus expedientes clínicos y sus registros de facturación puede ser revelado a una otra oficina como las compañías de seguros, un HMO, un PPO, o su empleador si es responsable para el pago de servicios que le dio.
- Su nombre, la dirección, el número de teléfono, el correo electrónico, y los expedientes clínicos puede ser usado para ser en contacto. Podemos usar esta información usted para ser en contacto sobre recordatorios de la cita, información sobre alternativos a su tratamiento ahora, u otra información sobre su salud que le interesa.

Esta oficina utiliza un medio ambiente de “open-treatment” para el tratamiento quiropráctica. “Open-treatment” nos permite ayudar varios pacientes en el mismo cuarto al mismo tiempo. Pacientes pueden ver el uno del otro. Algunos tratamientos o datos de rutina se discuten a cerca de otros pacientes y miembros de la oficina. El uso de tarjetas de tratamiento pueden revelar su nombre a otros pacientes incidental a siendo tratado en la oficina.

Tiene el derecho pedir restricciones de nuestro uso de su información médica para tratamiento, el pago, y la operación. Estas peticiones no son automáticas y necesitan el acuerdo de esta oficina.

Si no está en la casa cuando recibe un recordatorio de la cita o otra información, un mensaje puede ser dejado en su contestador o con una persona en su hogar. Tiene el derecho a comunicación confidencial y puede pedir por restricciones como eso contactos. También, tiene el derecho para ser contactado por maneras o lugares alternativos.

Tenemos permisión, y podemos ser necesarias para usar o relevar su información sin su autorización en estas condiciones:

- *Si proveemos tratamientos durante una emergencia
- *Si es necesario de la ley para proveer el tratamiento y no podemos obtener su consentimiento después tratarnos de hacerlo.
- *Si hay barreras substanciales para comunicarse con usted, pero en nuestro juicio profesional, creemos que quiere se proveemos el tratamiento
- *Si estamos ordenados a la corte o una otra agencia apropiada.

Tiene el derecho para recibir la contabilidad de esos revelaciones hace de la oficina.

Cualquier uso por divulgación de su información de salud protegido, aparte de la información arriba, solo se hará con su permisión. Si da la autorización, tiene el derecho para revocar su autorización cualquier tiempo.

(VEE EL OTRO LADO)

La información que usamos o revelamos a basado en esta noticia sobre privacidad puede ser revelado de la persona con quien proveemos la información y no puede ser protegido de las reglas federal de la privacidad.

Normalmente, proveemos la información sobre su salud personalmente cuando recibe la atención quiropráctica. Podemos enviar información sobre su atención médica o sobre la situación de su cuenta.

Si quería recibir a una dirección aparte de su casa, o si quería la información en una manera específicamente, por favor nos avise sobre su preferencia por escrito.

Reservemos el derecho del rey estado y el rey federal para mantener la privacidad de su archivo e información médica. Estamos obligados a proveerse con esta noticia sobre nuestras prácticas de privacidad con respeto de su información médica. También, estamos obligados del rey para seguir las condiciones de esta noticia cuando es en efecto.

Reservemos el derecho para cambiar o enmendar las condiciones de esta noticia de privacidad.

Si hay cambios en esta noticia notificaremos por escrito lo más rápidamente que es posible.

Cualquier cambio en nuestra noticia aplicará para toda su información de salud en nuestros archivos.

Si hay un problema con nuestra noticia de privacidad, por favor habla con Dr. Contreras.

Si quería más información sobre nuestras políticas y prácticas de privacidad, por favor habla con Dr. Contreras.

También tiene el derecho para entregar una queja con Secretario del Departamento de salud y servicios humanos. No hay un efecto en su tratamiento y no experimentará la desventajas si escogería entregar una queje con esta oficina o con el secretario.

Esta noticia, y cualquier cambios que se hacen expirará a siete años después la fecha cuando este registra se hizo.

_____	_____	_____
Nombre	La Firma	La Fecha

Si es un menor, o si están siendo representados a su guardián:

_____	_____	_____
Nombre	La Firma	La Fecha