

**CUESTIONARIO DE ACCIDENTES Y LESIONES**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Sexo:** [ ] M [ ] F **Edad:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Seguro Social #:** \_\_\_\_\_  
**Estado Civil:** [ ] Casado [ ] Soltero [ ] Menor de edad **Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_  
**Email:** \_\_\_\_\_ ¿Como nos podemos contactar? Email [ ] Phone [ ]  
**Empleador/Escuela:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_  
**Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
 ¿A quién podemos agradecer por su visita? \_\_\_\_\_  
 ¿Médico de atención primaria? \_\_\_\_\_ **Fecha del último examen:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE COLISIÓN**

**Fecha del Accidente:** \_\_\_\_\_ **Hora del Accidente:** \_\_\_\_\_ (am/pm)  
**Ciudad en la que ocurrió:** \_\_\_\_\_ **Calle/Intersección:** \_\_\_\_\_  
**Calle estaba:**  Mojada  Seca  Con hielo - **Usted fue el:**  CONDUCTOR  PASAJERO  PEATONAL / CICLISTA  OTRO  
 ¿Había alguna otra persona en el vehículo con usted? \_\_\_\_\_ **Nombre(s):** \_\_\_\_\_  
 ¿Daño estimado a su vehículo? \$ \_\_\_\_\_ ¿Quién hizo estimaciones de daños en su vehículo? \_\_\_\_\_  
**Año, marca y modelo del vehículo :** \_\_\_\_\_  
 ¿A quién pertenece el vehículo en el que estuvo involucrado? \_\_\_\_\_  
 ¿La policía vino a la escena del accidente?  Si  No - ¿La policía hizo un informe escrito?  Si  No  
 ¿Se tomaron fotografías de su vehículo?  Si  No - ¿quién las tomó?: \_\_\_\_\_

**Marque todo lo que le corresponda. Indique en qué tipo de accidente automovilístico estuvo involucrado:**

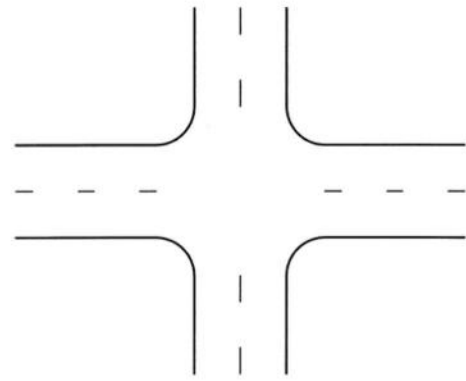
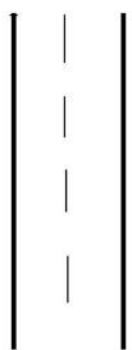
- Accidente de un solo automóvil  Accidente de dos vehículos  Tres o más vehículos  Accidente trasero  Accidente lateral
  - Volcadura  Accidente frontal  Golpe a cuneta, árbol u objeto  Salió corriendo de la carretera  Otro \_\_\_\_\_
- Describe el otro vehículo: Marca:** \_\_\_\_\_ **Modelo:** \_\_\_\_\_ **Año:** \_\_\_\_\_  desconocido
- Automóvil pequeño  Furgoneta  Camioneta  Automóvil de tamaño completo  Camión grande, autobús, semi-camión

**EN TUS PROPIAS PALABRAS, EXPLICA CÓMO SUCEDIÓ EL CHOQUE:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Punto de impacto:**

- Delantero  Delantero del conductor  Delantero del pasajero  Trasero  Lado del conductor  Lado del pasajero
- Trasero del pasajero  Trasero del conductor



### INFORMACIÓN DE COLISIÓN (cont.)

EN EL MOMENTO DEL IMPACTO SU VEHÍCULO ESTABA:

- A baja velocidad  Velocidad rápida  Detenido, freno activado  Detenido, sin freno  Moviendo a velocidad constante
- ¿Cuál era la posición de la parte superior de tu reposacabezas?  Mitad del cuello  Mitad de la cabeza  Incluso con la cabeza
- Si es ajustable, ¿se movió el reposacabezas debido al choque?  Sí  No  No recuerdo

Cinturón de seguridad:  Ninguno  Usando  No usando  No sé

¿Experimento moretes/ contusiones?  Sí  No - En caso afirmativo, ¿dónde? \_\_\_\_\_

¿Tuvo algún corte sangrante?  Sí  No - En caso afirmativo, ¿dónde? \_\_\_\_\_

¿Se desplegó el bolsa de aire?  Sí  No - En caso afirmativo, ¿fue golpeado por la bolsa de aire?  Sí  No

¿Qué parte del cuerpo? \_\_\_\_\_ - ¿Golpeaste algo dentro de el vehículo?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué?  Volante  Parabrisas  Reposabrazos  Tablero  Ventana lateral  Bolsa de aire  Puerta lateral

Dirección de su cabeza:  Giró a la derecha  Giró a la izquierda  En línea recta  Mirando hacia arriba  Mirando hacia abajo

¿Era consciente de un choque inminente?  Sí  No - ¿Te preparaste para el impacto?  Sí  No

¿Perdiste el conocimiento?  Sí  No - En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

PREGUNTA PARA EL CONDUCTOR:

¿Estaba agarrado al volante en el momento del impacto?  Sí  No -  Ambas manos  Solo mano izquierda  Solo mano derecha

#### DESPUÉS DEL ACCIDENTE:

Inmediatamente después del accidente, ¿Sufrió de los siguientes síntomas?  Dolores de cabeza  Dolor de cuello  Mareos  Náuseas

Dolor de espalda media  Dolor de hombro / brazo  Dolor de espalda  Dolor de cadera / pierna  Confusión  Desorientación

¿Cuándo aparecieron los síntomas por primera vez? \_\_\_\_\_ (horas) - ¿Después del accidente fue a?  Trabajo  Hospital  Hogar

Centro de emergencia / nombre del hospital: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Modo de transporte: \_\_\_\_\_

Imágenes / pruebas realizadas?  Sí  No: en caso afirmativo, indique el tipo (radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, análisis de laboratorio, EMG, etc.), ubicación y fecha de toma:

1. \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

Medicamento prescrito: \_\_\_\_\_

Otros tratamientos: \_\_\_\_\_

¿Has perdido algún día de trabajo?  Sí  No - En caso afirmativo, cuántos: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE SEGURO

¿Has estado en un accidente automovilístico antes?  Sí  No - En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Nombre de aseguranza: \_\_\_\_\_ Número de reclamo: \_\_\_\_\_

Nombre del Ajustador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

¿Ha informado este accidente a su compañía de seguros?  Sí  No - ¿Tiene cobertura PIP?  Sí  No  ¿No sé?

¿Tiene un abogado?  Sí  No - En caso afirmativo, Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Si no, ¿necesita que le proporcionemos una lista de abogados: \_\_\_\_\_

SEGURO DEL OTRO CONDUCTOR (Persona que le golpeo su vehiculo)

Nombre de aseguranza: \_\_\_\_\_ Número de reclamo: \_\_\_\_\_

Nombre del Ajustador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### QUEJAS ACTUALES

#### Que síntomas tenía ANTES/ DESPUES del accidente, y HOY:

**A D H**

- Dolor de cabeza
- Dolor de cuello
- Rigidez en el cuello
- Perturbación del sueño
- Problemas para conciliar el sueño
- Dolor de espalda
- Nerviosismo
- Dolor entre los hombros
- Irritabilidad
- Sensibilidad a la luz
- Sensibilidad al sonido
- Orejas sonando / zumbando
- Pérdida de la audición
- Desmayo
- Pérdida del equilibrio
- Pérdida de sabor o sonrisa.
- ¿Otro? \_\_\_\_\_

**A D H**

- Mareo
- La cabeza parece demasiado pesada
- Dolor en el brazo(s)
- Dolor en pierna(s)
- Entumecimiento en los dedos
- Entumecimiento en los dedos del pie
- Dificultad para respirar
- Dolor / opresión en el pecho
- Fatiga
- Depresión / enojo
- Pérdida de memoria
- Manos / pies fríos
- Cara sonrojada
- Fiebre / sudores fríos
- Diarrea / estreñimiento
- Náusea
- ¿Otro? \_\_\_\_\_

### RECONOCIMIENTO Y ENTENDIMIENTO DEL CASO

reconozco que estoy recibiendo (o estoy a punto de recibir) servicios de atención médica en Katy Elite Chiropractic y que me han informado que los médicos que brindan los servicios están dispuestos a esperar el pago de estos servicios, siempre que sigue habiendo una certeza razonable de que el pago se realizará ya sea por los ingresos del seguro o fuera del acuerdo de responsabilidad.

Entiendo que si se determina:

1. Que no hay una compañía de seguros obligada a pagar por estos servicios, o si la compañía de seguros involucrada se niega a reconocer una asignación a los servicios médicos, o
2. Si existe un reclamo con la aseguradora, y mi abogado se niega a aceptar y proteger los intereses de Katy elite Chiropractic, o no he contratado los servicios de un abogado, entonces el pago por los servicios prestados por Katy Elite Chiropractic será realizado por mí y mi factura se pagará en su totalidad tan pronto como se resuelva mi reclamo con la aseguradora ó despues del transcurso de tres meses desde mi último tratamiento, lo que ocurra primero.

En el caso de que la aseguradora pague menos del 100% del monto facturado de Katy Elite Chiropractic debido a una tarifa reducida ofrecida por mi abogado en cualquier momento, soy responsable del saldo adeudado a Katy Elite Chiropractic y los arreglos de pago se realizará en menos de treinta días.

Fechado el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

**Deberes Realizados Bajo Presión En El trabajo y El Hogar**

Inicial  Actualización

Por favor marque todo lo que corresponda a su TRABAJO debido al accidente

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Voy a trabajar pero trabajo con dolor          | <input type="checkbox"/> Trabajo con dolor porque tengo facturas que pagar           |
| <input type="checkbox"/> Límite mis actividades laborales               | <input type="checkbox"/> No puedo tomarme un tiempo libre porque perdería mi trabajo |
| <input type="checkbox"/> Flexionar en el trabajo duele                  | <input type="checkbox"/> Sigo trabajando para no perder mi empleo                    |
| <input type="checkbox"/> Agacharse en el trabajo duele                  | <input type="checkbox"/> Mi negocio fracasaría si me tomara un tiempo libre          |
| <input type="checkbox"/> Sentarse en el trabajo duele                   | <input type="checkbox"/> Creo en trabajar incluso cuando tengo dolor                 |
| <input type="checkbox"/> Usar la computadora en el trabajo duele        | <input type="checkbox"/> Me siento obligado a trabajar aunque tengo dolor            |
| <input type="checkbox"/> Empujar en el trabajo duele                    | <input type="checkbox"/> Mi negocio perdería dinero si me tomara un tiempo libre     |
| <input type="checkbox"/> Arrodillarse en el trabajo duele               | <input type="checkbox"/> Mi trabajo no es tan bueno como era antes del accidente     |
| <input type="checkbox"/> He perdido mi empleo                           | <input type="checkbox"/> Mi jefe me reprendió por bajo rendimiento                   |
| <input type="checkbox"/> He perdido la seguridad laboral                | <input type="checkbox"/> Obtuve un trabajo diferente dentro de la misma compañía     |
| <input type="checkbox"/> No recibí una promoción                        | <input type="checkbox"/> Conseguí un trabajo diferente en otra empresa               |
| <input type="checkbox"/> No disfruto tanto del trabajo como antes       | <input type="checkbox"/> Gano menos dinero que antes del accidente                   |
| <input type="checkbox"/> Me quedo dormido en el trabajo                 | <input type="checkbox"/> No puedo hacer el mismo trabajo que antes del accidente     |
| <input type="checkbox"/> Tomo tiempo libre no remunerado para ir al Dr. | <input type="checkbox"/> No puedo concentrarme tan bien en el trabajo                |
| <input type="checkbox"/> Sueño más despierto en el trabajo que antes    | <input type="checkbox"/> Tomo tiempo libre pagado para ir al Dr.                     |
| <input type="checkbox"/> Me siento cansado en el trabajo                | <input type="checkbox"/> Cometo errores en el trabajo que no solía hacer             |
|   | <input type="checkbox"/> Oculto mi pobre desempeño laboral de mi jefe                |

Por favor marque todo lo que corresponda a su HOGAR / DOMÉSTICO debido al accidente

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mi casa no está tan limpia ahora                   | <input type="checkbox"/> No puedo tomarme un tiempo libre porque cuido niños                 |
| <input type="checkbox"/> Mi patio no está tan limpio ahora                  | <input type="checkbox"/> Tengo _____ niños de edades _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Mi jardín no es tan productivo ahora               | <input type="checkbox"/> Tuve que contratar a una persona que limpia                         |
| <input type="checkbox"/> Hago trabajo de jardinería, pero lo hago con dolor | <input type="checkbox"/> Le pedí a alguien ayuda de limpieza no remunerada                   |
| <input type="checkbox"/> No puedo hacer mi trabajo normal de jardinería     | <input type="checkbox"/> Tuve que contratar a un jardinero pagado                            |
| <input type="checkbox"/> Hago trabajo de casa, pero lo hago con dolor       | <input type="checkbox"/> Le pedí a alguien ayuda para el trabajo de jardinería no remunerado |
| <input type="checkbox"/> No puedo hacer mi trabajo de casa normal           | <input type="checkbox"/> Cortar el césped me duele   |
| <input type="checkbox"/> Cuando lavo ropa me duele                          | <input type="checkbox"/> No puedo cortar el césped   |
| <input type="checkbox"/> No puedo lavar la ropa ahora                       | <input type="checkbox"/> Sacar la basura me duele  |
| <input type="checkbox"/> Lavar los platos me duele                          | <input type="checkbox"/> No puedo sacar la basura  |
| <input type="checkbox"/> No puedo aspirar/barrer ahora                      | <input type="checkbox"/> No disfruto mi jardinería / jardinería como solía hacerlo           |
| <input type="checkbox"/> Cocinar me duele                                   | <input type="checkbox"/> No disfruto de mi trabajo doméstico como solía hacerlo              |
| <input type="checkbox"/> No puedo cocinar ahora                             | <input type="checkbox"/> La jardinería me duele  |
| <input type="checkbox"/> Lavar el auto me duele                             | <input type="checkbox"/> No puedo hacer mi jardinería desde el accidente                     |
| <input type="checkbox"/> No puedo lavar mi auto                             | <input type="checkbox"/> Otros que viven conmigo hacen mi parte del trabajo ahora            |
|   | <input type="checkbox"/> Otros que viven conmigo hacen mi parte del jardín ahora             |

Por favor revise todas las actividades de VIDA DIARIA que le causan dolor debido al accidente

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vestirme                          | <input type="checkbox"/> Sentado en la iglesia            | <input type="checkbox"/> Actividad sexual                                 |
| <input type="checkbox"/> Ponerme los pantalones            | <input type="checkbox"/> Jugar con mis hijos              | <input type="checkbox"/> Girando la cabeza hacia a la izquierda/derecha   |
| <input type="checkbox"/> Ponerme los zapatos               | <input type="checkbox"/> Cuidar a mis hijos               | <input type="checkbox"/> Manteniendo la cabeza en alto todo el día        |
| <input type="checkbox"/> Atarme los zapatos                | <input type="checkbox"/> Sentado en una sala de cine      | <input type="checkbox"/> Viendo televisión                                |
| <input type="checkbox"/> Ponerme la camisa                 | <input type="checkbox"/> Ejercicio                        | <input type="checkbox"/> Tengo dolor al sentado y sin hacer nada          |
| <input type="checkbox"/> Secar mi cabello                  | <input type="checkbox"/> Comiendo                         | <input type="checkbox"/> Hablando por teléfono                            |
| <input type="checkbox"/> Peinar mi cabello                 | <input type="checkbox"/> En cuclillas                     | <input type="checkbox"/> Dolor al leer                                    |
| <input type="checkbox"/> Lavando mi cabello                | <input type="checkbox"/> Arrodillado                      | <input type="checkbox"/> Dolor al escribir                                |
| <input type="checkbox"/> Tomar una ducha / baño            | <input type="checkbox"/> Cuando me lavo los dientes       | <input type="checkbox"/> Dolor abriendo puertas                           |
| <input type="checkbox"/> Inclinado hacia adelante          | <input type="checkbox"/> Viajando en auto                 | <input type="checkbox"/> Secado con una toalla después de un baño o ducha |
| <input type="checkbox"/> Acostado en la cama               | <input type="checkbox"/> Abrir una jarra                  | <input type="checkbox"/> Mi vida se ha convertido en una tarea para todo  |
| <input type="checkbox"/> Durmiendo                         | <input type="checkbox"/> Levantar una sartén al cocinar   | <input type="checkbox"/> Es deprimente vivir así                          |
| <input type="checkbox"/> Salir con mis amigos              | <input type="checkbox"/> Cerrar el baúl de mi auto        |   |
| <input type="checkbox"/> Sentado en un restaurante         | <input type="checkbox"/> Abrir la puerta del garaje       |   |
| <input type="checkbox"/> Compras                           | <input type="checkbox"/> Usando la computadora de mi casa |   |
| <input type="checkbox"/> Conducir hacia / desde el trabajo | <input type="checkbox"/> Subir escaleras                  |   |

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



**ASSIGNMENT OF BENEFITS – ASSIGNMENT OF CAUSE OF ACTION - CONTRACTUAL LIEN**

The undersigned patient and/or responsible party, in consideration of treatment rendered or to be rendered and for deferred payment, irrevocably and exclusively assigns, grants and conveys, to Ammon Zukeran, DC, a lien and assignment of any and all claims, causes of action, and right to any proceeds and/or benefits, including any Personal Injury Protection proceeds and/or benefits that the patient may have against any other person, entity, and/or insurance company for reimbursement and/or payment of the medical charges incurred with all the following rights, power, and authority:

**RELEASE OF INFORMATION:** You are authorized to release information concerning my condition and treatment to my insurance company, attorney or insurance adjuster for purposes of processing my claim for benefits and payment for services rendered to me.

**IRREVOCABLE ASSIGNMENT OF RIGHTS:** You are assigned the exclusive, irrevocable right to any cause of action that exists in my favor against any insurance company for the terms of the policy, including the exclusive, irrevocable right to receive payment for such services, make demand in my name for payment, and prosecute and receive penalties, interest, court cost, or other legally compensable amounts owned by an insurance company in accordance with Article 21.55 of the Texas Insurance Code to cooperate, provide information as needed, and appear as needed, wherever to assist in the prosecution of such claims for benefits upon request. A letter of protection issued by an attorney’s office will not negate this assignment.

**DEMAND FOR PAYMENT:** To any insurance company providing benefits of any kind to me/us for treatment rendered by the physician/facility named above within 5 days following your receipt of such bill for services to the extent of such bills are payable under the terms of the policy. This demand specifically conforms to Sec. 542.057 of the Texas Insurance Code, and Article 21.55 of the Texas Insurance Code, providing for attorney fees, 18% penalty, court cost, and interest from judgment, upon violation. I further instruct my carrier to make all checks payable to KATY ELITE CHIROPRACTIC, and send to 416 Park Grove Ln, Katy TX 77450. I instruct my attorney to provide on request to the above-named provider, a settlement breakdown in accordance with the Safekeeping Property Rule, Sec. 1.15.

**THIRD PARTY LIABILITY:** If my injuries are the result of negligence from a third party, then I instruct the liability carrier to issue a separate draft to pay in full all services rendered, payable directly to KATY ELITE CHIROPRACTIC, and send to 416 Park Grove Ln, Katy TX 77450

**STATUTE OF LIMITATIONS:** I waive my rights to claim any statute of limitations regarding claims for services rendered or to be rendered by the physician/facility named above, in addition to reasonable cost of collection, including attorney fees and court cost incurred.

**LIMITED POWER OF ATTORNEY:** I hereby grant to the physician/facility named above power to endorse my name upon any checks, drafts, or other negotiable instrument representing payment from any insurance company representing payment for treatment and healthcare rendered by the physician/facility named above. I agree that any insurance payment representing an amount in excess of the charges for treatment rendered will be credited to my/our account or forwarded to my/our address upon request in writing to the physician/facility named above.

**REJECTION IN WRITING:** I hereby authorize the physician/clinic named above to establish a PIP or UM/UIM claim on my behalf. I also instruct my insurance carrier to provide upon request to the provider/clinic named above, any rejections in writing as they apply to my lack of PIP or UM/UIM coverage. I allege that electronic signatures are not adequate proof of rejection, and are invalid to establish rejection, and instruct my carrier to provide only copies of my original signature regarding rejection as evidence of rejection of PIP or UM/UIM.

**TERMINATION OF CARE:** I hereby acknowledge and understand that if I do not keep appointments as recommended to me by my caring doctor at this clinic, he/she has full and complete right to terminate responsibility for my care and relinquish any disability granted me within a reasonable period of time. If during the course of my care, my insurance company requires me to take an examination from any other doctor, I will notify this physician/facility immediately. I understand the failure to do so may jeopardize my case.

Signature of Patient and/or Responsible Parties: I declare under penalty of perjury that the forgoing is true and correct. [CPRC: Sec. 132.001(a)]

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_



*NUESTRA MISIÓN: ofrecer a nuestros pacientes un enfoque de salud sin drogas y no quirúrgico que les permita alcanzar su mayor potencial ... ¡naturalmente!*

### ESQUEMA DEL PROCEDIMIENTO PARA NUEVOS PACIENTES

1. Todos los pacientes nuevos deben completar formularios de papeleo
2. Consulta con el Dr. Z para discutir tus problemas de salud
3. Examen y radiografías si es necesario, para determinar si el cuidado quiropráctico es apropiado para su condición
4. Si su caso requiere atención inmediata, se administrará atención de emergencia
5. Se le informará sobre el momento en que puede regresar para su cita de “Informe de hallazgos”, durante la segunda cita, el Dr. Z le informará los resultados de su examen y si su caso ha sido aceptado o no.
6. Se le explicará el plan del tratamiento recomendado junto con los arreglos financieros y la cobertura del seguro, según corresponda.
7. La atención comenzará y continuará según lo programado hasta que su condición se haya corregido completamente o hasta que se haya obtenido la mejoría máxima posible

### CONSENTIMIENTO PARA NOTIFICACIÓN DE TEXTO / CORREO ELECTRÓNICO

Doy permiso a Katy Elite Chiropractic para enviar notificaciones por mensaje de texto / correo electrónico sobre próximas citas, noticias y eventos.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### PERMISO DE FOTO/VIDEO A KATY ELITE CHIROPRACTIC

Le otorgo a Katy Elite Chiropractic y a sus empleados el derecho de tomar fotografías mías en relación con la promoción de servicios quiroprácticos a través de su sitio web, redes sociales y cualquier otra vía. Estoy de acuerdo en que Katy Elite Chiropractic puede usar tales fotografías mías para publicidad, ilustración, publicidad y contenido web.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_



**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE CONFORMIDAD CON HIPAA Y CONSETIMIENTO PARA EL USO DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina de conformidad con HIPAA. El aviso está disponible en nuestro sitio web y también una copia en papel está disponible a pedido.

Para que nuestra oficina brinde CUALQUIER información a su pareja, cónyuge, padre, pariente u otro designado, debemos tener su permiso. (Esto incluiría horarios de citas, radiografías, recibos, registros de salud y cualquier otra información relacionada con su tratamiento). Puede indicar su permiso enumerando nombres aquí:

Mi información puede ser compartida con: (nombres de la lista):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indique el nombre y la información de contacto de su médico de atención primaria con el fin de coordinar la atención con el médico quiropráctico.

(Nombre del médico de atención primaria): \_\_\_\_\_

Dirección y Teléfono: \_\_\_\_\_

**Esta firma indica que acepto el uso de mi información de salud de manera consistente con el Aviso de prácticas de privacidad de conformidad con HIPAA, el manual de cumplimiento de HIPAA, la ley estatal y la ley federal.**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

PADRE/ ENCARGADO DEL MENOR: \_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_