

**WALK-IN CHIROPRACTIC, LLC**  
2001 N. Atlantic Ave, Cocoa Beach, FL, 32931

**AVISO SOBRE SU DERECHO A LA PRIVACIDAD continuado ...**

Complete lo siguiente donde se indique y devuélvalo a nuestro personal de recepción.

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_ **-Retención *Página 1 de 2***

Por la presente reconozco que he leído y recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Walk-In Chiropractic, LLC. Entiendo mis derechos, así como el deber de la práctica de proteger mi información de salud y he transmitido mi comprensión de estos derechos y deberes al médico. Además, entiendo que esta oficina se reserva el derecho de enmendar este "Aviso de Prácticas de Privacidad" en cualquier momento en el futuro y hará que las nuevas disposiciones entren en vigencia para toda la información que mantenga pasada y presente.

Soy consciente de que la práctica no usará ni compartirá mi información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que haya proporcionado una autorización por escrito que indique lo contrario. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento mediante una notificación por escrito a la práctica.

Soy consciente de que una versión detallada extendida de este "Aviso" está disponible para mí si lo solicito.

En este momento, no tengo ninguna pregunta sobre mis derechos o la información que he recibido.

Si no está firmado por el paciente, indique la relación:

- \_\_\_\_\_ Padre o tutor del paciente menor de edad
- \_\_\_\_\_ Tutor o curador de un paciente incompetente
- \_\_\_\_\_ Beneficiario o representante personal del paciente fallecido

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

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

**Divulgación de información de salud personal de HIPAA**

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente autorizo a Walk-In Chiropractic, LLC a discutir y / o divulgar información a las siguientes personas con respecto a mis citas, seguro, facturación y tratamiento de salud prestado.

- Esposo                      Nombre: \_\_\_\_\_
- Media naranja              Nombre: \_\_\_\_\_
- Padre/Tutor Legal              Nombre: \_\_\_\_\_
- Niño(s)                      Nombre(s): \_\_\_\_\_
- Cualquier persona especificada Nombre: \_\_\_\_\_
- La información no debe ser discutida ni divulgada a nadie.

**Restricciones:**

- Sin restricciones
- Solo discuta la hora de mi cita con la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente.
- Solo discuta asuntos relacionados con mi cuenta, incluido el seguro y / o la facturación con la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente.
- Solo discuta el tratamiento de salud que se me brindó con la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente.

**Mensajes:**

Por favor llame al:  Mi casa  Mi trabajo  mi celular                      Número: \_\_\_\_\_

Si no puede comunicarse conmigo:

- Puede dejar un mensaje detallado
- Por favor, deje un mensaje pidiéndome que le devuelva la llamada
- \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo rescindir este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito a [Insertar nombre de la práctica]. Cualquier cambio en este formulario requerirá que se complete, firme y fechará un nuevo formulario de consentimiento.

Firma del paciente o de la persona autorizada \_\_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_\_\_

**WALK-IN CHIROPRACTIC, LLC**  
**2001 N. Atlantic Ave, Cocoa Beach, FL, 32931**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE:**

Ajustes, modalidades y procedimientos terapéuticos quiroprácticos:

Me han aconsejado que la atención quiropráctica, como todas las formas de atención médica, conlleva ciertos riesgos. Si bien los riesgos suelen ser mínimos, las complicaciones como lesiones por esguince/distensión, irritación de una afección discal, dislocaciones de articulaciones y, aunque son muy raras, fracturas y posibles accidentes cerebrovasculares (que se estima que están relacionados en uno de cada millón a uno de cada dos millones de ajustes cervicales), se han asociado con ajustes quiroprácticos.

Los objetivos del tratamiento, así como los riesgos asociados con los ajustes quiroprácticos y todos los demás procedimientos proporcionados en [Insertar nombre de la práctica] me han sido explicados a mi satisfacción y he transmitido mi comprensión de ambos al médico. Después de una cuidadosa consideración, por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento por cualquier medio, método y/o técnica, que el médico considere necesario para tratar mi condición en cualquier momento durante todo el curso clínico de mi atención.

**CONSTENT PARA INICIAR LA ATENCIÓN**

Tengo un objetivo simple: quiero brindar atención quiropráctica de la más alta calidad a la tarifa más baja posible. Para lograr este objetivo, tengo algunos procedimientos comerciales para mantener mis tarifas reducidas. Por favor, lea estos procedimientos a continuación para entender cómo funciona esta oficina y decidir si desea participar. Si tiene alguna pregunta, por favor pregunte.

- Puede optar por enviar recibos a su compañía de seguros u otros programas de atención médica de terceros, pero el pago de dichos servicios por parte de las compañías de seguros no está implícito ni acordado por esta oficina. No asumimos ninguna responsabilidad por la falta de pago por parte de las compañías de seguros por los servicios prestados en nuestra oficina.
- Nuestra oficina no responderá a ninguna solicitud de papeleo para fines de seguro ni acusará recibo de las solicitudes de información del seguro sobre el caso de ningún paciente. Sin embargo, los pacientes pueden solicitar una copia de sus registros sin costo alguno.
- Los pacientes no pueden mantener ni administrar saldos en ningún momento.
- Todas las visitas de ajuste se realizan inmediatamente antes de que se preste el servicio.
- Todas las visitas iniciales se pagan al finalizar estos servicios.
- Nuestra oficina se reserva el derecho de negar servicios a cualquier persona por cualquier motivo, o si el médico siente que la salud del paciente no está siendo atendida de la mejor manera. Se le dará una lista de otros proveedores que pueden brindarle un mejor servicio.

Deseo iniciar la atención en esta oficina. Entiendo que soy directa y totalmente responsable ante WALK-IN CHIROPRACTIC, LLC y/o el Dr. Bret Glas, D.C. por todos los honorarios asociados con la atención quiropráctica que recibo. He leído y entiendo el Consentimiento para iniciar la atención y acepto todos los términos. Entiendo que no tengo ninguna obligación de recibir o continuar con la atención.

**LESIONES RELACIONADAS CON EL TRABAJO, LESIONES POR ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS O LESIONES PERSONALES Y PROPÓSITO DE UNA DIVULGACIÓN DE AJUSTE**

Al firmar a continuación, reconozco que soy consciente de que Walk-In Chiropractic, LLC y Bret Glas, D.C. se reservan el derecho de no brindar atención por lesiones relacionadas con el trabajo, lesiones por accidentes automovilísticos o lesiones personales a menos que el paciente y Walk-In Chiropractic, LLC y Bret Glas, D.C. lo acuerden por escrito. También reconozco que debo informar a esta oficina si tengo una lesión relacionada con el trabajo, una lesión por accidente automovilístico o una lesión personal y debo buscar atención en el consultorio de mi médico u otro proveedor de atención médica por lesiones o afecciones sufridas. También soy completamente consciente de que Walk-In Chiropractic, LLC y Bret Glas, D.C. no facturarán, presentarán reclamos ni prepararán o presentarán informes por lesiones relacionadas con el trabajo, lesiones por accidentes automovilísticos o reclamos por lesiones personales. También entiendo que soy responsable de pagar cada visita yo mismo en el momento del servicio.

Además, entiendo que la atención quiropráctica se brinda para corregir las desalineaciones de la columna vertebral llamadas subluxaciones. Uno de los beneficios de un ajuste quiropráctico es que PUEDE sentirse mejor, pero este no es el OBJETIVO de un ajuste. El objetivo de un ajuste quiropráctico es corregir las SUBLUXACIONES, eliminando así la interferencia en el sistema nervioso, lo que permite que el cuerpo se cure a sí mismo. Como resultado, Walk-In Chiropractic, LLC y Bret Glas, D.C. NO TRATAN EL DOLOR NI LA ENFERMEDAD; Eliminamos las subluxaciones, para que el cuerpo pueda funcionar correctamente y estar mejor capacitado para curarse a sí mismo.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente

Fecha

Nombre del Padre/Persona Autorizada (en letra de imprenta)

Firma de los padres/persona autorizada

Fecha

**WALK-IN CHIROPRACTIC, LLC**  
2001 N. Atlantic Ave, Cocoa Beach, FL, 32931

**INFORMACIÓN DE ADMISIÓN**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
Nacimiento: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Masculino  Hembra Estado civil:  Soltero  Casado  Viuda  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cremallera: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
¿Alertas por mensaje de texto?  Sí  No ¿Actualización por correo electrónico?  Sí  No ¿Alertas de llamadas?  Sí  No  
Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_ Empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_

Dependo de las referencias para mantener bajos los gastos generales y pasarle los ahorros a usted, ¿a quién puedo agradecer por recomendarlo? \_\_\_\_\_

¿Has visto a un quiropráctico antes? Sí No Nombre \_\_\_\_\_ ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
¿Estás aquí porque tu problema es el resultado de CUALQUIER tipo de accidente?  NO  Sí (¿Cuándo?) \_\_\_\_\_  
¿Es usted beneficiario de Medicare?  NO  Sí MUJERES: ¿Podrías estar embarazada?  NO  Sí Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

**¿Qué te trae hoy?** \_\_\_\_\_

¿Dónde está lo peor? \_\_\_\_\_

¿Cómo empezó esto? \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzaron los problemas? \_\_\_\_\_ ¿Lo fue?  Gradual  De repente EXPLICA: \_\_\_\_\_

¿Cuándo está en su peor momento?  AM  PM  Mediodía  tarde PM  ¿Otro? \_\_\_\_\_

¿Tiene hormigueo, entumecimiento o dolor en los brazos o las piernas? (Explicar) \_\_\_\_\_

¿Qué se siente? ¿Afilado? ¿Insensibilizado? ¿Achy? ¿Palpitante? ¿Arde? ¿Tirantez? ¿Dolor? ¿Otro? \_\_\_\_\_

En una escala de dolor de 0 a 10, donde 0 es la ausencia de dolor y 10 es lo suficientemente significativo como para buscar atención de emergencia, ¿qué número describiría la gravedad de su dolor/malestar en este momento? *POR FAVOR, MARQUE TODAS LAS ÁREAS de*  
\_\_\_\_\_/10 ¿Al menos? \_\_\_\_/10 ¿En su peor momento? \_\_\_\_/10

¿Cuánto tiempo dura?  Constante  Encendido y apagado  Va y viene

¿Ha ido aumentando el dolor?  Mejor  Peor  Seguir siendo el mismo

¿Qué empeora el dolor? \_\_\_\_\_

¿Qué hace que el dolor mejore? \_\_\_\_\_

¿Qué actividades no puede realizar debido a estos problemas? \_\_\_\_\_

Enumere cualquier otro médico que haya consultado para estos problemas: \_\_\_\_\_

Haga una lista de los medicamentos que está tomando actualmente o proporcione una lista: \_\_\_\_\_

Haga una lista de todas las cirugías a las que se haya sometido y cuándo: \_\_\_\_\_

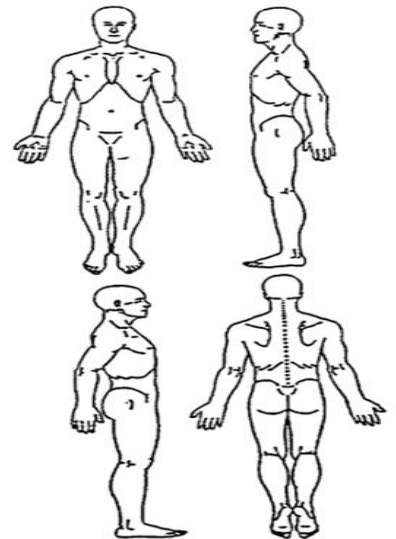
Haga una lista de cualquier accidente laboral o automovilístico que haya tenido: \_\_\_\_\_

¿Tienes mareos?  NO  Sí \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna enfermedad transmisible? (Lista): \_\_\_\_\_

¿Has tenido Covid-19?  NO  Sí ¿Te has vacunado contra el Covid-19?  NO  Sí Cualquier refuerzo  NO  Sí

Firma del paciente o de la persona autorizada \_\_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_\_\_



Firma del Dr. Bret Glas: \_\_\_\_\_ Date Reviewed \_\_\_\_\_