

Fecha: ___/___/___ Acct #: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ M F

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ ZIP: _____

Número de teléfono (cell): _____ Otro número: _____ Email: _____

Apodo: _____ Soltero/a Casado/a Nombre de su esposo/a _____

Lugar de empleo/tipo de trabajo _____ Cómo encontró nuestra oficina? _____

Razones por su visita hoy: _____

¿Cuándo/cómo empezó? _____

¿Ha tenido este problema antes? _____

¿Qué lo hace mejor? _____ ¿Qué lo agrava? _____

¿Está mejorando, lo mismo, o empeorando? _____

¿Qué tratamiento ha recibido para esto? _____

Médico primario: _____ Cirugías pasadas y cicatrices: _____

¿Está tomando algún medicamento actualmente? _____ ¿Está embarazada? Sí No

Indique las áreas con que se relaciona:

Problemas digestivos <ul style="list-style-type: none">• Hinchazón / gases• Diarrea• SII / colitis Problemas de la piel <ul style="list-style-type: none">• Acné• Eccema• Psoriasis	Alergias estacionales Erupciones y urticaria Fiebre del heno / Sinusitis Asma / Dificultad de respirar Sobrecrecimiento de candida Neuralgia / neuropatía Fatiga cronica	Alérgenos: Café / té Lechería Crustáceos Frutas / bayas / Nueces Gluten / cereales Perfume / maquillaje / aceites Polen / hierba / árboles / mohos Metales / Telas	Mojar la cama Alcohol Necesidad de dejar de fumar Otro: _____ _____ _____ _____
TDAH (ADHD / ADD) Distracción fácil TOC (OCD) Dolor crónico Conmoción cerebral Niebla del cerebro Racionalización excesivo Preocupación excesiva por uno mismo Dolores de cabeza (migraña y tensión) Tics	Amnesia Fibromialgia Hipervigilante Bajo rendimiento cognitivo Rumia El cerebro no se apaga Insomnio Inquietud Problemas de memoria a corto plazo	Emociones Trauma emocional Depresión Ataques de pánico Trastorno de estrés TEPT (PTSD) Irritabilidad / Arrebatos de ira Demasiado emocional Ansiedad Aversión al cambio	Dificultad con: —La organización —Resolución de problemas —Concentración —Procesar información oral o verbal —Procesar la lectura —Problemas de memoria a corto plazo

Indique otros problemas de salud:

Hipertensión

Cáncer

Diabetes

Fatiga

Trauma del cerebro

Apoplejía

Ciática

Debilidad de los músculos

Espasmos

Vértigo

Visión doble

Visión nublada

Problemas del equilibrio

Náusea

Sida

Hepatitis

Autoinmune

Hernia de hiato

Acidez/ardor de estómago

Diarrea

Constipación

Patient Findings

Marque las áreas de dolor según la clave:

Adolorido - A
Ardor - B

Entumecimiento - N
Cicatrices- S

Dolor - X
Rigidez - O



P A R A E L P E R S O N A L

HRV. Symp ____ Para ____ Norm ____ NSpec Anabolic-Catabolic / Fat-Sugar / PH Acid / Alkaline

Labs: Principle _____ Dutch _____

HT __ SI __ TH __ PC __	ST __ SP __ LI __ LU __ K __	BL __ LV __ GB __
LOCAL	SYSTEMIC	AURICULO
HT __ SI __ TH __ PC __	ST __ SP __ LI __ LU __ K __	BL __ LV __ GB __
LOCAL	SYSTEMIC	AURICULO
HT __ SI __ TH __ PC __	ST __ SP __ LI __ LU __ K __	BL __ LV __ GB __
LOCAL	SYSTEMIC	AURICULO

St Sm Int Liv Gb Pan Sp ICV VH LI Pit Thy Ad Ov/Test-Prost

SCM	Glut Max
Scalene	Glut Med
Trap Up / Mid / Low	Quad Lum
Serratus	Quad Fem
Deltoid A M P	Vastus Lat
Infraspin	Add
Supraspin	Sart
Teres MJ	Gracil
Teres MN	Med Ham
Tricep M L	Lat Ham
Bicep M L	Poplit
Pec Mj	Ant Tib
Pec Mn	Post Tib
Subclav.	Peroneus Long
Pronator T	Peroneus Brev
Ext. Carp Rad	Ext. Hal/
Ext Carp Uln	Meta Tars

¿Cómo afecta su vida?

- En casa: _____
- Su trabajo: _____
- Su recreativo: _____
- Su descanso y sueño: _____

¿Ha estado en un accidente auto? Año pasado Últimos 5 años Hace más de 5 años Nunca

¿Hubo un accidente, caída o herida que posiblemente causó su problema? _____

Fecha de herida _____ ¿Hay un diagnóstico médico de su problema? _____

¿Ha consultado con una quiropráctica en el pasado? Nombre _____ Fechas _____

Tipo de seguro: Seguro de salud Seguro de auto Compensación de Obrero Sin seguro

Estamos fuera de la red con todas las compañías de seguros. Nos complace presentar la solicitud de seguro a su compañía de seguros en su nombre, pero para saber si su seguro cubrirá sus tratamientos quiroprácticos, deberá comunicarse con ellos para determinar cuáles son sus beneficios fuera de la red. Cobramos en el momento del servicio, y cualquier reembolso de su proveedor debe ser enviado directamente a usted. Presente las tarjetas de seguro al personal con identificación fotográfica.

Los honorarios deben ser pagados a la misma hora que el paciente recibe los servicios, a menos que hayan hecho otros arreglos con los personales por adelantado. Para inducir al Dr. Steven Mangas, la Dra. Chloe Tillman, y la oficina de Mangas Chiropractic a proveer al paciente servicios quiroprácticos, exámenes, tratamiento y correspondencia medicolegal, y en consideración de tales, yo (nosotros), el abajo firmante, por la presente, individualmente, conjuntamente, acepto, garantizo, y prometo incondicionalmente a pagar la totalidad de los costos de exámenes, análisis de sangre, terapias, tratamientos, consultas e informes médicos y legales, al recibir tales servicios, junto con el interés acumulado de 1.5% por mes del balance no remunerado, honorarios razonables de abogados, costos y gastos de facturación, recaudación, y litigio si es necesario.

Nombre completo del paciente (o su tutor) en letra

Firma

Fecha

Dr. Steven C. Mangas and Dr. Chloe H. Tillman
Chiropractic Physicians

6699 Rockville Rd
Indianapolis, IN 46214
317-247-1717

Sobre Pagos del Seguro:

Nuestros honorarios reflejan nuestros servicios, no el plan de reembolso de una compañía de seguros. Algunas compañías de seguros pueden optar por no pagar su honorario médica en su totalidad. Esto no es infrecuente y es lamentable para las personas afectadas por este problema.

Si su compañía de seguros elige a un nivel de reembolso (un valor arbitrario a veces denominado "usual y habitual") que es menos que nuestro honorario normal, la responsabilidad del resto del pago es suya cuando sea aplicable. El incentivo de la compañía de seguros es mantener bajos sus costos. En consecuencia, no sólo determinan lo que es usual y habitual, sino que frecuentemente sólo pagan un porcentaje de un honorario que ellos seleccionan dependiente de su contrato. Esto a veces crea una estructura tarifaria significativamente más baja de lo cobrado.

Cuando sea aplicable y necesario, nuestra oficina ayudará a crear un plan de pago. Debido a que este pago no siempre está cubierto por la compañía de seguros, es posible que sea necesario realizar ajustes ocasionales después de recibir el pago final del seguro.

Las discrepancias creadas por algunas compañías de seguros son desafortunadas, pero esperamos que reconozca que creemos que nuestros honorarios son adecuados. Lo que paga su compañía de seguros es entre usted, la compañía y el contrato entre usted y la compañía de seguros.

DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN

Yo autorizo la compartición de la información médica necesaria para procesar cualquier reclamo por los servicios prestados por Dr. Mangas o la Dr. Tillman. Además, autorizo los beneficios médicos al Dr. Mangas y a la Dr. Tillman. Se puede utilizar una copia de la autorización en lugar del original. Yo entiendo que los cargos pueden exceder el pago permitido por la compañía de seguros y yo seré responsable de esa cantidad cuando sea aplicable.

Firma del paciente (o su tutor) _____

Fecha _____

Mangas Chiropractic

Autorización para tratamientos, pagos, y los operaciones de la asistencia médica

Yo doy mi consentimiento a Mangas Chiropractic para su uso y divulgación de mi información médica protegida con el propósito de proveer tratamiento, para propósitos relacionados al pago de los servicios que se me prestan y para las operaciones y propósitos generales de atención médica de la consulta. Las operaciones de atención incluyen, entre otras, actividades de evaluación de la calidad, acreditación, gerencia comercial y otras actividades de operaciones generales. Entiendo que mi diagnóstico o tratamiento por parte de la consulta puede estar condicionado a mi consentimiento, como lo demuestra mi firma en este documento.

Para los propósitos de este consentimiento, “Información de salud protegida” significa cualquier información, incluida mi información demográfica, creada o recibida por la consulta, que se relacione con mi salud o condición física o mental pasada, presente o futura; la provisión de atención médica para mí; o el pago pasado, presente o futuro por la prestación de servicios de atención médica a mí; y que me identifique o que haya una base razonable para creer que la información puede identificarme.

Entiendo que tengo el derecho a solicitar una restricción sobre el uso y la divulgación de mi información médica protegida para propósitos de tratamiento, pago, u operaciones de atención médica de la consulta, pero la consulta no está obligada a aceptar esas restricciones. Sin embargo, si el consultorio acepta una restricción que solicitó, la restricción es vinculante para el consultorio.

Entiendo que tengo el derecho a revisar el aviso de prácticas de privacidad de la consulta antes de firmar este documento. El aviso de prácticas de privacidad describe mis derechos y los deberes de la consulta con respecto a los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto la información que el médico o la consulta ha divulgado en base a mi consentimiento previo.

Firma del paciente (o su tutor)

Fecha

Acuse de recibo del aviso de consultas de privacidad

Acuso el recibo y mi comprensión del aviso de consultas de privacidad, y estoy de acuerdo con el aviso de prácticas de privacidad de Mangas Chiropractic, que describe las políticas y procedimientos de la práctica con respecto al uso y divulgación de mi información de salud protegida creada, recibida o mantenida por la consulta.

Firma

Fecha