



Información para el paciente y formulario de admisión

Gracias por elegir a Connecticut Spine & Rehab, LLC

como parte de su equipo de atención médica.

Fecha de hoy _____ Nombre _____ Apellido _____ Sexo _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Seguro social # _____

Estado civil: ☐ soltero ☐ casado ☐ divorciado ☐ viudo

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono actual # _____ Celular # _____ Trabajo # _____

Dirección de correo electrónico _____

Contacto de emergencia:

Nombre _____ Teléfono # _____ Relacion _____

Síguenos en Facebook



Síguenos en Tik Tok



Déjanos una reseña en Google



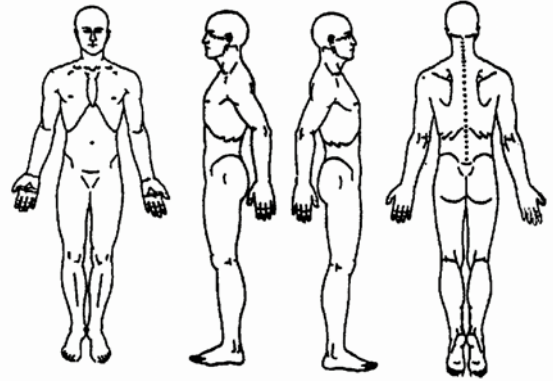


Información confidencial del paciente

LISTA QUEJAS ACTUALES:

Califique el nivel de dolor actual (0-10)

1. _____ /10
2. _____ /10
3. _____ /10
4. _____ /10
5. _____ /10
6. _____ /10



INDIQUE CUALQUIER ENFERMEDAD O ENFERMEDAD QUE LE HAYAS DIAGNOSTICADO:

(Ejemplos: diabetes, enfermedades cardíacas, presión arterial alta, derrame cerebral, asma, úlceras, cáncer, artritis, depresión)

INDICA LOS MEDICAMENTOS Y/O SUPLEMENTOS DIETÉTICOS QUE TOMAS:

Qué/Frecuencia/Médicos/Efectos secundarios/Observaciones

LISTA DE CIRUGÍAS QUE HAS TENIDO:

Tipo/Cuando/Doctor/Resultados

LISTA ANTERIORES ACCIDENTES Y CAÍDAS GRAVES: (AUTO, TRABAJO, HOGAR, OCIO, DEPORTES, OTROS)

Qué/Cuándo/Síntomas/Tratamiento/Resultados



Formulario de admisión de lesiones

INFORMACIÓN DEL TRANSPORTADOR

Nombre de la aseguradora: _____ Número de teléfono de la aseguradora _____

DIRECCIÓN: _____

No. de póliza _____ No. de reclamación _____ Fecha del accidente: _____

¿Se informó del accidente a su transportista? sí no

¿Tiene cobertura médica con su póliza de seguro de automóvil? sí no

INFORMACIÓN DEL ABOGADO

Nombre del abogado: _____ Número de teléfono _____

DIRECCIÓN: _____

¿Podemos comunicarnos con su abogado con respecto a su caso? sí no

AUTORIZACIÓN

Yo, el abajo firmante, certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta. Entiendo y acepto claramente que todos los servicios que se me presten y que no estén cubiertos se me cargan directamente a mí y que soy personalmente responsable del pago.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Tenga en cuenta: en este caso, intentaremos facturar cualquier seguro de respaldo que pueda tener antes de facturarle directamente.



Cuestionario sobre accidentes automovilísticos

Fecha del accidente _____ Estado donde ocurrió el accidente _____ (CT, NY, NJ, Etc.)

¿Donde fue impactado su vehículo? ☐ impacto trasero ☐ impacto lateral del pasajero ☐ impacto lateral del conductor ☐ impacto frontal ¿Llevaba puesto el cinturón de seguridad? ☐ Sí ☐ No

¿Era usted el conductor o el pasajero? _____ (si era pasajero, ¿dónde estaba sentado en el automóvil)? _____

¿Se produjo un impacto secundario (otro automóvil, un bordillo o una barrera, etc.)? _____

¿Estaba preparado para el impacto? ☐ Sí ☐ No

¿Se desplegó algún bolsa de aire? ☐ Sí ☐ No (en caso afirmativo, ¿cuáles)? _____

¿Golpeó alguna parte de su cuerpo en el interior del automóvil? ☐ Sí ☐ No (en caso afirmativo, ¿en qué parte de la carrocería y en qué parte del vehículo)? _____

¿Tenías puesto el cinturón de seguridad? ☐ Sí ☐ No ¿Perdió el conocimiento? ☐ Sí ☐ No (en caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo aproximadamente)? _____

¿Le atendió un paramédico? ☐ Sí ☐ No ¿Lo llevaron al hospital? ☐ Sí ☐ No (en caso afirmativo, ¿fue en ambulancia u otro medio de transporte? _____ ¿En qué hospital? _____

¿Se realizaron diagnósticos por imágenes en el hospital? ☐ Sí ☐ No (en caso afirmativo, ¿de qué tipo (radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, etc.) y en qué zonas del cuerpo? _____

¿Ingresó durante la noche? ☐ Sí ☐ No

¿Le dieron medicamentos o le recetaron medicamentos? ☐ Sí ☐ No (en caso afirmativo, ¿de qué tipo)? _____

¿Ha recibido algún otro tipo de atención médica desde que se lesionó? ☐ Sí ☐ No (en caso afirmativo, responda a continuación) _____

Nombre del médico o de la clínica _____ En caso afirmativo, ¿cuándo se le consultó? _____

¿Tratamiento prestado? _____

¿Le han hecho más pruebas diagnósticas desde el accidente? (resonancia magnética, tomografía computarizada, gammagrafía ósea, radiografía, etc.)? _____

¿Ha faltado días al trabajo a causa de esta lesión? ☐ Sí ☐ No (en caso afirmativo, ¿cuántos)? _____

¿Ha tenido algún accidente o lesión anteriormente? ☐ Sí ☐ No (en caso afirmativo, ¿de qué tipo y cuándo)? _____



Acuerdo de seguridad y asignación de un Interés en un reclamo por lesiones personales

Nombre: _____

A cambio de una buena y valiosa contraprestación, los servicios proporcionados por Connecticut Spine & Rehab, LLC y la promesa de proporcionar servicios por parte de Connecticut Spine & Rehab, LLC, cuyo recibo se acusa recibo por la presente:

1. Otorgar un gravamen a Connecticut Spine & Rehab, LLC por sus servicios profesionales, facturas médicas y cargos por cualquier tratamiento, y costos contra cualquier acuerdo o sentencia que surja de mi reclamo por lesiones personales como resultado de mi accidente. Los costos tales como honorarios de informes médicos y honorarios de copia de registros, en los que Connecticut Spine & Rehab, LLC incurre al brindar servicios a mi abogado y a mí, se deducirán de cualquier recuperación neta en el momento del acuerdo o veredicto en mi caso de lesiones personales.
2. Ceder e interesar a Connecticut Spine & Rehab, LLC por sus servicios profesionales, facturas médicas y cargos por cualquier tratamiento, y costos contra cualquier acuerdo o sentencia que surja de mi reclamo por lesiones personales como resultado de mi accidente. Los costos tales como tarifas de informes médicos y tarifas de copia de registros, en los que Connecticut Spine & Rehab, LLC incurre al brindar servicios a mi abogado o a mí, se deducirán de cualquier recuperación neta en el momento del acuerdo o veredicto en mi caso de lesiones personales.
3. Ceder mis derechos a recibir pagos de atención médica de partes negligentes o de compañías de seguros. Los pagos se realizan a Connecticut Spine & Rehab, LLC, 91 Dixwell Ave, New Haven, CT 06511.
4. Autorizar y ordenar a mi abogado que pague con los ingresos por lesiones personales las sumas que puedan adeudarse por los servicios prestados a mí, por cualquier motivo, que se deban a Connecticut Spine & Rehab, LLC y que retenga dichas sumas de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto del desembolso hacia mí según sea necesario para proteger y pagar adecuadamente a Connecticut Spine & Rehab, LLC.
5. Si las partes no pueden llegar a un acuerdo sobre la razonabilidad de una factura o costos, o si surge una disputa, acepto y entiendo que, según la Regla de Conducta Profesional 1.15(b), mi abogado deberá retener la cantidad de dinero en disputa. Si las partes no pueden llegar a un acuerdo sobre la razonabilidad de una factura o costos, o si surge una disputa, entonces las partes acuerdan, y yo, por la presente, acepto y estipulo participar en el arbitraje vinculante dentro de los treinta días posteriores a la recepción del producto por lesiones personales por parte de mi abogado. Además, acepto que el presidente de la Asociación de Quiropráctica de Connecticut actúe como único árbitro del monto en dólares en disputa. Las partes acuerdan estar vinculadas por la decisión del árbitro. Las partes acuerdan dividir (cincuenta/cincuenta) los costos del arbitraje.

Entiendo que la factura por el tratamiento y los servicios quiroprácticos es mi responsabilidad y estoy obligado a pagar la factura independientemente del resultado de mi caso. Mi responsabilidad financiera no depende de un acuerdo favorable o sentencia de un reclamo por lesiones personales. Me han informado que al aceptar un pago parcial de un tercero, Connecticut Spine & Rehab, LLC no acepta el pago parcial como pago total. Cuando se produce un pago parcial, me han explicado que Connecticut Spine & Rehab, LLC me facturará el saldo pendiente. He revisado la lista de tarifas publicada en la oficina y acepto recibir servicios y ser responsable de mi factura. Reconozco que este acuerdo se realiza para protección adicional y en consideración de la cortesía de Connecticut Spine & Rehab, LLC en espera de pago. He leído este documento y lo entiendo.

Firma _____

Fecha _____



Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISARLO DETENIDAMENTE.

Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica (TPO) y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de acceso y control de su información médica protegida. La “información de salud protegida” es información sobre usted, incluida información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

Usos y divulgaciones de información médica protegida

Su médico, el personal de nuestro consultorio y otras personas fuera de nuestro consultorio que participan en su atención y tratamiento pueden usar y divulgar su información de salud protegida con el fin de brindarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, apoyar el funcionamiento de Connecticut Spine & Rehab, LLC, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para brindar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de atención médica domiciliar que le brinde atención. Por ejemplo, su información médica protegida puede ser proporcionada a un médico al que haya sido remitido para garantizar que tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

Pago: Su información de salud protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su información de salud protegida relevante se divulgue al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión al hospital.

Operaciones de atención médica: podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida para respaldar las actividades comerciales de Connecticut Spine & Rehab, LLC. Estas actividades incluyen, entre otras, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación del personal médico y realización o organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida al personal médico que atiende a pacientes en nuestro consultorio. Además, podemos utilizar una hoja de registro en el mostrador de inscripción donde se le pedirá que firme con su nombre. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para atenderlo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle su cita.

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: según lo exige la ley, cuestiones de salud pública según lo exige la ley, enfermedades transmisibles: supervisión de la salud: abuso o negligencia: requisitos de la administración de alimentos y medicamentos: procedimientos legales: aplicación de la ley: forenses, directores de funerarias y donación de órganos: investigación: Actividad criminal: Actividad militar y seguridad nacional: Compensación laboral: Reclusos: Usos y divulgaciones requeridos: Según la ley, debemos hacerle divulgaciones a usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento. con los requisitos de la Sección 164.500.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos se realizarán únicamente con su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar, a menos que lo exija la ley.

Puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o el consultorio del médico hayan tomado una medida basándose en el uso o divulgación indicado en la autorización.

Tus derechos

La siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Sin embargo, según la ley federal, usted no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia; información recopilada con anticipación razonable o uso en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, e información de salud protegida que está sujeta a leyes que prohíben el acceso a información de salud protegida.



Tiene derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida. Esto significa que puede solicitarnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o para fines de notificación como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted pueda solicitar. Si un médico cree que lo mejor para usted es permitir el uso y la divulgación de su información médica protegida, su información médica protegida no será restringida. Entonces tiene derecho a utilizar otro profesional sanitario.

Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nuestra parte por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nuestra parte, previa solicitud, incluso si ha aceptado aceptar este aviso de forma alternativa, es decir, electrónicamente.

Es posible que tenga derecho a que su médico modifique su información de salud protegida. Si rechazamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentarnos una declaración de desacuerdo y podremos preparar una refutación de su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos hecho, si corresponde, de su información médica protegida. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informaremos por correo sobre cualquier cambio. Entonces tiene derecho a oponerse o retirarse según lo dispuesto en este aviso.

Quejas

Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja ante nosotros notificando su queja a nuestro contacto de privacidad. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y proporcionar a las personas este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si tiene alguna objeción a este formulario, solicite hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal. La firma a continuación es solo un reconocimiento de que ha recibido este Aviso de nuestras prácticas de privacidad:

Nombre _____

Firma _____ Fecha _____



Autorización

1. Por la presente autorizo a Connecticut Spine & Rehab, LLC a obtener cualquier información que pueda haber obtenido mediante un examen u otros medios sobre mi estado físico y, por lo tanto, exento a Connecticut Spine & Rehab, LLC de cualquier consecuencia de ello.
2. Por la presente autorizo la divulgación de la información necesaria para presentar una reclamación ante mi compañía de seguros.
3. Entiendo que el médico puede administrar los servicios no cubiertos por mi compañía de seguros, de los que seré responsable.
4. Entiendo que soy el único responsable de los saldos pendientes adeudados a Connecticut Spine & Rehab, LLC al finalizar mi tratamiento.
5. Asigno los beneficios del seguro que de otro modo me corresponderían a Connecticut Spine & Rehab, LLC.

Nombre del paciente _____

Firma del paciente _____ Fecha _____



Consentimiento informado para el tratamiento quiropráctico

Si bien es poco frecuente, algunos pacientes pueden experimentar un agravamiento a corto plazo de los síntomas, fracturas de costillas, distensiones musculares, distensiones de ligamentos y mareos como resultado de las técnicas de terapia manual. Se han descrito casos de ictus asociados con muchos movimientos frecuentes del cuello, incluida la adaptación de la parte superior de la columna cervical. La asociación aparente se observa con poca frecuencia; sin embargo, se le advierte de esta posible asociación porque el accidente cerebrovascular puede provocar un deterioro neurológico grave y, en raras ocasiones, provocar lesiones, incluida la parálisis. Sin embargo, la posibilidad de que estas lesiones se deban a un ajuste de la columna cervical superior es poco frecuente. Se han reportado casos raros de lesiones discales después de un tratamiento quiropráctico o de un ajuste de la columna cervical y lumbar. El tratamiento quiropráctico, incluido el ajuste de la columna vertebral, ha sido objeto de informes gubernamentales y estudios multidisciplinarios realizados durante muchos años y se ha demostrado que es un tratamiento eficaz para muchas afecciones del cuello y la espalda que incluyen dolor, entumecimiento, espasmos musculares, pérdida de movilidad, dolores de cabeza y otros síntomas similares. Reconozco que he discutido, o he tenido la oportunidad de hablar, con mi quiropráctico sobre la naturaleza y el propósito del tratamiento quiropráctico en general y de mi tratamiento en particular (incluido el ajuste de la columna vertebral), así como el contenido de este consentimiento. Doy mi consentimiento a los tratamientos quiroprácticos que me ofrezca o me recomiende mi quiropráctico, incluido el ajuste de la columna vertebral. Pretendo que este consentimiento se aplique a todos mis cuidados quiroprácticos actuales y futuros.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del testigo: _____ Fecha: _____



Authorization to Release Medical Information

To Provider: _____
(NAME OF DOCTOR, CLINIC, HOSPITAL, ETC.)

Patients Name: _____ D.O.B ____/____/____

Social Security: ____/____/____ D.O.I ____/____/____

You are hereby requested to furnish the following information checked below:

☐ **X-rays** ☐ **History** ☐ **Diagnosis** ☐ **Treatment** ☐ **Reports**

Concerning my: ☐ **Accident** ☐ **Injury** ☐ **Other** _____

Re Requester: _____

(NAME OF INSURANCE CO., ATTORNEY, DOCTOR, HOSPITAL, EMPLOYER, NEXT OF KIN, ETC.)

For the purpose of: _____

(Specify above: Review, Investigation or Evaluation of an application, or the processing of any claim, or any purpose reasonably related to the above enumerated activities.)

This authorization shall become effective immediately and remain in effect only if necessary for the Requester to complete the required activities undertaken.

I understand that I have a right to receive a copy of this authorization upon my request.

Copy requested and received: ☐ **Yes** ☐ **No**

Signature of Patient: _____ Date: ____/____/____

Signature of Parent, Guardian, or Spouse _____