

Stewart Chiropractic & Family Wellness Centre, Chad Stewart, DC

5045 W. Baseline Rd #120 Laveen, AZ 85339 / 4616 N. 51st Ave #212 Phoenix, AZ 85031

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha del Accidente: _____ Hora: _____ AM _____ PM _____

Lugar específico del accidente: _____

Describe en detalles, y en sus propias palabras, como ocurrió el accidente: _____

En el accidente fue usted el: Conductor Pasajero Peaton Other? _____

Su auto golpeo al otro vehículo? Si No Fue el otro vehículo que le golpeo a su vehículo? Si No

Fue golpeado: Atras Enfrente De lado Lado de Conductor Lado pasaje

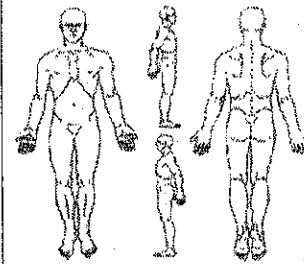
Multa de tráfico fue dado para: Usted El chofer de su carro el chofer del otro carro Ninguna multa dado

Su auto de dirija hacia: Norte Sur Este Oeste on _____ (Calle/Ruta)

Y el otro se dirija hacia: Norte Sur Este Oeste on _____ (Calle/Ruta)

**Por favor de marca el diagrama a su derecha
Los símbolos de acuerdo a sus síntomas:**

SS = Espasmos ST = Dolor rigido
DP = Dolor fuerte SP = Dolor punzante
SH = Dolor corrido TI = Cosquillero
NU = Adormecido O = Otro



MARQUE CUALQUIER SINTOMA QUE A NOTADO DESPUES DEL ACCIDENTE:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor en medio de la espalda | <input type="checkbox"/> Dolor bajo de la espalda | <input type="checkbox"/> Sonido en el oido |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Rigidez en la cintura | <input type="checkbox"/> Mareos |
| <input type="checkbox"/> Cuello Rigido | <input type="checkbox"/> Contusiones en el pecho | <input type="checkbox"/> Dolores Alargados | <input type="checkbox"/> Perdida de olor |
| <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Dolor en quijada | <input type="checkbox"/> Cosquileo en pierna | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Vista borrosa | <input type="checkbox"/> Cosquileo en brazo | <input type="checkbox"/> Cualquier quemada |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Sensibilidad hacia la luz | <input type="checkbox"/> Dolor superior de la pierna | <input type="checkbox"/> Perdido de sabor |
| <input type="checkbox"/> Dolor en brazo lado superior | <input type="checkbox"/> Dolor inferior de la pierna | <input type="checkbox"/> Cualquier cortadas | |
| <input type="checkbox"/> Espasmos en los musculos | <input type="checkbox"/> Dolor en brazo lado inferior | <input type="checkbox"/> Alguna marcas y cortadas | |

Ha perdido días del trabajo? Si No: Si, si que fechas: _____ to _____

Empleador: _____ Numero del Empleador: _____

Fue al hospital? Si No: Si, si nombre del hospital o E.R: _____

Dirección: _____ Fecha de entrada al hospital: _____

Doctor que lo atendio: _____ Tratamiento dado? _____

TIENE USTED ALGUN HISTORICAL DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDAD?:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| Tuberculosis <input type="checkbox"/> Yes | Enfermedad de pulmones <input type="checkbox"/> Yes | Gota <input type="checkbox"/> Yes | Enfermedad tiroides <input type="checkbox"/> Yes |
| Diabetes <input type="checkbox"/> Yes | Enfermedad de rinon <input type="checkbox"/> Yes | Enfermedad estomacales <input type="checkbox"/> Yes | |
| Enfermedad al corazon <input type="checkbox"/> Yes | Hepatitis <input type="checkbox"/> Yes | Sciatica <input type="checkbox"/> Yes | |
| Presion sanguinea <input type="checkbox"/> Yes | Transfusiones <input type="checkbox"/> Yes | Polio / MS <input type="checkbox"/> Yes | Dependencia de alguna droga <input type="checkbox"/> Yes |
| Enfermedad de colon <input type="checkbox"/> Yes | Combuisiones <input type="checkbox"/> Yes | Cancer <input type="checkbox"/> Yes | |
| Sangrado <input type="checkbox"/> Yes | Paralisis <input type="checkbox"/> Yes | Ataque apilepticos <input type="checkbox"/> Yes | |
| Artritis <input type="checkbox"/> Yes | Asma <input type="checkbox"/> Yes | Anemia <input type="checkbox"/> Yes | VIH <input type="checkbox"/> Yes |

Stewart Chiropractic & Family Wellness Centre, Chad Stewart, DC

5045 W. Baseline Rd #120 Laveen, AZ 85339 / 4616 N. 51st Ave #212 Phoenix, AZ 85031

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

POR FAVOR MARQUE (✓) TODO QUE APLICA A USTED.

- Yo tengo beneficios de pago medicos (Med-Pay) por parte de la persona del vehiculo o por parte personal.
- Yo tengo beneficios de aseguranza directamente o por parte de mi esposa/o.
- Yo he retenido a un abogado.
- Yo no he retenido a un abogado.
- Yo tengo la informacion lista de la otras personas.

POR FAVOR DE DAR LA INFORMACIÓN CORRECTA:

1) SU COMPANIA DE ASEGURANZA DE AUTO: _____

Direccion: _____ Telefono: (____) _____ Asegurado: _____

Reclamacion: _____ # de Poliza: _____

Telefono: (____) _____ Fax: (____) _____

2) NOMBRE DE ASEGURANZA DE SALUD: _____

Direccion: _____ Telefono: (____) _____ Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de Poliza: _____

Segura Social #: _____

Telefono: (____) _____ Fax: (____) _____

3) ASEGURANZA AUTOMOVILISTICA DE LA PERSONA RESPONSABLE:

Direccion: _____ Telefono: (____) _____

Nombre de ajustador: _____

Reclamacion: _____ # de Poliza: _____ Asugurado: _____

Telefono: (____) _____ Fax: (____) _____

4) ABOGADO: _____ Asistente de Abogado: _____

Direccion: _____

Telefono: (____) _____ Fax: (____) _____

Cumplimiento de HIPAA

Stewart Quiropractico por ley es requerido mantener avisos de HIPAA Notificacion de Practicas Privadas. Esta notificacion explica nuestros deberes legales y practicas privadas respecto a su informacion de salud. La firma de abajo reconoce que he leido esta notificacion de practicas privadas. Una copia de esta forma se me dara si lo requiero.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Iniciales del Personal: _____

**Stewart Chiropractic & Family Wellness Centre
Chad Stewart, DC**

5045 W. Baseline Rd #120 Laveen, AZ 85339
4616 N. 51st Ave #212 Phoenix, AZ 85031
602-237-1105 (P) 602-237-1106 (F)

Informe de Consentimiento

La naturaleza del uso de la Quiropractica: Usare mis manos o si es necesario usar instrumentos para mover la articulaciones de tu cuerpo de esto resultara algunos sonidos como "pop" o "click".

Los riesgos en los ajustes: Como cualquier otro procedimiento de curacion existen algunas posibles complicaciones durante la manipulacion en la quiropractica. Esto puede incluir tension muscular, dislocaciones, fracturas, discos lastimados y ataques. Esta lista no esta completa

Las probabilidades para esos riesgos: Las fracturas son raras y pueden resultar de huesos debiles. Las otras complicaciones anotadas son consieradas raras. Segun estadisticas los ataques ocuren 1 en 1,000,000 (una en un Million) de posibilidades o tal vez mas. Incluso nosotros empleamos pruebas durante nuestra examinacion para identificar si usted puede ser susceptible para este tipo de resultados.

Tratamientos Recomendados: Rallos De Sueno con Calor, Hielo, Electricias Musculares, Ejercicios Fortificando y Traccion Maquinal.

Riesgos implicados en los tratamientos recomendados: Rallos De Sueno con Calor, Hielo y Electricias Musculares pueden causar quemadura en su piel. Ejercicios Fortificando y Traccion Maquinal puede causar dolor y espasmo muscular temporario. Esta lista no es todo incluido.

Otras opciones de tratamiento para su condicion puede incluir: Cuidado medico con medicinas prescritas, cuidados propios con medicamento sin receta medica, descanso o cirugia. Existen riesgos en cada de estas opciones incluidas pero no limitadas a: adiccion al medicamento, efectos secundarios de los medicamentos, inapropiadas dosis de automedicamento y riesgos de cirugias incluyendo complicaciones de anestecia y procedimientos.

NO FIRME HASTA LEER Y ENTENDER LO DE ARRIBA

Yo lei o me han leído las explicaciones de arriba de los ajustes quiropracticos y los tratamientos relatados. Yo lo he hablado con el doctor y respondieron mis preguntas para mi satisfaccion. Mi firma en la parte de abajo es indica que acepto los riegos envueltos en los tratamiento y decido que lo major para es seguir el tratamiento recomendado. Habiendo sido informado doy mi consentimiento para el tratamiento.

Paciente _____ Fecha _____

Firma del Paciente _____ Dr. _____

The patient had the following questions and was supplied the following answers:

It is my clinical opinion this patient is oriented to time and place: Yes No

It is my clinical opinion this patient was able to understand the language involved: Yes No

Acuerdo Paciente Y Doctor

Entiendo y acepto que las pólizas de seguros de salud y accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Por otra parte, entiendo que la oficina del médico preparará todos los informes y formularios necesarios para que me ayude en la toma de las colecciones de la compañía de seguros, y que cualquier cantidad autorizada a pagar directamente a la oficina del médico será acreditada a mi cuenta en la recepción. Sin embargo entiendo claramente y estoy de acuerdo que todos los servicios prestados a mí se cargan directamente a mí y que yo soy personalmente responsable del pago. También entiendo que si suspender o terminar el cuidado honorario por servicios profesionales prestados a mí será inmediatamente debido y pagado.

Por la presente autorizo al médico para tratar mi enfermedad, ya que el médico considere apropiado mediante el ajuste de mi columna vertebral. Entiendo y acepto que la cantidad pagada al médico por rayos X es sólo para el examen y los negativos de rayos X se mantendrán la propiedad de esta oficina, al estar en el archivo en el que se pueden ver por mí en cualquier momento mientras yo soy un paciente de esta oficina. También estoy de acuerdo que soy responsable de todos los gastos incurridos en esta oficina. El médico no se hace responsable de las condiciones médicas existentes diagnosticados, ni por cualquier diagnóstico médico.

Firma del Paciente:

X _____

Fecha: _____

Firma del Tutor o Cónyuges Que Autoriza El Cuidado:

X _____

Fecha: _____

NOTICE OF INFORMATION PRACTICES

Protecting the privacy of your personal health information is important to us. This notice describes how information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

Disclosure of your protected health information without authorization is strictly limited to defined situations that include emergency care, quality assurance activities, public health, research, and law enforcement activities. Any other disclosures for the purposes of treatment, payment, or practice operations will be made only after obtaining your consent. You may request restrictions on disclosures.

Disclosures of protected health information are limited to the minimum necessary for the purpose of the disclosure. This provision does not apply to the transfer of medical records for treatment.

You may inspect and receive copies of your records within 30 days a request to do so. There may be a reasonable cost-based fee for photocopying, postage and preparation.

You may request changes to your records. Our practice has the right to accept or deny your request.

We maintain a history of protected health information disclosures that is accessible to you.

In the future, we may contact you for appointment reminders, announcements, and to inform you about our practice and its staff.

Our practice is required to abide by this notice. We have the right to change this notice in the future. Any revisions will be prominently displayed in a clearly visible location in our office.

You may file a complaint about privacy violations by contacting our Office Manager.

Name _____ Phone _____

The effective date of this Notice of Information Practices is _____.

Thank you.