MaximizedLiving

¿A quién le podemos agradecer el referido?_____

SOLICITUD DE CUIDADO QUIROPRACTICO CON RESTORE CHIROPRACTIC

Record: _____ Fecha: _____

HISTORIAL DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha Nac. ___-___-___ Edad: ____ □ Hombre □ Mujer

Dirección: _____ Pueblo:_____, Zip code _____

E-mail: _____Tel. Casa _____ _Cel. _____ Trab._____

Tiene plan médico □ No □ Si, ¿Cuál? _____

Ocupación: _____ Trabaja en: _____ Tel. _____

Status: □ Casado □ Soltero □ Divorciado Nombre de Esposo(a) _____

¿Cuántos hijos tiene? ¿Edades? _____

En caso de emergencia, Nombre _____ Tel . _____

RAZON PARA BUSCAR AYUDA QUIROPRACTICA

Por favor, identifique la condición que lo trajo a nuestra oficina: Primario _____

Secundario _____ Tercera _____

En una escala de 0 a 10, siendo 10 de mayor dolor y 0 ningún dolor. Circule su condición en la escala.

Primario : **0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10**

Secundario : **0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10**

Tercero : **0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10**

¿Cuándo comenzó su problema? _____ ¿Cuándo es peor? □ AM □PM □Mediodía □PM Noche

¿Cuánto dura? □ Es constante □ Va y viene durante el día □ Va y viene a lo largo de la semana

¿Cómo se produjo la lesión? _____

¿Ha sido la condición tratada por alguien en el pasado? □ No □ Yes, ¿Cuándo? _____ ¿Por quién?_____

¿Cuánto tiempo estuvo bajo cuidado? _____ ¿Cuáles fueron sus resultados? _____

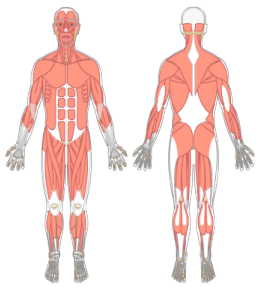
Nombre del quiropráctico anterior _____ □ No aplica

***POR FAVOR MARQUE las áreas en el diagrama con las siguientes letras para describir sus síntomas.**

I- Irradia Q – Quemazón D – Dolor A – Adormecimiento H – Hormigueo P - Punzantes

¿Qué alivia sus síntomas? _____

¿Qué ocasiona que empeoren?_____



¿Es su problema el resultado de algún accidente? □ Yes □ No

Identifique alguna otra lesión a su columna vertebral, que la doctora debería saber. _____

Historia

¿Has sufrido a causa de algunos de estos problemas o alguno similar en el pasado? □No □Si Si afirmativo, ¿Cuántas veces? _____

¿Cuándo fue la última vez? _____ ¿Cómo ocurrió la lesión o problema? _____

Otras formas de tratamiento utilizados: □ No □ Yes Si afirmativo, ¿Cuál fue? _____

¿Quién lo ofreció?_____ ¿Cuándo?_____ ¿Cuáles fueron los resultados? □ Favorable □No Favorable

Por favor explique: _____

Por favor identifique cualquier y todo tipo de trabajos que ha tenido en su pasado que lo ha expuesto a estrés físico:

_____

Si usted ha sido diagnosticado con cualquiera de estas condiciones, por favor indique con una **P** si es de su **pasado**, **A** si es **actualmente** o **N** si **nunca** lo han diagnosticado.

___ Dislocación ___ Tumores ___ Artritis reumatoide ___ Fractura ___ Discapacidad ___ Cáncer

___ Ataque al corazón ___Osteoartritis ___ Diabetes ___ Cerebral vascular ___ Otras condiciones serias

HISTORIAL SOCIAL

1. **Fuma:** □cigarrillos □cigarros □pipa **Frecuencia:** □ Diario □ Fin de semana □ Ocasionalmente □ Nunca
2. **Bebida alcohólicas:** □ Diario □ Fin de semana □ Ocasionalmente □ Nunca
3. **Droga recreacional:** □ Diario □ Fin de semana □ Ocasionalmente □ Nunca

HISTORIAL FAMILIAR

1. ¿Hay alguien de tu familia que padece de la misma condición(es)? □ No □ Si
   Si afirmativo, quién? □ Abuela □ Abuelo □ Madre □ Padre □ Hermanos □ Hijo □ Hija
   ¿Han sido tratados para su condición? □ Si □ No □ No se
2. ¿Alguna otra condición hereditaria que la doctora debería saber? □ No □ Si: _____

CONSENTIMIENTO PARA TOMAR RADIOGRAFÍAS

Las radiografías son una herramienta importante y necesaria para poder diagnosticar la condición del paciente y para dar un cuidado adecuado. Las radiografías se tomarán si el Doctor las considera necesarias luego de su consulta.

□ Estoy de acuerdo □ No estoy de acuerdo Firma: _____

Actividades del Diario Vivir: Efectos de Condiciones Actuales en Desempeño

Por favor identifique como su condición actual afecta la habilidad de llevar a cabo actividades que son parte de tu rutina diaria.

Doblarse	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Concentrarse	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Trabajar en computadora	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Jardinería	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Deportes	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Dormir	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Ver televisión	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Cargar	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Bailar	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Vestirse	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Levantar	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Empujar	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Rodar (en la cama)	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Sentado	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Parado	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Trabajando	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Subiendo	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Hacer tareas (hogar)	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Guiar	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Actividad Sexual	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Leer	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Correr	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Levantarse	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer
Caminar	□ No afecta	□ Lo hace con dolor	□ Dolor lo limita	□ No lo puede hacer

POR FAVOR MARQUE – P para **Pasado**, A para **Actualmente** y N para **Nunca**

___ Dolor de cabeza	___ Embarazada (Ahora)	___ Mareos	___ Problemas de la próstata	___ Ulceras
___ Dolor de cuello	___ Catarros frecuentes	___ Perdida de Balance	___ Impotencia/Difusión eréctil	___ Acidez
___ Dolor mandíbula	___ Convulsiones/Epilepsia	___ Desmayos	___ Problemas digestivos	___ Problemas del corazón
___ Dolor de hombro	___ Temblores	___ Visión Doble	___ Problemas el colon	___ Presión arterial alta
___ Dolor Espalda Alta	___ Dolor de pecho	___ Visión borrosa	___ Diarrea/Estreñimiento	___ Presión arterial baja
___ Dolor Media Espalda	___ Dolor con/tos/estornudos	___ Zumbido oídos	___ Menopausia	___ Asma
___ Dolor Espalda Baja	___ Problemas de pie o rodillas	___ *Perdida* audición	___ Dolores menstruales	___ Dificultad para respirar
___ Dolor Caderas	___ Problemas de Sinusitis	___ Depresión	___ PMS	___ Problemas de pulmones
___ Curvatura Espalda	___ Articulaciones dolorosa	___ Irritable	___ Orinarse en la cama	___ Problemas de los riñones
___ Escoliosis	___ Problemas en la piel	___ Cambios de humor	___ Problemas de aprendizaje	___ Problemas Vesicular Biliar
___ Entumecido / hormigueo brazos, manos, dedos		___ ADD/ADHD	___ Trastorno de alimentación	___ Problemas del hígado
___ Entumecido las piernas / hormigueo, pies, dedos de los pies		___ Alergias	___ Problemas para dormir	___ Hepatitis (A,B,C)

Enumere los medicamentos recetados y no recetados que usted consume:

_____

_____

_____

Nombre de Paciente_____ Archivo#/HRN _____Fecha_____

PERFIL INICIAL DEL SISTEMA NERVIOSO

¿Cuándo fue su accidente de auto mas reciente? _____
¿A qué velocidad iba cuando ocurrió el accidente? _____
Tipo de accidente: Impacto de Frente/ Impacto de Lado / Impacto Trasero
¿Cuál fue el tratamiento recibido? Descríbalo por favor: _____

¿Cuándo sucedió la tensión/estrés más reciente en el trabajo?_____
Describa, por favor, cómo sucedió la lesión: _____
¿Cuál fue el tratamiento recibido? Descríbalo por favor:_____
¿Su trabajo le requiere a mantenerse en posturas estresantes por tiempos prolongados?_____

(Ej. Sentarse todo el día, levantar cosas repetidas veces, usar computadoras)

¿Alguna vez ha tenido traumas espinales? _____
Colisión, rotura rápida o deportes de mociones repetitivas: fútbol americano, lucha libre, baloncesto, beisbol, fútbol, tenis, golf, atletismo_____
Traumas de cuando era niño *(Ej. Caer sobre su cabeza, impacto a su cabeza, conmoción cerebral, caer sobre su espalda o rabadilla, accidente de bicicleta)*
Trabajo por la casa – levantar, doblar, despertarse con el cuello entumecido, dolor fuerte de espalda

PERFIL INICIAL DE NUTRICIÓN

¿Ha tenido exámenes con resultados de niveles altos de triglicéridos o colesterol? (S / N) ¿Valores?_____

¿Tiene la presión arterial alta? (S / N)

¿Es diabético? ¿Le han diagnosticado como pre-diabético o con síndrome metabólico? (S / N)

¿Desayuna diariamente de lunes a viernes? (S / N)

¿Cuántos días a la semana falta una comida? (0) (1) (2) (3) (4+)

¿Cuántas comidas de comida rápida, comidas refinadas o pre-preparadas come por semana?
(0) (1-3) (4-6) (7+)

¿Cuántas porciones de fruta come en un día determinado? (0-1) (2-3) (4+)

¿Cuántas porciones de verduras come en un día determinado? (0-1) (2-3) (4-5)

¿Bebe regularmente (1 o más al día) cualquier de las siguientes bebidas? (circula todos que apliquen)

Soda de Dieta Café Jugo Leche Soda Alcohol

Por favor, haga una lista de todos los suplementos que usted toma regularmente:
_____
_____
_____

PERFIL INICIAL DE ESTADO FÍSICA

¿Cuántas veces a la semana hace ejercicios?

Cardiovascular ___Horas ___Días/Semana Entrenamiento con Pesas ___Horas ___Días/Semana

Impacto bajo (Yoga, etc.) ___Horas ___Días/Semana

¿Cuál es su peso objetivo? _____ ¿Cuál es su peso actual? _____

¿Qué tan dispuesto está para cambiar cualquier de estas cosas para alcanzar sus metas de salud?
(Mídalo en una escala de 1-10) _____

PERFIL INICIAL DE TOXICIDAD

¿Está regularmente expuesto a productos de limpieza o sustancias químicas industriales? (S / N)

¿Alguna vez ha visto moho creciendo en la casa o en su lugar de trabajo? (S / N)

¿Su casa, trabajo, escuela o coche tiene un olor a moho o a mildéu? (S / N)

¿Ha recibido un perfil estándar completo de vacunaciones? (S / N)

¿Recibe anualmente las vacunas de la gripe? (S / N) ¿Cuántas vacunas de la gripe ha recibido?____(approx.)

¿Algún miembro de su familia ha sido diagnosticado con fibromialgia, fatiga crónica, o múltiples sensibilidades a las sustancias químicas? (S / N)

¿Tiene síntomas de desequilibrio del sistema hormonal (tiroides, reproductivo, adrenal)? (S / N)

PERIL INICIAL DE ESTRÉS

¿Duerme un promedio de 8 horas por noche? (S / N)

¿Duerme un promedio de 7 horas o menos por noche? (S / N)

¿Toma pastillas para ayudarle dormirse o relajarse? (S / N)

¿Se siente con frecuencia que no tiene suficiente tiempo para completar proyectos? ¿Deja las cosas para el último momento? (S / N)

¿Experimenta sentimientos de ansiedad acerca de completar tareas? (S / N)

¿Se siente que no tiene suficiente tiempo o atención para los áreas importantes de su vida como familia, crecimiento personal o pasatiempos? (S / N)

¿Depende más de su memoria que una agenda o lista de acción para completar tareas? (S / N)

¿Toma tiempo para orar, meditar, o visualizar con frecuencia? (S / N)

Firma del Doctor _____Fecha_____JDD, DC 5/2011

Restore Chiropractic

Consentimiento Informado

RESPECTO A: Ajustes Quiropráctico, Modalidades, y Procedimientos Terapéuticos:

He sido advertido de que el cuidado quiropráctico, como cualquier forma de cuidado de salud, acarrea ciertos riesgos. El riesgo es habitualmente mínimo. Complicaciones como esguinces o tensiones, irritación de la condición de un disco, fracturas menores y posibles derrames que ocurren en una proporción de entre una en un millón o una en dos millones, rara vez han sido asociados con ajustes quiropráctico.

Los objetivos del tratamiento así como los riesgos asociados con ajustes quiropráctico y todos los demás procedimientos ofrecidos en Restore Chiropractic me han sido explicados satisfactoriamente y he transmitido mi entendimiento de ambos al doctor. Después de considerarlo cuidadosamente, por medio de la presente consiento el tratamiento en todas sus formas, métodos o técnicas que el doctor considere necesarias para tratar mi condición en cualquier momento durante todo el curso clínico de mi cuidado.

_____ ____/____/____ ☐ *Iniciales del Testigo*

Firma de Paciente o persona autorizada Fecha

RESPECTO A: Rayos-X/Estudios de a través de imágenes

SOLO MUJERES ❼ *por favor lea cuidadosamente y rellene los cuadros, incluya la fecha apropiada y firme debajo si ha entendido y no tiene más preguntas, de lo contrario consulte a nuestra recepcionista para más explicación.*

○ El primer día de mi último ciclo menstrual fue ____-____-____ Fecha

○ Me ha sido ofrecida una explicación completa de cuando tengo más probabilidades de quedar embarazada, y en mi mejor entendimiento declaro que no estoy embarazada.

Al firmar este documento doy fe de que el doctor o un miembro del personal de esta oficina ha discutido conmigo los efectos peligrosos de ionización en un bebe en gestación, y he transmitido mi entendimiento de los riesgos asociados a la exposición de rayos-x. después de una consideración cuidadosa, yo, por medio de la presente, consiento someterme a la examinación de rayos-x que el doctor considere necesario en mi caso.

_____ ____/____/____ ☐ *Iniciales del Testigo*

Firma de Paciente o persona autorizada Fecha **JDD,DC 5/2011**

Expectativas

Indique cuál describe mejor su objetivo de salud y bienestar

- Solo deseo alivio de la condición que me aqueja.
- Deseo alivio de la condición y evitar su recurrencia.
- Alcanzar y mantener el máximo nivel de salud y bienestar posible.

Objetivo Restore Chiropractic

Nosotros nos enfocamos en su habilidad de estar saludable. Nuestras metas son, primero, atender la causa que lo trajo a esta oficina, y segundo, ofrecerle la oportunidad de mejorar su potencial de bienestar y salud en el futuro. En el día a día experimentamos estrés físico, químico y emocional que se acumula y puede resultar en una seria pérdida de salud. Muchas veces los efectos son graduales; no se sienten hasta que se convierten en algo más serio. Al contestar estas preguntas usted nos está permitiendo evaluar más a fondo lo que afecta su potencial de salud.

Certifico que toda la información que se presenta en este documento está completa y es enteramente cierta.

Firma _____ Fecha _____

POLIZA DE LA OFICINA

Es mi responsabilidad informar a esta oficina cualquier cambio en mi estado de salud, el seguro o mi información del contacto.

PLAN #1 - SEGURO: Entiendo y convengo que las pólizas de seguro de la salud y de accidente son un arreglo entre un portador de seguro y yo mismo. Todos los servicios profesionales rendidos se cargan directamente al paciente (yo) y son mi responsabilidad. Requerimos que su día de la examinación y cargas del ajuste 1rst estén pagados por completo cuando se rinden los servicios y hasta que se ha verificado la cobertura de seguro. Si su deducible anual no se ha resuelto, si algunos servicios son negados o no cubiertos, si siente bien su cobertura inactiva o le han resuelto los honorarios máximos de la ventaja para los servicios será su responsabilidad. En caso que su cheque del seguro se envíe a usted esperamos que usted lo presente a esta oficina si hay cargos debidos.

PLAN #2 - EFECTIVO: Los honorarios son pagados a la hora de servicio, a menos que las medidas especiales se hayan tomado por adelantado. Si las medidas especiales son tomadas y usted llegar a ser inactivas continuando su cuidado, su equilibrio sin pagar entero estará derecho inmediatamente. Esto se aplica a todos los tipos del plan excepto demandas auto de lesión y de lesión del trabajo.

PLAN #3 - REMUNERACIÓN DE S DEL TRABAJADOR: Divulgue su accidente a su patrón, tráigalo en la información necesaria del seguro, y llene el formulario y firme apropiados para mandar la cuenta por la segunda visita. Mandaremos la cuenta su seguro directamente. En el acontecimiento usted recibe el cheque del seguro, nosotros espera que usted presentará el cheque a nuestra oficina.

PLAN #4 - LESIÓN AUTOMOVILISTICA: Nos proveerá con el informe de accidente, su seguro de coche, seguro médico, el seguro obligado de los partidos, y el abogado si fuera aplicable. Hasta que la información necesaria del seguro se recopilada y se verifica para el cuidado del quiropractico, le requerirán pagar su cuidado. Mandaremos la cuenta a su seguro directamente después de la verificación de la cobertura. En caso que usted reciba el cheque del seguro, esperamos que usted presente el cheque a nuestra oficina.

Cualquier cantidad sin pagar restante del tratamiento después (de 60) días llevará interés en el tipo de interés anual legal más alto permitido en Florida hasta que está pagada. Si la oficina tiene que emplear un abogado, una agencia de colección o medios del exterior del uso de recoger cuentas atrasadas, usted debe reembolsar la oficina para cualesquiera honorarios del abogado, costos de la corte o colección pagadas en recoger la cuenta.

CALIFICO Y ENTIENDO LOS REQUISITOS DEL PLAN #_____.
Yo puedo solicitar una copia de Notificación de Prácticas de Privacidad del Quiropráctico y comprendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar éste documento. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y diseminaciones de mi información protegida de salud que ocurra en mi tratamiento, pago de mis facturas o en el desempeño de cuidado de salud de mi Quiropráctico. El Aviso de Prácticas de Privacidad para el Quiropráctico es también publicado en el cuarto de espera de Restore Chiropractic. Este aviso de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y responsabilidades del Quiropráctico con respecto a mi información protegida de salud.

AUTORIZACIÓN DE LANZAR LA INFORMACIÓN

Le autorizo a lanzar cualquier información juzgada apropiada a cualquier compañía, abogado o ajustador de seguros para procesar mis demandas para el reembolso, y le lanzo de cualquier consecuencia de eso. Podemos divulgar su información personal de la salud (PHI) a los miembros de la familia de los amigos cercanos que le acompañan si la determinamos estamos en su mejor interés así que podemos proveer de usted el mejor cuidado posible. Podemos también divulgar su PHI a un miembro o algún otro de la familia que ayuden a la paga para su cuidado médico. Usted tiene la derecha de solicitar una restricción en cómo utilizamos su o divulgamos su PHI.

AMBIENTE ABIERTO

Mantenemos un ambiente abierto la oficina para crear un sentido del calor, de la familia, de curativo, y de la educación. Durante ajustes, no pasamos la información privada; sin embargo, usted será en un área abierta donde otros pueden verle y/o oír por casualidad la conversación. Si hay una necesidad de discutir algo de una naturaleza personal o privada, usted debe solicitar una cita especial en uno de nuestros cuartos privados. Un doctor o un miembro entrenado del personal hablará con usted sobre su condición, la preocupación u otras materias.

TERMINOS DE ACEPTACION

No diagnosticamos condiciones o enfermedades, con excepción de subluxaciones vertebrales. No ofrecemos NINGÚN tratamiento de condiciones o de la enfermedad, con excepción de subluxaciones vertebrales. No prometemos NINGUNA curación de ninguna condición o enfermedad.

NUESTRA META

NUESTRA META es localizar, analiza y corrige interferencia espinal al sistema nervioso. El propósito del sistema nervioso es controlar y coordinar toda la función corporal.
Yo, _____ he leido la declaracion ante dicha y la entiendo totalmente. Emprendo cuidado médico del quiropractico sobre esta base.

FIRMA _____ **FECHA** _____

Consentimiento para Usar y/o Divulgar Información de Salud para Propósitos de tratamiento, Pago u Operaciones (TPO) para el Cuidado de la Salud.

La ley federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) del 1996 requiere que se le notifique al paciente de la política de privacidad y confidencialidad de la entidad u oficina en quiropráctica y que se evidencie dicha notificación. La Carta de Derechos y Obligaciones del Paciente requiere que para poder ofrecerle nuestros servicios debemos obtener su consentimiento para utilizar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y otras transacciones u operaciones para el cuidado de la salud que lleva a cabo nuestras oficinas.

Para cumplir con estas dos disposiciones de ley, ***Restore Chiropractic*** Center le ha hecho entrega de la notificación de la Política de Privacidad y Confidencialidad y de este consentimiento para usar y divulgar su información de salud. Al firmarlo, usted reconoce haber sido notificado sobre nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad y consiente el uso y divulgación de su información de salud protegida según se describe en este documento.

Por favor revise este consentimiento con mucho cuidado. Si luego de revisarlo usted lo entiende y está de acuerdo con sus términos y condiciones, fírmelo y anote la fecha el espacio que se le indica. Al firmar este consentimiento usted autoriza y está de acuerdo con que ***Restore Chiropractic*** usO y divulgue su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos o cualquier otra transacción u operación para el cuidado de su salud.

Usted tiene el derecho de solicitar de nuestra oficina restricciones con relación y en cuanto al uso y divulgación que hagamos de su información de salud para efectos de tratamientos, pagos o cualquier otra transacción u operación para el cuidado de su salud. No obstante, ***Restore Chiropractic*** no está obligado a aceptar su solicitud de restricciones. Sin embargo si ***Restore Chiropractic*** aceptará las restricciones de uso o divulgación solicitadas por usted, dichas restricciones se convierten en obligatorias y nuestras oficinas en quiroprácticas deberá cumplirlas.

Con la firma en este consentimiento usted autoriza a que ***Restore Chiropractic*** sus empleados (de acuerdo a la ley federal HIPAA incluye además de los empleado(a) s, las personas que realizan trabajo voluntario para la oficina médica) y sus asociados de negocio usen y divulguen su información de salud protegida para efectos de tratamiento, pagos, transacciones y operaciones para el cuidado de su salud.

Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en tanto y en cuanto ***Restore Chiropractic*** sus empleados y/o asociados de negocio hayan tomado alguna acción de uso y/o divulgación basado en el mismo.

De usted necesitar o interesar examinar en más detalles nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad antes de firmar este documento, puede solicitar la misma en nuestra oficina o comunicándose con el Oficial de Privacidad a los teléfonos y/o dirección que surgen del encabezado de esta forma. Por favor observe que ***Restore Chiropractic*** se ha reservado el derecho de revisar, cambiar o enmendar la política y práctica sobre uso y divulgación descrita en la notificación en cualquier momento. De usted interesar la notificación revisada y enmendada, favor de comunicarse con el Oficial de Privacidad a los teléfonos y/o dirección que surgen del encabezado de esta forma.

Yo, _____, certifico que he leído las disposiciones de este consentimiento, que lo entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresadas en el mismo.

_____	_____
Nombre del Paciente (En letra de molde)	Firma del Paciente
_____	_____
Nombre del Representante Personal (En letra de molde)	Firma del Representante
_____	_____
Relación con el Paciente	Fecha