

Información Del Paciente

Fecha _____
 Nombre _____
Último

Primero Medio
 Dirección _____
 Ciudad _____
 Estado _____ Código Postal _____
 Correo electrónico _____
 Sexo M F Años _____
 Fecha de nacimiento _____
 Casado Viudo Soltero Meno
 Apartado/Divorcio Asociado para _____ años
 Ocupación _____
 Horas de Trabajo _____
 Empleador / Escuela _____
 Dirección del empleador / escuela _____
 Teléfono del empleador / escuela _____
 Nombre del cónyuge / pareja _____
 ¿A quién podemos agradecer por recomendarle? _____

SEGURO

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____
 Relación con el paciente _____
 Compañía de Seguros _____
 ID # _____
 ¿Tiene algún seguro adicional?
 Nombre del suscriptor _____
 Relación con el paciente _____
 Compañía de Seguros _____
 ID # _____

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

Certifico que yo y / o mis dependientes tenemos cobertura de seguro con

Nombre de la (s) compañía (s) de seguros

y asignar directamente a Jesse Yuson, D.C. (Clínica), todos los beneficios del seguro, si los hubiera, pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros.

La clínica mencionada anteriormente puede usar mi información de atención médica y puede divulgar dicha información a las compañías de seguros mencionadas anteriormente y sus agentes con el fin de obtener el pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por los servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha firmada a continuación.

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

Escriba en letra de imprenta el nombre del paciente, padre, tutor o representante personal

Fecha

Relación con el paciente

NÚMEROS DE TELÉFONO

Teléfono de casa _____
 Teléfono móvil _____
 Mejor momento para contactarte _____ Casa Móvil

PERSONA DE CONTACTO DE EMERGENCIA

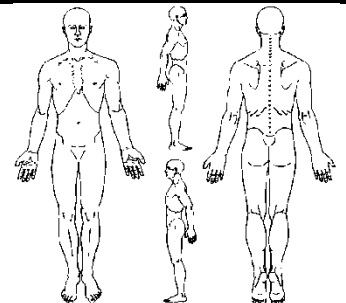
Nombre _____
 Relación _____
 Teléfono de casa _____
 Teléfono del trabajo _____
 Otro Teléfono _____

INFORMACION ACCIDENTE

¿La condición se debe a un accidente? Si No
 Fecha del accidente _____
 Tipo de accidente: Auto Trabajo Casa Otro
 Si es otro, explique _____
 ¿A quién ha informado de su accidente?
 Uto Inlase Empleador Trabajo Comp Otro
 Si es otro, explique _____
 Nombre y teléfono del ajustador / abogado (si corresponde): _____

CONDICIÓN DEL PACIENTE

Razón de la visita _____
 ¿Cuándo empezaron sus síntomas? _____
 ¿Está empeorando la afección? Si No Si es otro, explique _____
 Marque una X en la imagen de la derecha en el área o áreas de queja.
 Califique la gravedad de su dolor en una escala del 1 (dolor leve) al 10 (dolor intenso): _____
 Tipo de dolor: Agudo Aburrido Palpitante Dolor Disparo Entumecimiento
 Ardiente Calambre Rigidez Hinchazón Otro



HISTORIA DE SALUD

¿Qué tratamientos ha recibido ya para su afección? Medicamento Cirugía Terapia física
 Quiropráctica Ninguno Otro _____

Nombre y dirección de otros médicos que lo hayan tratado por su afección: _____

Fecha del último: Examen físico _____ Radiografía de columna _____ Prueba de sangre _____
 Examen espinal _____ Radiografía de pecho _____ Examen de orina _____
 Radiografía dental _____ MRI, CT, gammagrafía ósea _____

Coloque una marca en "Sí" o "No" para indicar si tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Diabetes <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Alcoholismo <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Enfisema <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Sarampión <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Escarlatina <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Vacunas contra la alergia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Epilepsia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Migrañas <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Transmitido sexualmente <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Anemia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Fracturas <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Aborto espontáneo <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Enfermedad <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Anorexia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Glaucoma <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Mononucleosis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Carrera <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Apendicitis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Coto <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Intento de suicidio <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Artritis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Gonorrea <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Paperas <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Problemas tiroideos <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Asma <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Gota <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Desorden sangrante <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Cardiopatía <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Marcapasos <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Bulto en el pecho <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hepatitis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Parkinson <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Tumores, crecimientos <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Bronquitis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hernia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Nervio pellizcado <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Fiebre tifoidea <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Bulimia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hernia de disco <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Neumonía <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Úlceras <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Cáncer <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Herpes <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Polio <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Infecciones vaginales <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Cataratas <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Sangre alta <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Problema de próstata <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Tos ferina <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Químico <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Presión <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Prótesis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Otro _____
Varicela por <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Colesterol alto <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Atención psiquiátrica <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
dependencia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Nefropatía <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Rheum. Arthritis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____

EJERCICIO	ACTIVIDAD DE TRABAJO	HABITOS	
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Sentado	De fumar	Paquetes / Día _____
<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> En pie	<input type="checkbox"/> Alcohol	Bebidas / Semana _____
<input type="checkbox"/> Diario	<input type="checkbox"/> Trabajo ligero	<input type="checkbox"/> Café / cafeína	Copas / Día _____
<input type="checkbox"/> Pesado	<input type="checkbox"/> Trabajo pesado	Alto nivel de estrés	Razón _____

¿Estás embarazada? Si Fecha de vencimiento _____

Lesiones / cirugías que ha tenido:

Descripción	Fecha
Caidas _____	_____
Heridas en la cabeza _____	_____
Huesos rotos _____	_____
Dislocaciones _____	_____
Cirugías _____	_____

MEDICAMENTOS	ALERGIAS	VITAMINAS / HIERBAS / MINERALES
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

_____ (Inicial)	Por la presente, autorizo que el pago de los beneficios del seguro se realice directamente a Yuson Chiropractic / Jesse Yuson, D.C por los servicios prestados
_____ (Inicial)	Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por el seguro. En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los costos de cobranza y los honorarios de los abogados.
_____ (Inicial)	Reconozco que los cargos de "copago" del seguro son mi responsabilidad y deben pagarse en el momento de los servicios prestados.
_____ (Inicial)	Reconozco que los cargos de "coseguro" del seguro son mi responsabilidad y deben pagarse una vez que se procese el reclamo de mi fecha de servicio.
_____ (Inicial)	Las facturas que me envíe este centro / médico vencen 30 días después de la fecha de la factura. Es posible que se me cobre un cargo por mora del 1.5% por mes sobre los saldos impagos. No mantener mi cuenta al día puede resultar en la denegación de servicios.
_____ (Inicial)	Si mi póliza actual prohíbe el pago directo al centro y / o al médico tratante, por la presente instruyo y ordeno a mi compañía de seguros que me haga el cheque y lo envíe por correo a: <div style="text-align: center;"> Yuson Chiropractic 15355 Sherman Way Ste Q, Van Nuys, CA 91406 </div>
_____ (Inicial)	Autorizo a este proveedor de atención médica a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de mi póliza de seguro médico. Además, acepto que una fotocopia de este acuerdo será válida como el original.

Al proporcionar sus iniciales arriba, por la presente acepta las declaraciones adjuntas.

Nombre (impreso): _____

Firma: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO PARA TRATAR

Por la presente solicito y doy mi consentimiento para la realización de ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluidos varios modos de fisioterapia y radiografías de diagnóstico, y cualquier terapia de apoyo en mí (o en el paciente nombrado a continuación, de quien soy legalmente responsable) por el Doctor en Quiropráctica indicado a continuación y / u otros Doctores en Quiropráctica con licencia y personal de apoyo que ahora o en el futuro me tratan mientras estoy empleado, trabajando o asociado con o sirviendo como respaldo del Doctor en Quiropráctica mencionado a continuación, incluidos aquellos que trabajan en la clínica u oficina que se indica a continuación o cualquier otra oficina o clínica, ya sean firmantes de este formulario o no.

He tenido la oportunidad de discutir con el Doctor en Quiropráctica que se menciona a continuación y / o con otro personal de la oficina o clínica sobre la naturaleza y el propósito de los ajustes y procedimientos quiroprácticos. Entiendo que los resultados no están garantizados.

Entiendo y me informan que, como en la práctica de la medicina y como todas las demás modalidades de salud, los resultados no están garantizados y no hay promesa de cura. Además, comprendo y me informan que, al igual que en la práctica de la medicina, en la práctica de la quiropráctica existen algunos riesgos para el tratamiento, que incluyen, entre otros, fracturas, lesiones de disco, derrames cerebrales, dislocaciones y esguinces. No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en que el médico ejercerá el juicio durante el curso del procedimiento que el médico considere en ese momento, en base a los hechos conocidos en ese momento. es lo mejor para mí.

Además, entiendo que existen opciones de tratamiento disponibles para mi condición además de los procedimientos quiroprácticos. Estas opciones de tratamiento incluyen, entre otras, analgésicos de venta libre y autoadministrados y reposo; atención médica con medicamentos recetados como antiinflamatorios, relajantes musculares y analgésicos; terapia física; inyecciones de esteroides; vigorizante; y cirugía. Entiendo y se me ha informado que tengo derecho a una segunda opinión y a obtener otras opiniones si tengo inquietudes sobre la naturaleza de mis síntomas y opciones de tratamiento.

He leído, o me han leído, el consentimiento anterior. También tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido y, al firmar a continuación, acepto los procedimientos mencionados anteriormente. Tengo la intención de que este formulario de consentimiento cubra todo el tratamiento de mi afección actual y de cualquier afección futura para la que busque tratamiento.

QUIROPRÁCTOR Nombre:

Firma del PACIENTE **X**

Fecha:

(O padre / tutor / representante del paciente)

(Proporcione el nombre y la relación si firma por el paciente)

FIRMA TAMBIÉN EL ACUERDO DE ARBITRAJE EN EL REVERSO

NOMBRE DEL PACIENTE:

ACUERDO DE ARBITRAJE

Artículo 1: Acuerdo de arbitraje: Se entiende que cualquier disputa sobre negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados bajo este contrato fueron innecesarios o no autorizados o se prestaron de manera inadecuada, negligente o incompetente, se resolverá mediante la sumisión a arbitraje. según lo dispuesto por la ley federal y de California, y no por una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley estatal y federal disponga la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a su derecho constitucional de que cualquier disputa de este tipo se resuelva en un tribunal de justicia ante un jurado y, en su lugar, aceptan el uso del arbitraje.

Artículo 2: Todas las reclamaciones deben ser arbitradas: También se entiende que cualquier disputa que no se relacione con negligencia médica, incluidas las disputas sobre si una disputa está sujeta a arbitraje o no, también se determinará mediante la sumisión a arbitraje vinculante. Es la intención de las partes que este acuerdo obligue a todas las partes en cuanto a todas las reclamaciones, incluidas las reclamaciones que surjan de o se relacionen con el tratamiento o los servicios proporcionados por el proveedor de atención médica, incluidos los herederos o cónyuge (s) pasado, presente o futuro del paciente en relación con todas las reclamaciones, incluida la pérdida del consorcio. Este acuerdo también está destinado a vincular a los hijos del paciente, nacidos o no nacidos, en el momento del suceso que da lugar a cualquier reclamación. Este acuerdo está destinado a vincular al paciente y al proveedor de atención médica y / u otros proveedores de atención médica con licencia o pasantes de preceptores que ahora o en el futuro tratan al paciente mientras están empleados, trabajando o asociados con o sirviendo como respaldo para el proveedor de atención médica, incluidos los que trabajan en la clínica u oficina del proveedor de atención médica o en cualquier otra clínica u oficina, sean o no signatarios de este formulario.

Todas las reclamaciones por daños monetarios que excedan el límite jurisdiccional de la corte de reclamos menores contra el proveedor de atención médica y / o los asociados, asociación, corporación, sociedad, empleados, agentes y patrimonio del proveedor de atención médica deben ser arbitradas, incluidas, entre otras, las reclamaciones. por pérdida de consorcio, muerte por negligencia, angustia emocional, medidas cautelares o daños punitivos.

Artículo 3: Procedimientos y ley aplicable: La demanda de arbitraje debe comunicarse por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un árbitro (árbitro de parte) dentro de los treinta días y un tercer árbitro (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes dentro de los treinta días siguientes. El árbitro neutral será entonces el árbitro único y decidirá el arbitraje. Cada parte del arbitraje pagará la parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos del arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir honorarios de abogados, honorarios de testigos u otros gastos incurridos por una fiesta en beneficio propio.

Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de dividir las cuestiones de responsabilidad y daño mediante solicitud por escrito al árbitro neutral.

Las partes dan su consentimiento para la intervención y unión en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otro modo sería una parte adicional adecuada en una acción judicial, y tras dicha intervención y unión, cualquier acción judicial existente contra dicha persona o entidad adicional quedará pendiente. arbitraje.

Las partes acuerdan que las disposiciones de la Ley de Reforma de Compensación por Lesiones Médicas de California se aplicarán a las disputas dentro de este acuerdo de arbitraje, incluidas, entre otras, las secciones que establecen el derecho a presentar pruebas de cualquier monto pagadero como beneficio al paciente según lo permita la ley. (Código Civil 3333.1), la limitación a la recuperación por pérdidas no económicas (Código Civil 3333.2) y el derecho a que una sentencia por daños futuros se ajuste a pagos periódicos (CCP 667.7). Las partes acuerdan además que las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje regirán cualquier arbitraje realizado de conformidad con este Acuerdo de Arbitraje.

Artículo 4: Disposición general: Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas serán arbitradas en un solo procedimiento. Se renunciará a una reclamación y se prescribirá para siempre si (1) en la fecha en que se recibe la notificación, la reclamación, si se hace valer en una acción civil, estaría prohibida por el estatuto legal de limitaciones aplicable, o (2) el reclamante no persigue la demanda de arbitraje de acuerdo con los procedimientos aquí prescritos con una diligencia razonable.

Artículo 5: Revocación: Este acuerdo puede ser revocado mediante notificación escrita entregada al proveedor de atención médica dentro de los 30 días posteriores a la firma y, si no se revoca, regirá todos los servicios profesionales recibidos por el paciente y todas las demás disputas entre las partes.

Artículo 6: Efecto retroactivo: Si el paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha de su firma (por ejemplo, tratamiento de emergencia), el paciente debe poner sus iniciales aquí. _____. Efectivo a partir de la fecha de los primeros servicios profesionales.

Si alguna disposición de este Acuerdo de Arbitraje se considera inválida o inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y no se verán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este Acuerdo de arbitraje. Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ACEPTA QUE CUALQUIER PROBLEMA DE MAL PRÁCTICA MÉDICA SE DECIDA MEDIANTE ARBITRAJE NEUTRAL, Y CEDE SU DERECHO A UN JURADO O UN JUICIO ANTE UN TRIBUNAL. VER ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Firma del PACIENTE XX (O padre / tutor / representante del paciente)	Fecha: (Proporcione el nombre y la relación si firma por el paciente)
OFICINA Signature XX	Fecha: