

CHIROPRACTIC, ACUPUNCTURE & MASSAGE CENTER

Dr. Amir Ahmadiyar, D.C.

Your Back to Health Choice for All Ages

Cuestionario De Salud 1

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero de casa: _____ Numero de trabajo: _____ Numero de Celular: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Hombre: _____ Mujer

Numero de seguro social: _____ Numero de licencia de manejo: _____

Empleado con: _____ Tipo de trabajo: _____

Estatus de empleo: _____ Full Time _____ Part Time _____ No Empleado _____ Retirado _____

Estado Civil: _____ Soltero/a _____ Casado _____ Viuda: _____ Divorciado/a _____ Separado/a: _____

Nombre del esposo/a: _____ Numero del seguro social del esposo/a: _____

Empleador de su esposo/a: _____ Numero de trabajo: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Numero de teléfono: _____

*****Referido a esta oficina por:**

PORFAVOR CIRCULE EL TIPO DE PACIENTE QUE ES:

PAGO DE UNO MISMO ASEGURANZA ACCIDENTE DE AUTO WORKER'S COMP

INFORMACION DE SEGURO MEDICO:

Seguro Primario: _____

Seguro Secundario: _____

El titular de la póliza es: Uno Miso Esposo/a Otro _____

El titular de la póliza es: Uno Mismo Esposo/a Otro _____

Numero de ID: _____

Numero de ID: _____

Numero de Grupo: _____

Numero de Grupo: _____

Nombre de el titular de la póliza: _____

Nombre de el titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento: _____

Numero de seguro social: _____

Numero de seguro social: _____

Sexo: _____ Hombre _____ Mujer

Sexo: _____ Hombre _____ Mujer

Yo entiendo y concuerde que la ley de seguro accidente y salud será arreglo entre el portador de seguro y yo misma. Tambien entiendo que la Oficina Medico hace cualquier reporte y formas necesario para ayudarme asiendo colecciones de la compañía de seguro y cualquier aumento autorizado será pagado directamente a la Oficina de Medico y el aumento será acreditado en un recibo. Sin embargo yo claramente reconozco y concuerde que el servicio rendido a mi sera cargado directamente a mi y yo personalmente soy responsable de mis pagos. Tambien entiendo que si yo suspendo cualquier tratamiento o cuidado mis honorarios de servicio profesional

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

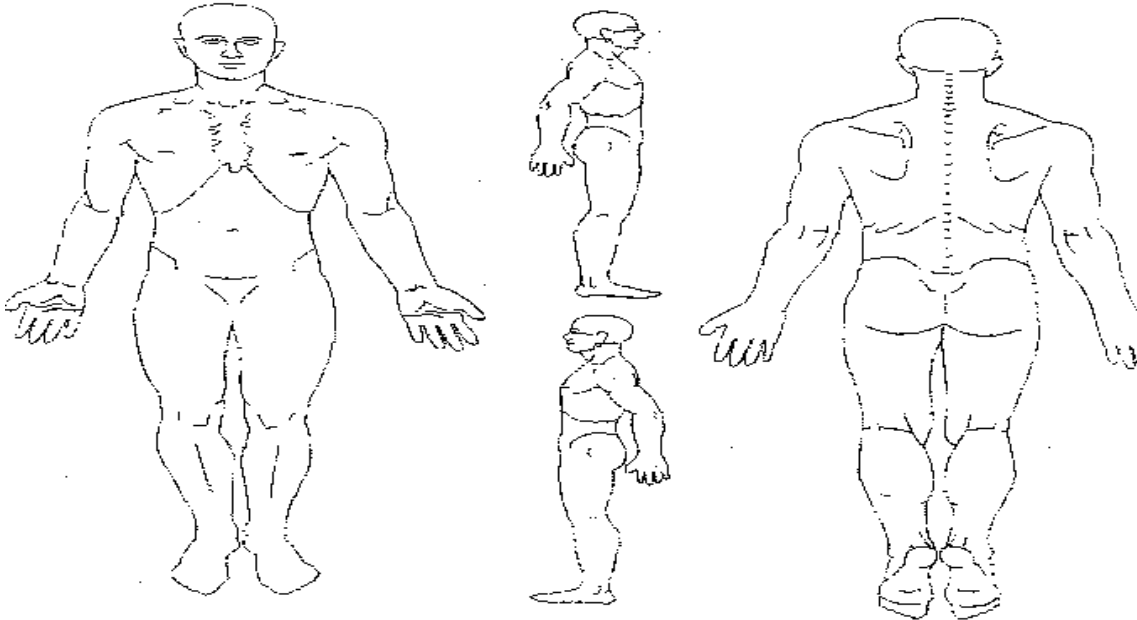
CHIROPRACTIC, ACUPUNCTURE & MASSAGE CENTER
Dr. Amir Ahmadiyar, D.C.

***** Formulario de Historia Medica 2 *****

1. Razone para buscar el cuidado de la quiropráctica
 - a. RAZON PRIMARIA _____
 - b. RAZON SECUNDARIA _____
2. Cuánto tiempo ha tenido usted este problema? ____ Años ____ Meses ____ Semanas
3. Es esto su primer episodio de este dolor? _____ SI _____ NO
4. Hace algo el reclamo mejor? _____
5. Agrava algo el reclamo? _____
6. Ha visto usted a otro médico para este problema? _____ SI _____ NO
7. Rodee por favor la calidad de dolor: Embote Dolor Agudo Balacera Ardor
 Latir Profundo Quejas Otro _____
8. Gradúe intensidad/severidad (0-No dolor. 10-Peor dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Valore Frecuencia:
 Ocasional(20% de tiempo despierto) Intermittente(26-50% del tiempo despierto)
 Frecuente (51-75% de tiempo despierto) La constante (76-100% de tiempo despierto)

Marque por favor la ubicación de su dolor o la molestia en las imágenes abajo.
 Los símbolos del uso que son mostrados para representar tipo de dolor.

- | | |
|---------------|---|
| D – EMBOTA | S – APUÑALAR |
| B – ARDOR | T – SENTIR HORMIGUEO (ALFILERES & las AGUJAS) |
| N – ENTUMEZCA | C – OBSTACULIZAR |



Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____

FOR DOCTOR USE ONLY

DIAGNOSIS: ____ . ____ . ____ . **TREATMENT PLAN:** _____

CHIROPRACTIC, ACUPUNCTURE & MASSAGE CENTER

Dr. Amir Ahmadiyar, D.C.

La Nota de Reconocimiento de Prácticas

Comprendo eso, bajo la Transportabilidad de seguro de enfermedad & Acto de Responsabilidad de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la intimidad con respecto a mi información protegida de la salud. Comprendo que esta información será utilizada a:

*Conducto, planea y dirige mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de asistencia sanitaria que pueden participar en ese tratamiento directamente e indirectamente.

*Obtiene el pago de pagadores de terceros.

*Realiza operaciones normales de asistencia sanitaria como evaluaciones de calidad y certificaciones de médico.

He recibido, leí y comprendo su Nota de las Prácticas de Intimidad que contienen una más descripción de los usos y revelaciones de mi información de la salud. Comprendo que esta organización tiene el derecho de cargar su Nota de Prácticas de Intimidad de vez en cuando y que puedo contactar la organización en tiempo en la dirección encima de obtener una copia actual de la Nota de Prácticas de Intimidad.

Comprendo que puedo solicitar en la escritura que usted restringe cómo mi información privada es utilizada o es revelada para llevar a cabo tratamiento, operaciones de pago y asistencia médica. Yo también comprendo que usted no es requerido a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si usted concuerda entonces que usted tiene que permanecer tales restricciones.

Nombre Del Paciente: _____

La relación al Paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Procuré obtener la firma del paciente en el reconocimiento en la Nota de Reconocimiento de Prácticas de Intimidad, pero pudo non hacer así como documentado abajo.

Fecha: _____ Iniciales: _____ Razón: _____

CHIROPRACTIC, ACUPUNCURE & MASSAGE CENTER

Dr. Amir Ahmadiyar, D.C.

La oficina la Política Financiera

Es informado por favor de la oficina siguiente la política financiera:

_____ Soy un dinero efectivo/Paciente de Paga de Ser

- Soy responsable de todas cargas contraídas para mi tratamiento durante cada una de mis visitas.
- Conseguiré un 10% de honorario de descuento si pago por 10 visitas consecutivas en el avance.
- Los Cumpleaños Gobiernan: Consigo un 50% de descuento si traigo mi tarjeta postal de cumpleaños enviada a mí por la oficina en mi mes de cumpleaños.
- Regla Halagadora de Referencia: Consigo una elección de una visita libre o un libre ½ masaje de hora si yo me refiero alguien al dispensario y soy visto por mi médico.

_____ Soy un Paciente de Seguro/Medicare

- Concuero en pagar mi co-pago en aquel momento de cada servicio.
- Soy responsable y seré facturado para mi seguro deducible y el coaseguro como reflejado en mi EOB (Explicación de Beneficios)
- • Soy responsable obtener cualquier referencia necesitada antes de mi visita de mi compañía de seguros o la oficina de primario médico del cuidado. Si visto sin una referencia, concuerdo en ser financieramente responsable de todas cargas contraídas para todos servicios rendidos.
- Los Cumpleaños Gobiernan: Mi co-pago es renunciado en aquel momento de servicio si yo me traigo mi tarjeta postal de cumpleaños enviada a mí por la oficina en mi mes de cumpleaños.
- La Regla halagadora de la Referencia: Consigo una elección de un libre ½ masaje de hora o mi co-pago para ser renunciados para una visita si yo me refiero alguien al dispensario y soy visto por mi médico.

Reconocimiento

- Comprendo que ese pago es esperado cuándo servicios son rendidos a menos que otros arreglos hayan sido hechos.
- Comprendo que seré financieramente responsable del cuidado recomendado si o no los resultados y los beneficios anticipados son logrados.
- Comprendo que seré facturado directamente para el \$20 Honorario para la cancelación de masaje hecha menos de 24 horas advierten.
- En caso de que mi participación con mi red de asistencia sanitaria sea terminada, deseo continuar mi tratamiento como un paciente privado que paga y sería personalmente responsable de las cargas asociadas con mi cuidado.
- Si los servicios exteriores de la colección o abogados son empleados por esta facilidad para el individuo que desatiende nuestra política de la oficina, la él/ella concuerda en pagar esas cargas, inclusive costos de tribunal y honorarios de abogado de 33+1/3% en caso este archivo es entregado a un abogado para la colección.

Patient Name

Date

Signature