HERNANDEZ CHIROPRACTIC

1125 Linda Vista Drive suite 102

San Marcos, CA 92078

**HIPPA POLÍZA DE PRIVACIDAD Y SEGURIDAD**

Yo doy mi consentimiento para usar o divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo mi tratamiento, para obtener el pago de las compañías de aseguranza y para operaciones de atención médica a esta práctica o la clínica.

He sido informado/a que yo puedo revisar "El Aviso de Prácticas de Privacidad" de la clínica para una descripción más completa de usos y divulgaciones antes de firmar este consentimiento.

Entiendo que esta clínica tiene el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y que puedo obtener cualquier aviso modificado en la práctica o la clínica.

Entiendo que tengo derecho a solicitar una limitación de cómo se utiliza mi información de salud protegida. Sin embargo, también entiendo que la práctica o la clínica no está obligada a aceptar el pedido. Si la práctica o la clínica aceptan mi restricción solicitada, deben seguir las restricciones.

También entiendo que yo puedo revisar este consentimiento en cualquier momento, mediante una petición por escrito, excepto mi información ya usada o divulgada.

FIRMA: FECHA:

Si firmada por el representante del paciente, indique relación que tiene con el paciente:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hernandez Chiropractic**

**1125 Linda Vista Dr. Ste. 102, San Marcos, CA 92078**

**Tel:760-591-4878** **Fax: 760-591-7878**

**TERMINOS DE ACEPTACION**

Cuando el paciente busca cuidado quiropráctico, el quiropráctico y el paciente llegan en unidad. El quiropráctico no indica o trata con enfermedades. El quiropráctico solo tiene una cosa en mente.

 **LOCALIZAR, ANALIZAR Y CORREGIR CUALQUIER INTEFERENCIA ESPINAL O DEL SISTEMA NERVIOSO**

El propósito del sistema nervioso es controlar y coordinar toda la función del cuerpo. Interferencia por este sistema automáticamente produce función inapropiada en el cuerpo. La subluxación: mal alineación espinal produce interferencia del sistema nervioso. Y en sí mismo le puede ser mal para su salud. La corrección de la subluxación por ajustamiento quiropráctico hace que el cuerpo funcione a su nivel máximo. Esto permite que con el mismo poder del cuerpo, pueda trabajar a su eficiencia máxima y restaure y promueve salud natural.

**NOSOTROS NO OFRECEMOS TRATAMIENTO PARA CONDICIONES O ENFREMEDADES QUE NO SEAN SUBLUXACIONES VERTEBRALES**

**NOSOTROS NO OFRECEMOS CURAMIENTO DE EMFEREDADES SOLO DE SUBLUXACIONES VERTABRALES**

**NO LE PROMETEMOS CURAMIENTO DE ENFERMEDADES DE SU CONDICION**

**EL AJUSTAMIENTO QUIROPRACTICO LE RECUPERA SU VIDA Y SALUD A SU POTENCIA MAXIMA**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, he leído la información de arriba y entiendo completamente y acepto el cuidado quiropráctico.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HERNANDEZ CHIROPRACTIC

1125 Linda Vista Drive suite 102

San Marcos, CA 92078

**Tipos de Caso**

 **(Todas las tarifas son principalmente en base a las pautas de nuestra asociación profesional)**

**Nuestra experiencia ha demostrado que es importante tener una comprensión con nuestros pacientes en cuanto a nuestras oficinas pólizas y cargos en nuestra oficina. Por lo tanto, esta forma ha sido preparada para su conveniencia e información. Ofrecemos varios métodos de pago, y usted puede elegir el plan que mejor se adapte a sus necesidades. Esta información nos permitirá servirle mejor y ayudarle a evitar malentendidos en el futuro. Si son necesarias arreglos especiales, por favor háganoslo saber. Nuestra principal preocupación es su salud y bienestar, y haremos nuestro mejor para ayudarle.**

**Caso #1** – ***Seguro General de Salud:*** Si tienes un seguro de salud que cubre el tratamiento quiropráctico, enviaremos los cargos directamente a su seguro médico. Por favor tráiganos su tarjeta de aseguranza en o antes de su segunda visita. Hasta que tengamos la información de seguro completa y necesaria verificaremos la cobertura quiropráctica, mientras tanto, se le pedirá a pagar por su cuidado. Después de verificar los datos de beneficios de su compañía de seguros, los discutiremos con usted. La mayoría de las compañías de seguros no cubrirá "mantenimiento" y por lo tanto, podemos ofrecer otros arreglos si su condición requiere atención más allá de tus límites de seguro.

**Caso #2 - *Pago Privado / Efectivo:*** los honorarios son para ser pagados en el momento que se le prestan los servicios; a menos que se hayan hecho arreglos especiales con anticipación.

**Caso #3 -**  ***Accidentes (Laborales):*** Necesita reportar el accidente a su empleador, traer información de seguro necesaria y firmar formularios industriales para la facturación para la segunda visita. Nos haremos cargo de obtener cobros directamente a su seguro.

**Caso #4 - Accidente Automovilística:** debe el paciente proveernos con el reporte del accidente, su seguro de auto, seguro de salud, seguro e información de la persona responsable y sobre abogados (si corresponde: el número de reclamos, nombre y # de teléfono de ajustadores de seguros de auto). Hasta que se recolecte información necesaria de seguro y beneficios verificados, se le pedirá a usted pagar por su cuidado. Le cobraremos directamente después de la verificación de la cobertura a su seguro de auto. En caso de que el cheque debe llegarle a usted, usted tiene que traer el cheque a nosotros**.**

**CALIFICO Y ENTENDIO LOS REQUISITOS DE PLAN #\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 HERNANDEZ CHIROPRACTIC

1125 Linda Vista Drive suite 102

San Marcos, CA 92078

**Reconocimiento de Tarifa de Promoción Especial**

Reconozco la cuota inicial del Dr. Hernández atreves de (cupón / referencia / tarjeta / otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) esta es un tarifa promocional y no son nuestros usuales y consuetudinario.

Por lo tanto, entiendo que los resultados de cualquiera de las pruebas, incluyendo radiografías, pruebas, exámenes, estudios de rango de movimiento, análisis o cualquier otro procedimiento realizado en mí o en la tarifa promocional no se liberará a mí o a cualquier otro médico u hospital o a cualquier otra persona o institución a menos que y hasta que se page las cuotas completas y habituales para los servicios a Hernández Chiropractic.

Por el presente renuncio a mis derechos habituales para tomar posesión física de los originales o de copias de la información obtenida de las mencionadas radiografías, exámenes, procedimientos, etc. Hasta que los honorarios completos y habituales para los servicios sean pagados a Hernández Chiropractic. Además, entiendo que no presentare cualquier reclamación de terceros para el reembolso de la cuota de esta promoción especial (tales como seguros médicos, compensación del trabajador, accidente automovilístico, etc.…)

 Nombre Firma

 Fecha Testigo

HERNANDEZ CHIROPRACTIC

1125 Linda Vista Drive suite 102

San Marcos, CA 92078

 **REQUEST FOR X-RAYS & INFORMATION**

TO:

ADDRESS:

I, (PRINT NAME) BIRTHDATE:

 ( NOMBRE) (FECHA DE NACIMIENTO)

REQUEST THE FOLLOWING INFORMATION:

[ ] X-RAYS [ ] HISTORY [ ] RECORDS [ ] REPORTS [ ] DIAGNOSIS

CONCERNING MY:

[ ] ILLNESS [ ] ACCIDENT [ ] INJURY [ ] OTHER:

TO BE RELEASED TO: HERNANDEZ CHIROPRACTIC

 1125 Linda Vista Drive suite 102

 San Marcos, CA 92078

Phone: 760-591-4878

Fax: 760-591-7878

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización a mi petición. Según sección 1795 del código de salud & seguridad de California, "el paciente, o representante legal de un menor, tiene el derecho de exigir un proveedor de salud lanzar rayos x original en forma de préstamo a otros proveedores dentro de 15 días de una solicitud por escrito porque el paciente solo tiene la información bien contenida".

Firma: Fecha:

[ ] Paciente [ ] Padre/Madre [ ] Esposo/a [ ] Guardián

***Comunicado De Embarazo***

Esto es para certificar que a lo mejor de mi conocimiento yo,

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **NO ESTOY EMBARAZADA,** y el medico nombrado arriba y sus asociados/empleados tienen permiso para obtener una evaluación de rayos x. Se me ha informado que una placa de rayos x puede ser peligroso para un niño por nacer.

Fecha de la última menstruación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_