

BIENVENIDOS A WALKER CHIROPRACTIC

¡Está a punto de experimentar la atención médica alternativa más popular del mundo! A continuación, se muestra una breve descripción de la quiropráctica y cómo funciona.

La atención quiropráctica es un enfoque natural de la atención médica. El cuerpo es una máquina impulsada por el sistema nervioso. El cerebro es la «computadora» principal que está conectada a la médula espinal. La médula espinal es un «cable» largo que va desde el cerebro hasta el coxis. El cerebro está protegido por el cráneo y la médula espinal está protegida por 24 huesos vertebrales móviles o «vértebras». Los nervios se ramifican de la médula espinal como «cables» más pequeños y pasan por la columna vertebral. Estos nervios controlan las funciones y sensaciones del «dolor», en cada órgano, tejido y sistema de su cuerpo. A veces, los huesos de la espalda pueden salirse de sus posiciones normales y ejercer presión sobre los nervios, lo que causa dolor o un órgano que no funciona correctamente. Esta afección se conoce como «subluxación». Los quiroprácticos son los únicos médicos que están capacitados para localizar y corregir subluxaciones.

En primer lugar, la forma en que el Dr. Walker localiza las subluxaciones es palpando los huesos para ver si se han movido de sus posiciones normales. En segundo lugar, puede tomar una radiografía para ver exactamente cuánto se han movido los huesos. Una vez que se localicen las subluxaciones, el Dr. Walker comenzará a colocar los huesos en sus posiciones normales muy suavemente con las manos. El proceso es indoloro y el resultado es satisfactorio.

Las subluxaciones que no se tratan pueden provocar daños permanentes. En primer lugar, los huesos fuera de lugar hacen que la columna vertebral se mueva incorrectamente. En segundo lugar, los nervios con presión sobre ellos comienzan a deteriorarse. En tercer lugar, los músculos que rodean el área se irritan y comienzan a sufrir espasmos. En cuarto lugar, las células a las que van los nervios comienzan a funcionar incorrectamente. Finalmente, los huesos fuera de lugar se vuelven artríticos, los discos entre los huesos comienzan a degenerarse y las articulaciones no funcionan correctamente. Cuando esto ocurre, puede ocurrir daño permanente a los nervios y la cirugía puede ser la única solución.

¿Cómo se producen las subluxaciones? Las subluxaciones ocurren cuando hay algún tipo de estrés en una persona. El estrés físico, como los accidentes y las caídas, son la causa principal. El estrés mental, como la depresión, también puede causar subluxaciones. Los patrones de sueño irregulares y los movimientos cotidianos también pueden causar subluxaciones.

¿Qué tipo de síntomas tienen las personas con subluxaciones? La mayoría de los pacientes acuden al Dr. Walker por dolor en la espalda baja, hombros, espalda media, cuello, brazos, piernas, manos y pies. Otros incluso pueden quejarse de dolores de cabeza, artritis y bursitis. Otros buscan atención quiropráctica para otras dolencias. Pregúntele al Dr. Walker si puede ayudar con una afección específica. Es importante saber que las subluxaciones no siempre duelen. La mayoría de los pacientes con subluxaciones no tendrán dolor en absoluto. La única manera de estar seguro de que alguien está libre de subluxaciones es mediante un examen.

TRATAMIENTO

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Dirección: _____
Calle C.P. Estado

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de nac.: ____ / ____ / ____ Edad: _____ ¿Está embarazada? Sí No _____ N° de semanas

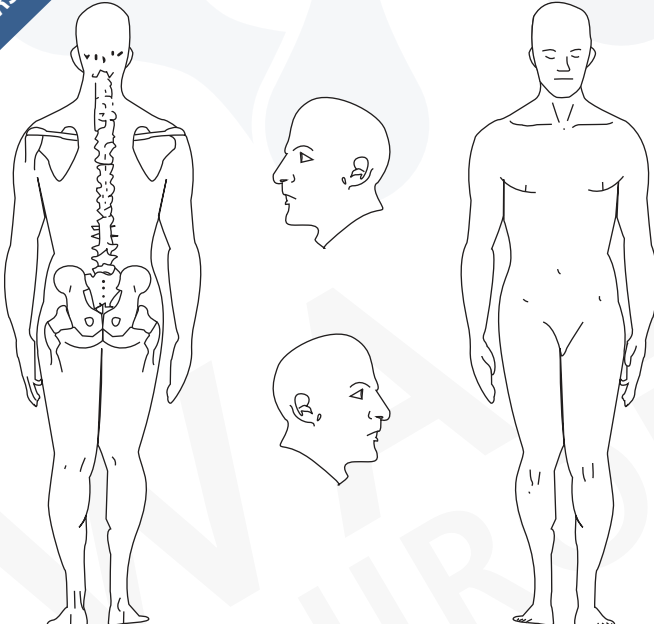
Nombre y dirección del empleador: _____

Profesión: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____

Qué tipo de atención desea: Alivio temporal Corrección duradera La mejor atención posible

INFORMACIÓN PERSONAL

Por favor, encierre en un círculo la ubicación exacta de cualquier dolor que esté experimentando. A continuación, describa el tipo de dolor, p. ej., leve, grave, intermitente, constante



En orden de importancia, haga una lista de las partes del cuerpo que más le molestan:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

En orden de gravedad, enumere las funciones corporales que no puede realizar o que producen dolor al realizarlas, es decir, caminar, sentarse, agacharse, etc.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

¿Cuándo fue la primera vez que se dio cuenta de este problema?

Describa cualquier accidente, caída, lesión, movimiento repentino, etc. eso puede haber causado su problema:

¿Ha tenido problemas de salud o lesiones similares antes? Sí No En caso afirmativo, explique:

Nombre a todos los médicos que ha visto para este problema, y qué diagnóstico y tipo de tratamiento recibió (incluya dónde y cuándo recibió el tratamiento, y los resultados):

Su problema de salud ha: Mejorado Empeorado Permanecido

Describe cualquier cosa que haga que mejore o empeore su afección:

Marque y describa cómo este problema interfiere con su trabajo o vida personal:

- Actividades domésticas afectadas: _____
- Actividades laborales afectadas: _____
- ¿Ha faltado a algún día de trabajo? Sí No En caso afirmativo, fechas faltantes: _____
- Actividades recreacionales afectadas: _____
- Descanso o sueño afectado: _____

**HISTORIA
MÉDICA ANTERIOR**

¿Durante el último año, un médico lo ha tratado por algún problema de salud? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Ha recibido atención quiropráctica? Sí No En caso afirmativo, mencione el nombre del médico, la ubicación de la oficina y para qué problemas: _____

Marque los medicamentos que está tomando: Aspirinas Relajantes musculares Anti-inflamatorios
 Medicamentos para la presión arterial Insulina Anticonceptivos Tranquilizantes Pastillas para adelgazar
 Medicación para los nervios Pastillas para dormir Antidepresivos Otros (por favor, enumere): _____

List the approximate dates of any accidents, operations or serious injuries (including broken bones) you have had: _____

Do you currently have any open cases with an attorney, insurance company, or worker's compensation? Yes No

If you have been in an automobile accident, when? This Year Last Year Past 5 Years Over 5 Years

**HISTORIA
MÉDICA FAMILIAR**

Estado civil: Casado Soltero Viudo Divorciado Separado

Nombres y edades de los niños: _____

Nombre del cónyuge: _____

Empleador del cónyuge: _____ Teléfono de negocios: _____

**RESPONSABILIDAD
FINANCIERA**

¿Quién es responsable de sus deudas? Yo Cónyuge Empleador Seguro
 Otros: _____

Tipo de seguro: Comp. laboral Salud Automotriz

Nombre y dirección de la compañía de seguros: _____

Si usted es responsable de sus honorarios de atención médica, el pago se realizará de la siguiente manera:

Efectivo Cheque Tarjeta de crédito

Sus honorarios son exigibles y pagaderos en el momento en que se reciben los exámenes, las radiografías y los tratamientos, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado. Las radiografías siguen siendo propiedad de esta clínica y se pueden formatear en un disco por una tarifa de \$25.

Yo, el abajo firmante, por la presente doy permiso para el tratamiento.

Firma del paciente _____ Numero de Seguridad Social _____ Fecha: ____ / ____ / ____

ACTIVIDADES COTIDIANAS

Identifique cómo su afección actual está afectando su capacidad para realizar actividades que forman parte de su vida de forma rutinaria:

ACTIVIDADES:		EFECTO:		
<input type="checkbox"/> Llevar la compra	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
<input type="checkbox"/> Ponerse de pie	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
<input type="checkbox"/> Subir escaleras	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
<input type="checkbox"/> Cuidado de mascotas	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
<input type="checkbox"/> Uso prolongado de la computadora	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
<input type="checkbox"/> Levantar niños	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
<input type="checkbox"/> Leer/Concentrarse	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
<input type="checkbox"/> Ducharse	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
<input type="checkbox"/> Afeitarse	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
<input type="checkbox"/> Dormir	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
<input type="checkbox"/> Actividades sexuales	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
<input type="checkbox"/> Sentarse por mucho tiempo	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
<input type="checkbox"/> Estar de pie estático	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
<input type="checkbox"/> Caminar	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
<input type="checkbox"/> Barrer/Aspirar Lavar platos	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
<input type="checkbox"/> Lavandería	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
<input type="checkbox"/> Trabajo en el patio	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
<input type="checkbox"/> Sacar la Basura	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
<input type="checkbox"/> Vestirse	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
<input type="checkbox"/> Conducir	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
<input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar

Enumere los medicamentos con y sin receta que toma:

Firma del paciente: _____

Fecha: ___/___/___

REVISIÓN DE SISTEMAS

Por favor marque **P** para en el Pasado, **C** para Actualmente, o **N** para Nunca

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Problema de sinusitis/drenaje | <input type="checkbox"/> Problemas digestivos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Articulaciones inflamadas/dolorosas | <input type="checkbox"/> Problemas de colon |
| <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula, TMJ | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel | <input type="checkbox"/> Diarrea/estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> Dolor de hombro | <input type="checkbox"/> TDA/TDAH | <input type="checkbox"/> Problema menopáusico |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda superior | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> PMS |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda media | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Mojar la cama |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja | <input type="checkbox"/> Pérdida de equilibrio | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cadera | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos |
| <input type="checkbox"/> Curvatura de la espalda | <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B, C) |
| <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo en brazos, manos y dedos | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos | <input type="checkbox"/> Acidez estomacal |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo en piernas, pies y dedos de los pies | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Embarazada (ahora) | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Resfriados/gripe frecuentes | <input type="checkbox"/> Irritable | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia | <input type="checkbox"/> Cambios de humor | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Temblores | <input type="checkbox"/> Trastorno de la alimentación | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Dolor al toser/estornudar | <input type="checkbox"/> Problemas de próstata | <input type="checkbox"/> Problemas renales |
| <input type="checkbox"/> Problemas en los pies o las rodillas | <input type="checkbox"/> Impotencia/Disfunción sexual. | <input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula biliar |

ESCALA ANALÓGICA VISUAL CUÁDRUPLE

Nombre del paciente _____

Fecha _____

Por favor, lea atentamente:

Instrucción: Por favor, encierre en un círculo el número que mejor describa la pregunta que se hace.

Nota: Si tiene más de una queja, responda cada pregunta para cada queja individual e indique la puntuación de cada queja. Indique su nivel de dolor en este momento, el dolor promedio y el dolor en su mejor y peor momento.

Ejemplo:



1 – ¿Cómo es su dolor en este momento?



2 – ¿Cómo es su dolor típico o promedio?



3 – ¿Cómo es su nivel de dolor EN SU MEJOR MOMENTO (qué tan cerca de «0» se encuentra su dolor en su mejor momento)?



4 – ¿Cómo es su nivel de dolor EN SU PEOR MOMENTO (qué tan cerca de «10» se acerca su dolor en su peor momento)?



OTROS COMENTARIOS:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON RESPECTO a: Ajustes quiroprácticos, modalidades y procedimientos terapéuticos:

Me han aconsejado que la atención quiropráctica, como todas las formas de atención médica, conlleva ciertos riesgos. Si bien el riesgo suele ser mínimo, en casos raros, las complicaciones como las lesiones por esguince/distensión, la irritación de una afección discal y, aunque son raras, las fracturas menores y el posible accidente cerebrovascular, que ocurre a una tasa de entre un caso por millón y uno por dos millones, se han asociado con los ajustes quiroprácticos.

Los objetivos del tratamiento, así como los riesgos asociados con los ajustes quiroprácticos y todos los demás procedimientos proporcionados en Walker Chiropractic, me han sido explicados a mi satisfacción y le he transmitido mi comprensión de ambos al médico. Después de una cuidadosa consideración, por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento por cualquier medio, método o técnica que el médico considere necesario para tratar mi afección en cualquier momento durante todo el curso clínico de mi atención.

Firma del paciente o de la persona autorizada

____/____/____
Fecha



Iniciales de los testigos

CON RESPECTO a: Radiografías/Estudios por imágenes

SOLO MUJERES → *Por favor, lea atentamente y marque las casillas, incluya la fecha apropiada, luego firme a continuación si lo entiende y no tiene más preguntas, de lo contrario, consulte a nuestra recepcionista para obtener más explicaciones.*

El primer día de mi último ciclo menstrual fue el ____-____-____ (Fecha)

Se me ha proporcionado una explicación completa de cuándo es más probable que quede embarazada y, según mi leal saber y entender, no estoy embarazada.

Con mi firma a continuación, reconozco que el médico o un miembro del personal han discutido conmigo los efectos peligrosos de la ionización para un feto, y he transmitido mi comprensión de los riesgos asociados con la exposición a los rayos X. Por lo tanto, después de una cuidadosa consideración, por la presente doy mi consentimiento para que se me realice el examen de rayos X de diagnóstico que el médico haya considerado necesario en mi caso.

Firma del paciente o de la persona autorizada

____/____/____
Fecha



Iniciales de los testigos

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

Esta Práctica se compromete a mantener la privacidad de su información de salud protegida («PHI»), que incluye información sobre su estado de salud y la atención y el tratamiento que recibe de la Práctica. La creación de un registro que detalla la atención y los servicios que recibe ayuda a esta oficina a brindarle atención médica de calidad. El Aviso detalla cómo se puede usar y divulgar su PHI a terceros. Este Aviso también detalla sus derechos con respecto a su PHI.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

1. 1. La Práctica puede usar o divulgar su PHI para los fines de:

(a) **Tratamiento** – Con el fin de proporcionarle la atención médica que necesita, la Práctica proporcionará su PHI a los profesionales de la salud, ya sea en la Práctica o no, directamente involucrados en su atención para que puedan comprender su condición de salud y sus necesidades. Por ejemplo, es posible que un médico que lo atienda por dolor lumbar necesite conocer los resultados de su examen más reciente en este consultorio.

(b) **Pago** – Para que se le pague por los servicios que se le brindan, la Práctica proporcionará su PHI, directamente o a través de un servicio de facturación, a los pagadores externos apropiados, de conformidad con sus requisitos de facturación y pago. Por ejemplo, es posible que la Práctica deba proporcionar al programa Medicare información sobre los servicios de atención médica que recibió de la Práctica para que esta pueda ser reembolsada adecuadamente. Es posible que la Práctica también deba informarle a su plan de seguro sobre el tratamiento que recibirá para que pueda determinar si cubrirá o no los gastos del tratamiento.

(c) **Operaciones de cuidado de la salud** – Para que la Práctica funcione de acuerdo con la ley aplicable y los requisitos de seguro y para que la Práctica continúe brindando atención de calidad y eficiente, puede ser necesario que la Práctica recopile, use o divulgue su PHI. Por ejemplo, la Práctica puede usar su PHI para evaluar el desempeño del personal de la Práctica en la prestación de atención a usted.

2. 2. La Práctica también puede usar o divulgar su PHI en los siguientes casos:

(a) **Información no identificada** – Información que no lo identifica y que, incluso sin su nombre, no se puede utilizar para identificarlo.

(b) **Asociado de negocios** – A un asociado de negocios si la Práctica obtiene una garantía escrita satisfactoria, de acuerdo con la ley aplicable, de que el asociado de negocios protegerá adecuadamente su PHI. Un asociado de negocios es una entidad que ayuda a la Práctica a realizar algunas funciones esenciales, como una compañía de facturación que ayuda a la oficina a presentar reclamos de pago a compañías de seguros u otros pagadores.

- (c) **Representante personal** – A una persona que, según la ley aplicable, tiene la autoridad para representarlo en la toma de decisiones relacionadas con su atención médica.
- (d) **Situaciones de emergencia** –
- (i) con el propósito de obtener o brindarle tratamiento de emergencia, siempre que la Práctica intente obtener su reconocimiento de nuestro Aviso de Privacidad lo antes posible; o
 - (ii) a una entidad pública o privada autorizada por la ley o por sus estatutos para ayudar en los esfuerzos de socorro en casos de desastre, con el fin de coordinar su atención con dichas entidades en una situación de emergencia.
- (e) **Barreras de comunicación** – Sí, debido a importantes barreras de comunicación o incapacidad para comunicarse, la Práctica no ha podido obtener su reconocimiento de nuestro Aviso de Privacidad y la Práctica determina, en el ejercicio de su juicio profesional, que su consentimiento para recibir tratamiento se infiere claramente de las circunstancias.
- (f) **Actividades de Salud Pública** – Tales actividades incluyen, por ejemplo, información recopilada por una autoridad de Salud Pública, según lo autorizado por la ley, para prevenir o controlar enfermedades.
- (g) **Abuso, negligencia o violencia doméstica** – A una autoridad gubernamental si la ley exige que la Práctica haga dicha divulgación. Si la ley autoriza a la Práctica a hacer tal divulgación, lo hará si cree que la divulgación es necesaria para prevenir daños graves.
- (h) **Actividades de supervisión de la salud** – Dichas actividades, que deben ser exigidas por la ley, involucran a agencias gubernamentales y pueden incluir, por ejemplo, investigaciones penales, acciones disciplinarias o actividades de supervisión general relacionadas con el sistema de atención médica de la comunidad.
- (i) **Procedimiento judicial y administrativo** – Por ejemplo, es posible que se requiera que la Práctica divulgue su PHI en respuesta a una orden judicial o una citación emitida legalmente.
- (j) **Fines de aplicación de la ley** – En ciertos casos, es posible que su PHI deba divulgarse a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley. Por ejemplo, su PHI puede ser objeto de una citación de un gran jurado. O, la Práctica puede divulgar su PHI si la Práctica cree que su muerte fue el resultado de una conducta delictiva.
- (k) **Médico forense o examinador médico** – La Práctica puede divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico con el fin de identificarlo o determinar la causa de su muerte.
- (l) **Donación de órganos, ojos o tejidos** – Si usted es un donante de órganos, la Práctica puede divulgar su PHI a la entidad a la que ha acordado donar sus órganos.
- (m) **Investigación** – Si la Práctica está involucrada en actividades de investigación, su PHI puede ser utilizada, pero dicho uso está sujeto a numerosos requisitos gubernamentales destinados a proteger la privacidad de su PHI.
- (n) **Evitar una amenaza para la salud o la seguridad** – La Práctica puede divulgar su PHI si cree que dicha divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público y la divulgación es a una persona que es razonablemente capaz de prevenir o disminuir la amenaza.

(o) **Funciones gubernamentales especializadas** – Esto se refiere a divulgaciones de PHI que se relacionan principalmente con actividades militares y de veteranos.

(p) **Compensación laboral** – Si está involucrado en un reclamo de Compensación laboral, es posible que se requiera que la Práctica divulgue su PHI a una persona o entidad que sea parte del sistema de Compensación laboral.

(q) **Actividades de seguridad nacional e inteligencia** – La Práctica puede divulgar su PHI para proporcionar a los funcionarios gubernamentales autorizados la información de inteligencia necesaria para las actividades de seguridad nacional y los fines autorizados por la ley.

(r) **Militares y veteranos** – Si usted es miembro de las fuerzas armadas, la Práctica puede divulgar su PHI según lo exijan las autoridades de mando militar.

RECORDATORIO DE CITA

La Práctica puede, de vez en cuando, contactarlo para brindarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Los siguientes recordatorios de citas son utilizados por la Práctica: a) una postal enviada por correo a la dirección proporcionada por usted; y b) llamar a su casa y dejar un mensaje en su contestador automático o con la persona que contesta el teléfono.

DIRECTORIO/REGISTRO DE INICIO DE SESIÓN

La Práctica mantiene un directorio y un registro de inicio de sesión para las personas que buscan atención y tratamiento en la oficina. El directorio y el registro de inicio de sesión se encuentran en una posición en la que el personal puede ver fácilmente quién está buscando atención en la oficina, así como la ubicación de la persona dentro del conjunto de oficinas de la Práctica. Esta información puede ser vista y accesible para otras personas que buscan atención o servicios en las oficinas de la Práctica.

FAMILY/FRIENDS

La Práctica puede divulgar a su familiar, otro pariente, un amigo personal cercano o cualquier otra persona identificada por usted, su PHI directamente relevante para la participación de dicha persona en su atención o el pago de su atención. La Práctica también puede usar o divulgar su PHI para notificar o ayudar en la notificación (incluida la identificación o localización) de un miembro de la familia, un representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, condición general o muerte. Sin embargo, en ambos casos, se aplicarán las siguientes condiciones:

(a) Si usted está presente en o antes del uso o divulgación de su PHI, la Práctica puede usar o divulgar su PHI si usted está de acuerdo, o si la Práctica puede inferir razonablemente de las circunstancias, basándose en el ejercicio de su juicio profesional, que usted no se opone al uso o divulgación.

(b) Si no está presente, la Práctica, en el ejercicio de su criterio profesional, determinará si el uso o la divulgación es lo mejor para usted y, de ser así, divulgará solo la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención.

AUTORIZACIÓN

Los usos o divulgaciones, que no sean los descritos anteriormente, se realizarán solo con su autorización por escrito.

SUS DERECHOS

1. *Usted tiene derecho a:*

(a) Revocar cualquier Autorización, por escrito, en cualquier momento. Para solicitar una revocación, debe enviar una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de la Práctica.

(b) Solicitar restricciones sobre cierto uso o divulgación de su PHI según lo dispuesto por la ley. Sin embargo, la Práctica no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas. Para solicitar restricciones, debe enviar una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de la Práctica. En su solicitud por escrito, debe informar a la Práctica qué información desea limitar, si desea limitar el uso o la divulgación de la Práctica, o ambos, y a quién desea que se apliquen los límites. Si la Práctica acepta su solicitud, la Práctica cumplirá con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.

(c) Recibir comunicaciones confidenciales o PHI por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de la Práctica. La Práctica se adaptará a todas las solicitudes razonables.

(d) Inspeccionar y copiar su PHI según lo dispuesto por la ley. Para inspeccionar y copiar su PHI, debe enviar una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de la Práctica. La Práctica puede cobrarle una tarifa por el costo de copiar, enviar por correo u otros suministros asociados con su solicitud. En ciertas situaciones definidas por la ley, la Práctica puede denegar su solicitud, pero usted tendrá derecho a que se revise la denegación como se establece con más detalle en el aviso de denegación por escrito.

(e) Enmendar su PHI según lo dispuesto por la ley. Para solicitar una enmienda, debe enviar una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de la Práctica. Debe proporcionar una razón que respalde su solicitud. La Práctica puede denegar su solicitud si no es por escrito, si no proporciona un motivo que respalde su solicitud, si la información que se va a modificar no fue creada por la Práctica (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible), si la información no es parte de su PHI mantenida por la Práctica, si la información no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar, o si la información es precisa y completa. Si no está de acuerdo con la denegación de la Práctica, usted tendrá derecho a presentar una declaración de desacuerdo por escrito.

(f) Recibir un informe de las divulgaciones de su PHI según lo dispuesto por la ley. Para solicitar una contabilidad, debe enviar una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de la Práctica. La solicitud debe indicar un período de tiempo que no puede ser mayor de seis (6) años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (copia impresa o electrónica). La primera lista que solicite dentro de un período de doce (12) meses será gratuita, pero la Práctica puede cobrarle el costo de proporcionar listas adicionales. La Práctica le notificará de los costos involucrados y usted puede decidir retirar o modificar su solicitud antes de que se incurra en cualquier costo.

(g) Recibir una copia impresa de este Aviso de Privacidad de la Práctica, previa solicitud al Oficial de Privacidad de la Práctica.

(h) Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, presente una queja al Consultorio o al Secretario del HHS. Para presentar una queja ante la Práctica, debe comunicarse con el Oficial de Privacidad de la Práctica. Todas las quejas deben ser por escrito.

(i) Para obtener más información o para que se respondan sus preguntas sobre sus derechos, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad de la Práctica.

REQUISITOS DE LA PRÁCTICA

1. La Práctica:

(a) Según la ley federal, debe mantener la privacidad de su PHI y proporcionar este Aviso de Privacidad que detalla los deberes legales y las prácticas de privacidad de la Práctica con respecto a su PHI.

(b) Según la ley federal, debe mantener un mayor nivel de confidencialidad con respecto a ciertas partes de su información médica que se proporciona en virtud de la ley federal. En particular, se requiere que la Práctica cumpla con los estatutos estatales:

(c) Está obligada a cumplir con los términos de este Aviso de Privacidad.

(d) Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso de Privacidad y de hacer que las nuevas disposiciones entren en vigencia para toda su PHI que mantengamos.

(e) Le distribuiremos cualquier Aviso de Privacidad revisado antes de su implementación.

(f) No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

FECHA ___/___/___

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR

Este Aviso está en vigor a partir de hoy.

Al firmar a continuación, reconozco que he revisado el Aviso de Privacidad de Walker Chiropractic, LLC y que todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción en un lenguaje que puedo entender.

Nombre del interesado (Impreso)

Firma del interesado

Firma del representante legal (por ejemplo, apoderado, tutor, padre si es menor de edad)

Relación

Fecha de firma

Testigo

Si desea una copia del Aviso de Privacidad de Walker Chiropractic, LLC, marque a continuación.

Me gustaría tener una copia del Aviso de Privacidad de Walker Chiropractic, LLC para mis registros.

Para uso de la oficina a continuación

He proporcionado una copia del Aviso de Privacidad de Walker Chiropractic, LLC al paciente mencionado anteriormente.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Nombre del paciente

Numero de seguridad social:

____/____/____

Fecha de nacimiento

Dirección de correo electrónico:

Yo, _____, por la presente autorizo y solicito divulgar mi información de salud (PHI) a:

Walker Chiropractic
Dirección: 104 Woodland Rd
Augusta, GA 30907
Teléfono: 706-504-3511 Fax: 706-755-2978

Además de la autorización para divulgar mi PHI descrita anteriormente en esta Autorización, reconozco que tengo el derecho de autorizar el acceso y la divulgación de mi Información de Salud Protegida (PHI) a cualquier persona de mi elección para facturación, afección, tratamiento y pronóstico a las siguientes personas:

Nombre

Relación

Nombre

Relación

Nombre

Relación

Entiendo que tengo derecho a una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Walker Chiropractic. Puedo acceder a una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad desde el sitio web www.augustachiro.com o directamente desde la oficina.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad ya haya actuado en base a mi autorización o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y la aseguradora tiene el derecho legal de impugnar un reclamo. A menos que se revoque, esta autorización estará vigente y en vigor un año a partir de la fecha de hoy en que caduque esta autorización.

Firma del paciente

Fecha