ALL STAR HEALTH
SPINE & JOINT CARE

Acerca de ti

Primer nombre:_____ Sobvenombre: _____ Apellido:_____
[ ] Masculino [ ] Femenino SS#:_____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Años: _____
Origen Étnico: _____ Idioma preferido:_____ Email:_____
Domicilio:_____ Apto:_____
Ciudad:_____ Estado: _____ Codigo Postal:_____
Tel. Casa#: _____ Célula#: _____ Semana#: _____ Ext#:_____
Empleador: _____ Ocupación: _____
Estado civil S M D W # de niños: _____ Nombre del cónyuge: _____
(si es menor) Padre o tutor: _____
En caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar? Nombre: _____ Teléfono #: _____
Nombre de su médico de cabecera: _____ Teléfono #: _____
Próxima cita con su médico: _____/_____/_____ (si corresponde)
¿Podemos contactar a su médico de familia si es necesario? [ ] Si [ ] No
A quién podemos agradecer por referirte a nuestra oficina: _____

Información del seguro

Haremos una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro. Sin embargo por favor complete la siguiente información
¿Es usted el titular de la póliza? **[ ] Si [ ] No** En caso afirmativo, pase a la siguiente sección, complete esta sección.
Nombre del seguro: _____ Número de teléfono del seguro #: _____
Nombre del titular de la póliza: _____ID de política #:_____
el cumpleaños: _____/_____/_____ [ ] Macho [ ] Femenino
Número de seguro social del titular de la póliza SS #: _____
Domicilio:_____
Empleador:_____
Tiene una cobertura de seguro secundaria [ ] Si [ ] No En caso afirmativo, complete esta sección.
Nombre del seguro: _____ Número de teléfono del seguro #: _____
Nombre del titular de la póliza: _____ID de política #:_____
el cumpleaños: _____/_____/_____ [ ] Mascolino [ ] Femenino
Número de seguro social del titular de la póliza SS #: _____
Domicilio:_____
Empleador:_____
Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de $50 por cancelaciones con menos de 24 horas de anticipación. Iniciales:___

Asignación y Liberación

*** Entiendo y acepto que las pólizas de seguro médico y de accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Además, entiendo que esta oficina preparará todos los informes y formularios necesarios para ayudarme a cobrar a la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada para pagarse directamente a la oficina de este médico se acreditará en mi cuenta al recibirla.**
*** Como cortesía para usted, verificaremos sus beneficios de atención médica para esta oficina. Luego será responsable de los copagos y deducibles.**
*** Su seguro de salud es un contrato entre usted y la compañía de seguros. En el caso "raro" de que su compañía de seguros sea de "mala fe" y después de que nuestra oficina haya hecho todo lo posible para que se paguen todos los reclamos, haremos que usted, el paciente, sea responsable de comunicarse con su compañía de seguros para que se paguen los reclamos. .**
*** Si su compañía de seguros no ha pagado dentro de los 120 días posteriores a la facturación, usted será responsable de pagar el saldo adeudado.**
*** Si los esfuerzos de cobro son necesarios para hacer cumplir los términos de pago, el paciente acepta pagar todos los costos de cobro, los honorarios de abogados y otros costos asociados con el cobro de este saldo.**
*** Por la presente autorizo y liberó al médico y sus asistentes, para administrar tratamiento, examen físico, estudios de rayos x, atención quiropráctica, terapia física o cualquier**
servicios de clínica que considere necesarios en mi caso; Además, lo autorizó a divulgar todo o parte de mi registro de paciente a cualquier persona o corporación que sea o pueda ser responsable bajo un contrato con esta oficina o con el paciente o un miembro de la familia o el empleador del paciente de forma total o parcial. del cargo de la clínica, incluidos, entre otros, compañías hospitalarias o de servicios médicos, compañías de compensación para trabajadores, fondos de asistencia social o el empleador del paciente.

Firma: _____ **Fecha:** _____/_____/_____

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

ALL STAR HEALTH
SPINE & JOINT CARE

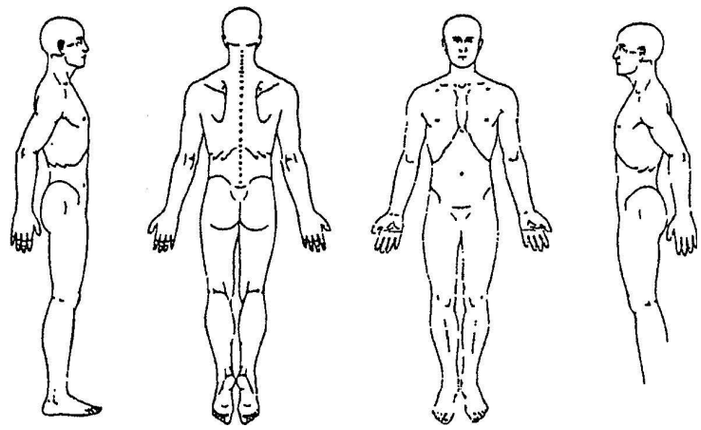
NOMBRE _____ FECHA_____/_____/_____

En el espacio a continuación, describa su principal queja. Si tiene una queja adicional, descríbala en la página 2

1. Por favor describa su problema:_____

_____

a. Descripción	b. Frecuencia
☐ Dolor Agudo	☐ Constante (76-100%)
☐ Dolor Sordo	☐ Frecuente (51-75%)
☐ Dolor	☐ Ocasional (26-50%)
☐ Débil	☐ Intermedic (1-25%)
☐ Palpitante	
☐ Adormecido	
☐ Punzante	
☐ Dolor Agobiante	
☐ Incendio	
☐ Hormigueo	



MARQUE EN LA IMAGEN DONDE TENGA DOLOR U OTROS SÍNTOMAS.

c. **Indique la intensidad de su dolor en su nivel más bajo y más alto**
Sin dolor [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **Dolor inaguantable**

d. **Tus síntomas** ☐ decreciente ☐ creciente ☐ No Cambia

e. **Los síntomas son peores en el** ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche ☐ Aumenta durante el día ☐ lo mismo todo el dia

2. Fecha de inicio del problema: _____ Describa cómo comenzó su problema:_____

_____

3. Alguna vez ha sido tratado por este episodio? ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, por quién? ☐ Quiropráctico ☐ MD ☐ Osteópata ☐ Fisioterapeuta ☐ Terapeuta ocupacional ☐ Otro
Está siendo visto actualmente? ☐ Si ☐ No
Cuándo y qué tratamiento? ____/____/____

_____

4. **En el pasado, ¿alguna vez ha sido tratado por el mismo problema o uno similar?** ☐ Si ☐ No
Si es afirmativo, a quién viste en ese episodio? ☐ Quiropráctico ☐ MD ☐ Osteópata ☐ Fisioterapeuta ☐ Terapeuta ocupacional ☐ Otro _____
Cuándo y qué tratamiento recibió?

_____

5. ¿Qué hace que tu problema sea mejor? ☐ Nada ☐ Acostada ☐ Caminando ☐ De pie ☐ Sesión ☐ Movimiento/Ejercicio ☐ Inactividad
6. ¿Qué empeora su problema? ☐ Nada ☐ Acostarse ☐ Caminar ☐ De pie ☐ Sentarse ☐ Movimiento/Ejercicio ☐ Inactividad
7. ¿Cómo calificaría su nivel general de estrés? ☐ Poco o ningún estrés ☐ Estrés mínimo ☐ Estrés moderado ☐ muy estresado
8. Actividad física general: ☐ Sin programa regular de ejercicio ☐ Programa de ejercicios ligeros ☐ Programa de ejercicio moderado ☐ Programa de ejercicios extenuantes
9. ¿Sus quejas están afectando su capacidad para estar activo?
☐ Sin efecto
☐ Necesita asistencia limitada con las tareas cotidianas comunes.
☐ Tener una incapacidad significativa para funcionar sin ayuda.
☐ Algunas restricciones físicas (capaz de realizar trabajos livianos y tareas domésticas).
☐ Necesita ayuda a menudo.
☐ Estoy totalmente discapacitado (discapacitado).
☐ No puede cuidar de sí mismo
10. Actividad física en el trabajo:
☐ Sentado más del 50% de la jornada laboral ☐ Trabajo manual ligero ☐ Labor manual ☐ trabajo manual pesado ☐ Movimiento repetido
11. Ocupación: _____ ☐ MC ☐ TC Ha cambiado su situación laboral debido a esta queja? ☐ Si ☐ No
12. ¿Cuál es su estado laboral actual?
[1] Jornada completa, sin restricciones.
[2] Jornada completa, sin restricciones.
[3] Jornada parcial, con restricciones.
[4] Fuera del trabajo debido a las restricciones.
[5] Jornada parcial, sin restricciones.
[6] Ama de casa a tiempo completo.
[7] Desempleados.
[8] Jubilado.
[9] Estudiante a tiempo completo.
[10] Otro: _____

Continúe en la página 2

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

ALL STAR HEALTH
SPINE & JOINT CARE

HISTORIA MÉDICA - REVISIÓN DE SÍNTOMAS
MARQUE LOS SÍNTOMAS/CONDICIONES QUE TIENE ACTUALMENTE O HA TENIDO EN EL PASADO

CONSTITUCIONAL
◯ PÉRDIDA DE APETITO ◯ FIEBRE ◯ NÁUSEAS ◯ ESCALOFRÍOS
◯ PESO ◯ SUDORES NOCTURNOS ◯ FATIGA ◯ VÓMITOS

CARDIOVASCULAR
◯ HIPERTENSIÓN ◯ ATAQUE AL CORAZÓN ◯ COLESTEROL ALTO
◯ LATIDO CARDÍACO RÁPIDO ◯ DOLOR DE PECHO ◯ MARCAPASOS
◯ CLAUDICACIÓN ◯ SOPLO CARDÍACO ◯ TAQUICARDIA

RESPIRATORIO
◯ ASMA ◯ APNEA DEL SUEÑO ◯ TOS
◯ DIFICULTAD PARA RESPIRAR ◯ ENFISEMA
◯ **RONQUIDO**

GENTOURINARIO
◯ CÁLCULOS RENALES ◯ DOLOR AL ORINAR
◯ MICCIÓN FRECUENTE ◯ INFECCIÓN DEL TRACTO UNINARIO
◯ INFECCIÓN DE VEJIGA ◯ PÉRDIDA DEL CONTROL DE LA VEJIGA
◯ TRASTORNOS RENALES

PIEL
◯ SARPULLIDO ◯ DOLOR EN LOS SENOS
◯ ECZEMA ◯ ACNÉ ◯ PSORIASIS

PSIQUIÁTRICO
◯ ANSIEDAD ◯ ATAQUE DE PÁNICO ◯ DEPRESIÓN ◯ ADICCIÓN

ALÉRGICO INMUNOLÓGICO
◯ ALERGIAS ◯ SECRECION NASAL
◯ COMEZÓN EN LOS OJOS ◯ ESTORNUDOS

OJOS
◯ PERTURBACIONES DE LA VISULA ◯ DISTURBIO VISUAL
◯ CONTACTOS ◯ CATARATAS ◯ LENTES ◯ GLAUCOMA

OREJAS/NARIZ/BOCA/GARGANTA
◯ TINNITUS ◯ SINUSITIS CRÓNICA
◯ INFECCIONES DE OÍDO RECURRENTES
◯ PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN ◯ DOLOR DE MANDÍBULA

GASTROINTESTINALES
◯ ÚLCERA ◯ ESTREÑIMIENTO ◯ VESÍCULA BILIAR
◯ REFLUJO ◯ ACIDEZ ◯ PROBLEMAS HEPÁTICOS
◯ DIFICULTAD PARA TRAGAR ◯ HERNIA HIATAL
◯ DOLOR ABDOMINAL ◯ DIARREA

MUSCULOESQUELÉTICO
◯ ARTRITIS ◯ DOLOR DE CUELLO
◯ DOLOR EN LAS ARTICULACIONES ◯ DOLOR DE MUÑECA ◯ GOTA
◯ BURSITIS ◯ ARTRITIS REUMATOIDE ◯ DOLOR DE ESPALDA
◯ FIBROMIALGIA ◯ DOLOR DE PIE ◯ RIGIDEZ ◯ TENDINITIS
◯ DOLOR MUSCULAR ◯ DOLOR DE HOMBRO ◯ DOLOR DE RODILLA
◯ DOLOR EN EL BRAZO ◯ DEBILIDAD ◯ TÚNEL CARPAL

NEUROLÓGICO
◯ EPILEPSIA ◯ CONFUSIÓN ◯ PÉRDIDA DEL EQUILIBRIO
◯ DIFICULTAD CAMBIO EN LA ESCRITURA ◯ MAREO ◯ VÉRTIGO
◯ ENTUMECIMIENTO ◯ CONVULSIONES ◯ DOLOR DE CABEZA
◯ HABLA ARRASTRADA ◯ SÍNCOPE ◯ TEMBLOR MUSCULAR

ENDOCRINO
◯ SED EXCESIVA\ ◯ AUMENTO DE PESO ANORMAL
◯ PROBLEMAS TIROIDEOS ◯ MICCIÓN FRECUENTE
◯ PÉRDIDA DE PESO ANORMAL ◯ DIABETES

HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO
◯ DESORDEN SANGUÍNEO ◯ CÁNCER ◯ VIH SIDA ◯TUMOR

SÓLO MUJERES
◯ ACTUALMENTE EMBARAZADA ◯ ENDOMETRIOSIS
◯ SÍNDROME PREMENSTRUAL ◯ ESTERILIDAD
◯ ABORTO ESPONTÁNEO ◯ REEMPLAZO DE HORMONAS
◯ FLUJO MENSTRUAL IRREGULAR ◯ FLUJO MENSTRUAL PROFUSO
◯ LIGADURA DE TROMPAS ◯ MENOPAUSIA

SOLO HOMBRES
◯ DISFUNCIÓN ERÉCTIL ◯ ESTERILIDAD
◯ PROBLEMAS DE PRÓSTATA ◯ VASECTOMIA

ALERGIAS
◯ NINGUNA ◯ MEDICAMENTO ◯ ESTACIONAL ◯ ALIMENTO ◯ ANIMALES

HISTORIA FAMILIAR
◯ CÁNCER ◯ ARTRITIS REUMATOIDE ◯ DIABETES
◯ PROBLEMAS DEL CORAZÓN ◯ PROBLEMAS DE LOS PULMONES
◯ CARRERA ◯ DESCONOCIDO ◯ EPILEPSIA
◯ PROBLEMAS CRÓNICOS DE ESPALDA ◯ DOLOR DE CABEZA CRÓNICO
◯ LUPUS ◯ ALTA PRESIÓN SANGUÍNEA ◯ TAQUICARDIA
◯ _____

MEDICAMENTOS ◯ NINGUNA

1.
2.
3.
4.
5.

HOSPITALIZACIONES/FRACTURAS ◯ NINGUNA

1.
2.
3.
4.
5.

CIRUGÍAS
◯ TONNEAU ADENOIDES ◯ APÉNDICE ◯ VESÍCULA BILIAR ◯ NINGUNA
◯ CORAZÓN ◯ CESÁREA ◯ HISTERECTOMÍA ◯ CUELLO ◯ ESPALDA BAJA

HÁBITOS OCIALES
◯ FUMAR ◯ BEBER ALCOHOL ◯ CAFEÍNA ◯ NIÑOS
◯ DEPENDENCIA DE DROGAS ◯ PACKS DÍA ◯ SEMANA DE LAS BEBIDAS
◯ DÍA DE LAS TAZAS ◯ OTRO

EDUCACIÓN (NIVEL MÁS ALTO COMPLETADO)
◯ NINGUNO ◯ ELEMENTAL ◯ JR. SECUNDARIA ◯ SECUNDARIA
◯ UNIVERSIDAD

DIETA (MARCAR ALIMENTOS DE CONSUMO FRECUENTE)
◯ PAN DE MOLDE ◯ PASTA ◯ CEREL ◯ FRUTAS ◯ ESTALLIDO
◯ CAFÉ ◯ AGUA ◯ VERDURAS

VITAMINAS/SUPLEMENTOS ◯ NINGUNA
◯ MULTIVITAMINA ◯ CALCIO/MAGNESIO ◯ ÁCIDOS GRASOS ESENCIALES
◯ NINGUNA ◯ ARRULLO 10 ◯ ENZIMAS PROTEOLÍTICAS ◯ OTRO _____

SUEÑO (PROMEDIO DE HORAS AL DÍA) **4 5 6 7 8 9 10 11 12 13**
(POSICIÓN) ◯ LADO ◯ ESPALDA ◯ ESTÓMAGO

FECHA: _____
ALTURA: _____
PESO: _____
INFORMACIÓN ADICIONAL - PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE _____

INFORMACIÓN ADICIONAL - MÉDICO

FIRMA DEL MÉDICO _____

Cuestionario de alergia - Preguntas de admisión

Para ser llenado por el paciente

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Revisado por _____ Fecha _____

Las reacciones alérgicas pueden causar inflamación, lo que puede provocar dolores articulares y musculares. Los dolores corporales crónicos pueden ser un signo de una reacción del sistema inmunitario, como la artritis, pero también pueden ser un signo de alergias. La tos o los estornudos repetidos como resultado de sus alergias también pueden causar dolor.

1. Experimenta alguno de estos síntomas más de dos veces al año: tos, resfriado, congestión, dificultad para respirar, dolores de cabeza, sibilancias, secreción nasal, dolor de garganta, picazón/irritación en los ojos, dolor en los senos paranasales, dolor de oído, fatiga inexplicable, irritación de la piel, ronquidos? **[ ] Si [ ] No**
2. Alguna vez le han diagnosticado asma o bronquitis? **[ ] Si [ ] No**
3. Experimenta síntomas de alergias? **[ ] Si [ ] No**
4. Con respecto a las posibles alergias a los alimentos, experimenta alguno de los siguientes: (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Hinchazón después de comer
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Dolor de estómago
- ☐ Náuseas
- ☐ Hormigueo en la boca o cualquier otra sensación inusual
- ☐ Diarrea
- ☐ Molestia Estomacal
- ☐ Indigestión
- ☐ vómitos

ALL STAR HEALTH
SPINE & JOINT CARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO

Por la presente solicito y doy mi consentimiento para la realización de tratamientos quiropráctico (también conocidos como ajustes quiropráctico o tratamientos manipulativos quiropráctico) y cualquier otro procedimiento asociado, exámenes físicos, pruebas, fisioterapia, medicina física, fisioterapia, tratamiento médico, inyecciones, uso de medicamentos recetados , interpretación de laboratorios, etc. por parte del doctor en quiropráctica, doctor en medicina, asistente médico, enfermera practicante y/u otros asistentes y/o practicante autorizado empleado por All Star Health LLC.

Soy consciente de que en la realización de cualquier procedimiento puede haber riesgos, incluidos, entre otros, infección, empeoramiento del dolor, ineficacia del procedimiento, sangrado en la articulación, dolor de cabeza, daño a los nervios, aumento de la presión arterial o glucosa en sangre, punción pulmonar, reacción de la piel o cambios de color, fracturas, lesiones de disco, dislocaciones, distensión muscular, síndrome de Horner, parálisis diafragmática, mielopatía cervical y distensiones y separaciones costovertebrales, pérdida de sangre y reacción a medicamentos. Algunos tipos de manipulación del cuello se han asociado con lesiones en las arterias del cuello que provocan o contribuyen a complicaciones, incluido el accidente cerebrovascular. Entiendo lo anterior y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Puedo consultar con mi proveedor para obtener información adicional y que puede requerir tratamiento adicional de posibles complicaciones.

Afirmó que los proveedores me han explicado la naturaleza, el propósito, los riesgos, las complicaciones y las consecuencias del procedimiento de intervención anterior. Me han dado la oportunidad de hacer todas mis preguntas. Han sido contestadas a mi entera satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento.
Afirmo que soy consciente de que la práctica de la quiropráctica y la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados que se puedan obtener.

Doy mi consentimiento para la administración de los anestésicos que el médico responsable de los procedimientos anteriores considere necesarios o aconsejables.

En caso de que necesite una intervención hospitalaria/de emergencia, se llamará al 911 y se me trasladará al hospital receptor más cercano.

Si un miembro del personal está expuesto a mi sangre o fluidos corporales, doy mi consentimiento para que se extraiga mi sangre y se analice para detectar el VIH y la hepatitis. Los resultados irán a mí, a mi expediente médico, al trabajador expuesto, al Departamento de Servicios de Salud para Empleados y/o Control de Infecciones aquí, y a los Funcionarios Estatales.

En consideración a nuestro acuerdo y como parte de la celebración de este contrato, que ambos acordamos que es una consideración válida y suficiente para celebrar este Acuerdo, que reclama controversias, disputas o acciones extracontractuales que surjan o se relacionen de alguna manera con el tratamiento o la prestación de servicios por nuestra parte se someterá a un arbitraje vinculante, que se llevará a cabo de acuerdo con las Directrices de la Asociación Estadounidense de Arbitraje. Ambos entendemos que al aceptar el arbitraje ambos renunciamos a nuestro derecho a un juicio con jurado. Este Acuerdo también vincula a todas las partes cuyos reclamos puedan surgir o estar relacionados con el tratamiento o la prestación de servicios que le brindemos a usted, incluidos los reclamos de su cónyuge, herederos o hijos. La única vez que podemos acudir a los tribunales y utilizar el proceso judicial es para el cobro de deudas y reclamaciones que no están sujetas a arbitraje vinculante. Ejemplos de este tipo de reclamos serían medidas cautelares, procedimientos de tutela y medidas declaratorias. En caso de duda, el árbitro decidirá si no está cubierto por este Acuerdo.

Certifico que he leído y entendido completamente todos los párrafos. Todas mis preguntas han sido respondidas.

X_____ X _____

Nombre impreso del paciente | Firma del paciente | Fecha

X_____ X _____

Firma del médico | Firma de testigo

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUNTOS GATILLO/INYECCIONES EN ARTICULACIONES

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento:_____

Las inyecciones de puntos gatillo (TPI) se usan para tratar áreas dolorosas y sensibles de los músculos. El músculo normal se contrae y se relaja cuando está activo. Un Trigger Point es un nudo discreto o una banda de músculo enseñada que se forma cuando los músculos no se relajan. El nudo a menudo se puede sentir debajo de la piel y puede contraerse involuntariamente cuando se toca (signo de salto). Se inserta una pequeña aguja en el punto gatillo y se inyecta un anestésico local (p. ej., lidocaína, bupivacaína, marcaína) y/o antiinflamatorio/esteroide. La inserción de la aguja inactiva el punto gatillo y, por lo tanto, alivia el dolor. Las inyecciones articulares se administran para tratar afecciones inflamatorias, como la artritis reumatoide, la gota y, en ocasiones, la osteoartritis. Los corticosteroides se utilizan con frecuencia para este procedimiento, ya que son agentes antiinflamatorios que ralentizan la acumulación de células responsables de producir inflamación dentro del espacio articular. Las articulaciones comúnmente inyectadas incluyen la cadera, la rodilla, el tobillo, el hombro, el codo y las articulaciones pequeñas de la mano y los pies. Puede ser necesario un tratamiento adicional para lograr un alivio sostenido. Los detalles del procedimiento me han sido explicados en términos que entiendo.
Me han explicado métodos alternativos y sus ventajas y desventajas.

Antes de someterse a uno de estos procedimientos, es esencial comprender los riesgos asociados. Ningún procedimiento está libre de riesgos. Junto con los efectos necesarios del procedimiento, entiendo y acepto que existen riesgos de posibles reacciones adversas o complicaciones que pueden ocurrir con cualquier procedimiento.

Entiendo y acepto que existen complicaciones, incluido el riesgo de muerte o discapacidad grave, que existen con cualquier procedimiento quirúrgico. Los siguientes riesgos y complicaciones están bien reconocidos, pero también puede haber riesgos no incluidos en esta lista:

- Infección
- Trauma a los nervios o estructuras vasculares
- Reacciones alérgicas a los medicamentos.
- Inflamación de tejidos blandos, hematomas o formación de hematomas
- Despigmentación (un blanqueamiento de la piel)
- Rotura de un tendón situado en la vía de inyección
- Entumecimiento
- Rotura de aguja
- Reacción vasovagal (desmayo)
- Daño articular
- Atrofia grasa local (adelgazamiento de la piel) en el lugar de la inyección
- El dolor puede estar asociado con el procedimiento y el proceso de curación.

Entiendo y acepto que los resultados anticipados del procedimiento incluyen pero no se limitan a:

- Aumento de la circulación en los músculos.
- Aumento del umbral del dolor en el punto gatillo
- Reducción del dolor
- Disminución de la inflamación
- Mayor tolerancia al ejercicio
- Mayor rango de movimiento pasivo y activo.
- Pueden ser necesarias varias sesiones
- Inyección temporal y sensibilidad y/o dolor en el lugar posterior a la inyección

He informado al médico/enfermera practicante (proveedor) de todas mis alergias conocidas. He informado al proveedor de todos los medicamentos que estoy tomando actualmente, incluidos los medicamentos recetados, los remedios de venta libre, las terapias y los suplementos a base de hierbas, la aspirina, los AINE y cualquier otra droga recreativa o consumo de alcohol. Me han informado si debo evitar tomar alguno o todos estos medicamentos en los días que rodean el procedimiento. Se me ha informado qué esperar en el período posterior a la inyección, incluidos, entre otros, el tiempo de recuperación estimado, los niveles de actividad previstos y la posibilidad de procedimientos adicionales. El proveedor ha respondido a todas mis preguntas con respecto a este procedimiento.

Certifico que he leído y comprendo este acuerdo de tratamiento y que todos los espacios en blanco se completaron antes de mi firma.

Autorizóy ordenó a Michael T. Kelley, PA-C/Tim Lane, PA-C, con asociados o asistentes de su elección para realizar el procedimiento de inyecciones en los puntos gatillo. También autorizoal médico/enfermero practicante y asistente(s) a realizar cualquier otro procedimiento que a su juicio pueda ser necesario o aconsejable en caso de que surjan circunstancias imprevistas durante el procedimiento.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Como proveedor, certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos, complicaciones y alternativas al procedimiento propuesto al paciente o al representante legal del paciente. He respondido todas las preguntas completamente y creo que el paciente/representante legal entiende completamente lo que he explicado.

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Michael T. Kelley, PA-C Tim Lane, PA-C

Fecha de solicitud: _____

Para: TODOS LOS MÉDICOS, HOSPITALES, PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA y ENTIDADES DE FACTURACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del médico/centro: _____
Dirección:_____
Número de teléfono: _____ Número de fax: _____
Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a que se divulgue la siguiente información:
_____
_____
_____
_____

Autorizo la divulgación de la información mencionada anteriormente a la siguiente persona u organización:

ALL STAR HEALTH

◯ **6625 S. Rural Road Suite 104 Tempe, AZ 85283 Phone: 480-833-4515 Fax: 480-833-5078**

◯ **2730 S Val Vista Drive Suite 188 Gilbert, AZ 85295 Phone: 480-324-0244 Fax: 480-324-0589**

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que la cancelación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en virtud de esta autorización. A menos que la cancele antes, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: 180 días a partir de la fecha de la firma. Si no especificó una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en 180 días a partir de la fecha que aparece en la parte inferior.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para obtener tratamiento a menos que el único propósito del tratamiento sea la divulgación para la cual es necesaria esta autorización. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se usará o divulgará, según lo dispuesto por las reglas del gobierno federal que se encuentran en el Código de Regulaciones Federales de los Estados Unidos en la sección 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de una divulgación autorizada y es posible que la información no esté protegida por las normas federales de confidencialidad. Entiendo que la atención médica no puede estar condicionada a esta autorización.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

FIRMA EN EL ARCHIVO, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, ACUERDO FINANCIERO

SEGURO: Solicitó que el pago de los beneficios de seguro autorizados se realice en mi nombre a All Star Health por los servicios que me brindó All Star Health. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de Atención Médica y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o la divulgación de información médica necesaria para pagar el reclamo. Si se indica otro seguro de salud en el punto 9 del formulario HCFA 1500 o en otro lugar de otros formularios de reclamación aprobados, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia indicada. All Star Health acepta la determinación del cargo de la compañía de seguros como el cargo total; Solo soy responsable por el deducible, el coaseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y los deducibles se basan en la determinación de cargos de la compañía de seguros.
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: All Star Health puede divulgar todo o parte de mi registro médico y/o libro contable financiero a cualquier persona o corporación que sea o pueda ser responsable o esté bajo contrato con All Star Health para el reembolso de los servicios prestados y cualquier atención médica. proveedor para el cuidado continuo del paciente.
OTRO SEGURO: Entiendo que All Star Health mantiene una lista de planes de servicios de atención médica con los que tiene contrato. Una lista de dichos planes está disponible en la oficina comercial y All Star Health no tiene contrato, expreso o implícito, con ningún plan que no aparezca en la luz. El abajo firmante acepta que estoy individualmente obligado a pagar los cargos completos de todos los servicios que me brindó All Star Health si pertenezco a un plan que no aparece en la lista mencionada anteriormente.
SERVICIOS NO CUBIERTOS: Entiendo que All Star Health tiene contratos con planes de servicios de atención médica (es decir, HOM, PPO). En consecuencia, el abajo firmante acepta la responsabilidad financiera total por todos los artículos o servicios que los planes de servicios de atención médica determinen que no están cubiertos. Los ejemplos de servicios no cubiertos incluyen, entre otros, servicios no especificados como cubiertos en el contrato del paciente con un plan de servicios de atención médica o en el resumen de beneficios del plan de servicios de atención médica proporcionado al paciente; y tratamiento o pruebas no autorizadas por el plan de servicios de atención médica. El abajo firmante acepta cooperar con All Star Health para obtener las autorizaciones necesarias del plan de servicios de atención médica.
ACUERDO FINANCIERO: Acepto que a cambio de los servicios prestados al paciente por All Star Health, pagaré mi cuenta en el momento en que se preste el servicio o haré arreglos financieros satisfactorios para All Star Health para el pago. Si se envía una cuenta a un abogado para cobros, aceptó pagar los gastos de cobro y los honorarios razonables de los abogados según lo establezca el tribunal. Entiendo y acepto que si mi cuenta está morosa, se me puede cobrar una tarifa de servicio. Cualquier beneficio de cualquier tipo bajo cualquier póliza de seguro que asegure al paciente o cualquier otra parte responsable ante el paciente se asigna a All Star Health. Si mi compañía de seguros o plan de salud diseña copagos y/o deducibles, acepto pagarlos a All Star Health. Sin embargo, se entiende que el abajo firmante y/o el paciente son los principales responsables del pago de la factura. También aceptó que si tengo que faltar a una cita programada sin avisar con al menos 24 horas de anticipación, se me puede cobrar una tarifa de cancelación de $50.00.
PLAN DE PRIVACIDAD: Acepto que se me ha dado la oportunidad de leer y recibir una copia del acuerdo de All Star Health. Esta cesión permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta cesión se considerará válida como original.

_____ _____
Nombre del paciente del nombre del tutor (letra de imprenta) Fecha

_____
Firma del paciente o tutor**

***Si la autorización está firmada por el representante personal de una persona, la autoridad se basa en _____(por ejemplo, ley estatal, orden judicial, etc.)