

**Historia personal**

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: XXX-XX-\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

H #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ W #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Célular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Uso personal de oficina:**

Pulso: \_\_\_\_\_ Respiraciones: \_\_\_\_\_ Presion: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: mes . \_\_\_\_ día \_\_\_\_ año: \_\_\_\_ Sexo: M F Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Círcule si usted es: Casado /a Soltero /a Viudo /a Divorciado /a Separado /a Estudiante

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Nombre (s) de los hijos y edad (es):  
 \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Está trabajando actualmente?  Sí  No título / posición \_\_\_\_\_

Si está casado, ¿está su cónyuge empleado?  Sí  No Título / Posición \_\_\_\_\_

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**POR FAVOR MOSTRAR TODAS LAS TARJETAS DE SEGURO AL ESCRITORIO FRONTAL**

¿Cómo fue referido a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

¿Cómo ha afectado este problema a su vida? \_\_\_\_\_

El paciente asigna a Chiropractic Plus, P.C. Todos y cada uno de los beneficios pagaderos por el seguro médico o el plan de atención de salud del paciente o del asegurado como resultado de los cargos incurridos por el paciente por los servicios prestados por Chiropractic Plus, P.C. Por este medio, el paciente ordena a todas las aseguradoras y otras personas responsables de los costos de atención médica del paciente a hacer todos los pagos por los servicios de atención médica prestados por Chiropractic Plus, P.C. Directamente a Chiropractic Plus, P.C. . También solicito el pago de beneficios gubernamentales a la parte que acepta la asignación a continuación. Por este medio, el Paciente / Tutor autoriza la liberación de cualquier examen médico o de otra información y / o copia de cualquiera de los expedientes médicos del paciente, radiografías, informes de laboratorio y los resultados de todas las pruebas de cualquier tipo o carácter a personas como Chiropractic Plus, ordenador personal Lo considere apropiado.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Cuando un paciente busca atención quiropráctica y está de acuerdo con el cuidado, es esencial que el paciente y el CP estén trabajando hacia el mismo objetivo. No ofrecemos diagnosticar o tratar ninguna enfermedad o condición que no sea la subluxación vertebral y sus condiciones asociadas; Sin embargo, si durante el curso del examen nos encontramos con no quiropráctica o hallazgos inusuales, le aconsejaremos. Si desea tratamiento de estos hallazgos, recomendamos que busque otro proveedor de atención médica. Riesgos y complicaciones debido al tratamiento quiropráctico son raros, pero sí existen. El paciente no espera que el Dr pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y desea confiar en que el Dr ejerza juicio durante el curso del tratamiento que será en el mejor interés del paciente. No hay ninguna garantía de que cualquier enfermedad, lesión o enfermedad se puede prevenir o curar mediante la participación en el tratamiento quiropráctico.

Firma del paciente \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR**

Por la presente autorizo a Chiropractic Plus, P.C. Y quienquiera que ellos designen para administrar cuidado quiropráctico como sea necesario a mi hijo menor.

Nombre del menor / niño \_\_\_\_\_ Fechado este \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_.

Firma del paciente / tutor \_\_\_\_\_

CHIROPRACTIC PLUS  
PATIENT CASE HISTORY

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
PT# \_\_\_\_\_

Favor de marcar sintomas o enfermedades con C-Actual o P-pasado. deja la respuesta en blanco si nunca lo has tenido.  
the symptom.

Favor de listar por fecha cualquier  
Lastimadura, Accidentes, Caidas,  
Hospitalizaciones, Sirugias.

5 Anos Pasados  
\_\_\_ Ninguna  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C P Dif maintaining weight (Dificultad para mantener Peso)

C P Difficulty losing weight (Dificultad perdiendo Peso)

C P Nerve pain (Dolor en los nervios)

C P Numbness & Tingling (Entumescimiento u hormigueo)

Where (Donde): \_\_\_\_\_

MUJERES SOLAMENTE

C P Pregnant (Embarazada)

C P Cramps (Colicos)

C P Heavy Flow (Flujo Excesivo)

C P Ciclos irregulares

Historial Familiar

Madre Padre Hermano/a

\_\_\_ Diabetes

\_\_\_ Problemas del corazon

\_\_\_ Problemas Renales

\_\_\_ Cancer

\_\_\_ Problemas de Espalda

CARDIO-VASCULAR

C P High BP (Presion alta)

C P Low BP (Presion Baja)

C P Pain Over The Heart (Dolor en el Pecho)

C P Poor Circulation (Mala Circulacion)

C P Rapid Heart Beat (Palpitaciones Rapidas)

C P Slow Heart Beat (Palptaciones Lentas)

C P Strokes (Golpes)

C P Swollen Ankles (Tobillos Hinchados)

C P Varicose Veins (Venas Varicosas)

MUSCULOS Y ARTICULACIONE

C P Backaches (Dolor de Espalda)

C P Foot pains (Dolor de Pies)

C P Hernia

C P Shoulder Pains (Dolor de Hombros)

C P Painful Tailbone (Dolor en el Coxis)

C P Stiff Neck (Cuello Torcido)

C P Spinal Curves (Curvas Espinales)

C P Swollen Joints (Articulaciones Inflamadas)

RESPIRATORIO

C P Chest Pain (Dolores de pecho)

C P Constipation (Estreñimiento)

C P Diff Breathing (Dificultad para respirar)

C P Asthma (Asma)

GASTRO-INTESTINAL

C P Diarrhea

C P Goiter (Coto)

C P Gall Bladder Troubles (problemas de vesicula)

C P Jaundice (ictericia)

C P Liver Problems (problemas de higado)

C P Nausea

OJOS/OIDOS/NARIZ/GARGANTA

C P Ear Ache (Dolor de Oido)

C P Ear Discharge (Descarga del Oido)

C P Ear Noises (Ruidos en el Oido)

C P Enlarged Thyroid (Tiroides Agrandada)

C P Nose Bleeds (Sangrado de Nariz)

C P Poor vision (mala vision)

C P Eye Pains (dolor de ojos)

C P Sinus Infections (infeccion de sinusitis)

C P Sore Throat (dolor de garganta)

PIELO ALERGIAS

C P Boils (Quemaduras)

C P Bruises Easily (moretones facilmente)

C P Dryness (resequedad)

C P Eczema

C P Allergies (alergias)

C P Hay Fever (Alergias al polen)

GENERAL CONSTITUTION

C P Night Sweats (calores)

C P Headaches (dolores de cabeza)

Migraine (migraña) w/aura w/o aura

Cluster Headache

Tension Headache

Face Pain (dolor de cara)

C P Dizziness (mareos)

C P Chills (escalofrios)

GENITOURINARIO

C P Bed Wetting (orinar en cama)

C P Blood in the Urine (sangre en la orina)

C P Erectile Dysfunction (disfuncion erectil)

C P Frequent Urination (orinacion frecuente)

C P Kidney Infection (infeccion del riñon)

C P Painful Urination (dolor al orinar)

C P Prostate Troubles (problemas de prostata)

**GENERAL PAIN DISABILITY INDEX QUESTIONNAIRE**

Nombre (please print): \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ PT# \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo ah tenido este dolor? \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ semanas

Es este su primer episodio de dolor? Si No

**Enumera en orden de importancia:**

**3 desafios de salud es decir:**

(i.e. diabetes, problemas cardiacos, problemas dijestivos ansiedad)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

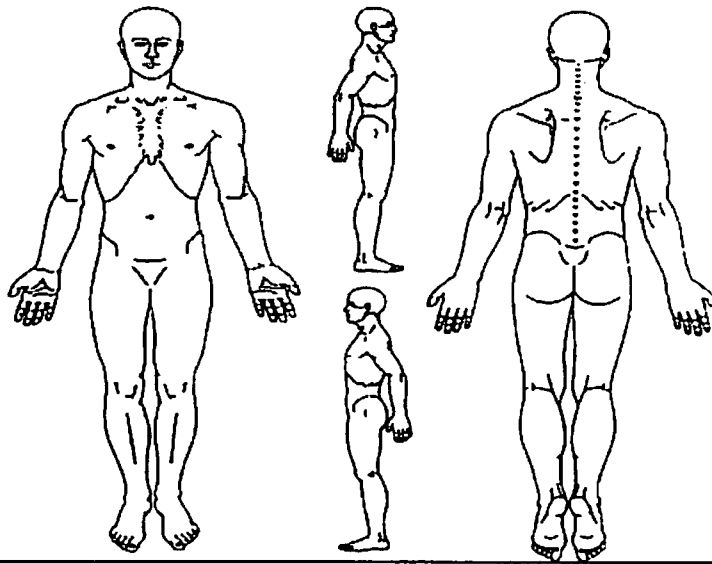
**3 objetivos de salud:**

(i.e. metas de salud, es decir)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Please label areas of concern:

- S= stabbing
- N= numbness
- P= pins and needles
- B= burning
- A= aching
- Other: \_\_\_\_\_



**OFFICE USE ONLY**

-----

-----

-----

-----

-----

**OFFICE USE ONLY: D1 \_\_\_\_\_ D2 \_\_\_\_\_ D3 \_\_\_\_\_**

Complaints: L/R/B HA BPL/SA/C L S  
 1: Neck/UB/MB/LB/PEL/UX/LX/Rib/Nerv(U/L)  
 FX Loss: \_\_\_\_\_ Goal \_\_\_\_\_  
 I: \_\_\_\_\_ P1: \_\_\_\_\_ P2: \_\_\_\_\_ P3: \_\_\_\_\_

**Office Use Only**

Complaints: L/R/B IIA BPL/SA/C L S  
 2: Neck/UB/MB/LB/PEL/UX/LX/Rib/Nerv(U/L)  
 FX Loss: \_\_\_\_\_ Goal \_\_\_\_\_  
 I: \_\_\_\_\_ P1: \_\_\_\_\_ P2: \_\_\_\_\_ P3: \_\_\_\_\_

**Frequency**  
 I: C F O I  
 P1: C F O I  
 P2: C F O I  
 P3: C F O I

**Intensity**  
 I: S M S M  
 P1: S M S M  
 P2: S M S M  
 P3: S M S M

**OATS:**  
 I: \_\_\_\_\_  
 P1: \_\_\_\_\_  
 P2: \_\_\_\_\_  
 P3: \_\_\_\_\_

**% Imp S-O**  
 P1: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 P2: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 P3: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Frequency**  
 I: C F O I  
 P1: C F O I  
 P2: C F O I  
 P3: C F O I

**Intensity**  
 I: S M S M  
 P1: S M S M  
 P2: S M S M  
 P3: S M S M

C: I: \_\_\_\_\_ P1: \_\_\_\_\_ P2: \_\_\_\_\_ P3: \_\_\_\_\_ L: I: \_\_\_\_\_ P1: \_\_\_\_\_ P2: \_\_\_\_\_ P3: \_\_\_\_\_ Other I: \_\_\_\_\_ P1: \_\_\_\_\_ P2: \_\_\_\_\_ P3: \_\_\_\_\_

**CF: Lifestyle:** Alcohol, Delayed, Exercise, Prior trauma, Prior injuries, Prior surgery, Smoking, Stress, Sleeping, ADL, Inactive, Obesity, Medication  
**Health Challenges:** Cancer, Diabetes, Cardiovascular, RA, Depression, Anxiety, Reflux, GI, Bladder, Asthma, Arthritis, Allergies, Menstrual, Caffeine  
**Postural Biomechanics:** Chronic posture, DDD, DJD, Old Injury, Laxity, Instability, Kyphosis, Lordosis, Scoliosis, Spondylolisthesis, Lifting  
**Why Imp/Slow** 1: \_\_\_\_\_ 2: \_\_\_\_\_ 3: \_\_\_\_\_

Aggravations: Circle to add; if appropriate and use in report scratch off  
 Bending Chronic posture Degeneration Inactivity Increase ADL Stress No exercise Slowing healing Lifting Laxity Sleeping wrong

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

Cuenta: \_\_\_\_\_ Favor de leer el cuestionario que esta diseñado para poder entender mejor su situacion y entender cuanto esta condicion a afectado su vida y su habilidad de llevar una vida normal. Escoja la que aplique a usted. Puede que mas de una opcion se relacione con su estado actual solo escoja la que mas se le parezca en este momento.

<p><b>SECCION 1-Intencidad de el dolor</b></p> <p>A. El dolor viene y va y es ligero          B. El dolor es moderado y no varea mucho          C. el dolor es moderado y va y viene          D. El dolor es moderado y no varea mucho          E. El dolor es severo y viene y se va          F. El dolor es severo y no varea</p>	<p><b>SECCION 6- Estar parado</b></p> <p>A. Puedo estar parado por mucho tiempo sin dolor          B. Pedro estar parado pr mucho tiempo pero tengo mas dolor          C. El dolor me impide estar parado mas de 1 hora          D. El dolor me impide estar parado por mas de 30 minutos          E. El dolor me impide estar parado por mas de 10 minutos          F. El dolor me impide estar parado</p>
<p><b>SECCION 2- Cuidado Personal</b></p> <p>A. Puedo cuidar de mi mismo sin causar dolor extra          B. Puedo cuidar de mi mismo pero cusa dolor          C. Es doloroso cuidar de mi mismo pero lo ago despacio          D. Necesito un poco de ayuda para mi cuidado personal          E. Necesito ayuda en todos los aspectos de cuidado personal.          F. Me puedo vestir con dificultad me banar</p>	<p><b>SECCION 7- Dormir</b></p> <p>A. Mi sueño nunca es interrumpido por el dolor          B. Mi sueño se ve interumpido en algunas ocasiones          C. Acausa de mi dolor solo duermo 6 horas.          D. Acausa de mi dolor solo duermo 4 horas          E. Acausa de mi dolor solo duermo 2 horas          F. Acausa de mi dolor no duermo nada.</p>
<p><b>SECCION 3- Agacharse,Levantar y Cargar.</b></p> <p>A. Puedo levantar cosas pesadas          B. Puedo levantar cosas pesadas con extra dolor          C. El dolor me impide levantar cosas pesadas de el suelo          D. El dolor me impide levantar cosas pesadas pero puedo levantar cosas con peso mediano          E. Solo Puedo levantar cosas livianas.          F. No puedo levantar oh cargar nada.</p>	<p><b>SECCION 8-Vida social</b></p> <p>A. Mi vida social es normal sin dolor.          B. Mi vida social es normal pero me causa mas dolor.          C. El dolor me impide mucho mi vida social limitando mi energia.          D. El dolor me impide salir salgo muy poco.          E. Solo puedo hacer viajar necesarios de 30 min.          F. No engo vida social mucho dolor.</p>
<p><b>SECCION 4- Al Caminar</b></p> <p>A. El dolor no me impide caminar ninguna distancia.          B. El dolor me impide caminar mas de 1 milla.          C. El dolor me impide caminar mas de 1/2 milla.          D. El dlror me impide caminar mas de 1/4 de milla.          E. Yo solo puedo caminas con muletas o baston.          F. Yo permanesco en la cama y me cuesta mucho trabajo ir al baño.</p>	<p><b>SECCION 9 –Manejando y Viajando.</b></p> <p>A. Puedo viajar a todos lados sin dolor.          B. Puedo viajar a todos lados pero me causa mas dolor.          C. El dolor es fuerte pero puedo aguantar viajes de 2 horas.          D. El dolor me impide hacer hacer viajes mas de 1 hora.          E. Solo puedo hacer viajes necesarios de 30 min.          F. El dolor solo me permite viajar para recibir tratamiento.</p>
<p><b>SECCION 5- Sentarse y Trabajar en la computadora.</b></p> <p>A. Yo puedo sentarme en una silla por mucho tiempo.          B. Yo puedo sentar en mi silla favorita por mucho tiempo.          C. El dolor me impide sentarme por mas de 1 hora.          D. El dolor me impide sentarme mas de 30 min.          E. El dolor me impide sentarme mas de 10 min.          F. El dolor me impide sentarme .</p>	<p><b>SECCION 10 –trabajo/Limpiar la casa/Arreglar el Jardin.</b></p> <p>A. Puedo hacer mis actividades sin dolor.          B. Mis actividades normales aumentan mi dolor.          C. Puedo acer casi todas las actividades con poco dolor.          D. El dolor solo me permite hacer Actividades lijeras.          E. El dolor me impide hacer aun las actividades lijeras.          F. El dolor me impide hacer todo tipo de trabajo.</p>

**SCORING: OFFICE USE ONLY**

0-8: No disability

30-48: Moderate disability

Above 70: Complete disability'

10-28: Mild disability

50-69: Severe disability

DISABILTY INDEX SCORE \_\_\_\_\_

## Case History Chiropractic Plus, P.C (Continued)

Account#: \_\_\_\_\_

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

**Metodo preferido de comunicacion para recordatorios (Circule uno):**

Correo Electronico / Telefono / Correo / Texto (Circule o Escriba Proveedor Provider: Verizon T-Mobil Sprint Otro: \_\_\_\_\_)

Lenguaje preferido: \_\_\_\_\_

**Historia Social:**

Estado de Fumar (Circule Uno): Cada dia Fumador / Fumador Occasional / Ex Fumadora / Nunca eh Fumado

Alcohol: (Circle One): Cada dia Bebedor / Bebedor Occasional / Ex Bebedor / Nunca eh Bebido

Caffeina: \_\_\_\_\_ bebidas por dia

**La ley de CMS require que los proveedores reporte raza y etnicidad**

Raza (Circule uno): American Indian or Alaska Native / Asian / Black or African American / White (Caucasian) / Hawaiian o Pacific Islander / Otro / Declina a responder

Etnicidad: Hispano o Latino / No Hispano o Latino / Declina a responder

**Esta actualmente tomando algun medicamento? (Porfavor incluya medicamemos regulares)**

Nombre de Medicamento	Dosis y Frecuencia (es decir 5mg una ves al dia)

**Tiene alergia a algun medicamento que sepa?**

Nombre de Medicamento	Reaccion	Fecha de Incio	Comentarios Adicionales

Decidí recibir recibo mi resumen clínico después de cada visita (estos resúmenes a menudo están en blanco como consecuencia de la naturaleza y la frecuencia de atención quiropráctica).

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombramos el cumplimiento de varias regulaciones estatales y federales, atención administrada y pautas preferentes de facturación y codificación, hemos adoptado lo siguiente.

- Adoptamos a todos los pacientes por cada esfuerzo brindado por el servicio para mantener los acuerdos con los proveedores, así como nuestra clínica. Es posible que tenga derecho a una red o un descuento contractual en las siguientes circunstancias:
- Como proveedor participante en su plan de salud.
- Esta cubierto por un programa federal estatal con un programa de tarifas obligatorio.
- Es miembro de ChiroHealthUSA o de cualquier otro plan médico con descuento al que podamos afiliarnos. O los pacientes sin Seguro o con Seguro insuficiente (beneficios limitados para la atención quiropráctica) pueden inscribirse en ChiroHealthUSA en nuestra oficina y tendrán derecho en la red similares a nuestros pacientes asegurados. La membresía es de \$49.00 / año y lo cubre a usted y a sus dependientes. Pregunte al personal por más información. A los pacientes que cumplan con las pautas de pobreza estatales y / o federales u otras circunstancias especiales o descritas en nuestras "Política de dificultades" se les puede ofrecer un descuento por un período de tiempo según lo determine la clínica. Las cuentas en efectivo o los servicios deben pagarse en su totalidad al momento en que se prestan los servicios, a menos que se hagan otros arreglos
- Seguro de Medicare
- Presentaremos los reclamos a Medicare y los beneficios se pagarán directamente a Chiropractic Plus, de acuerdo con las pautas de reembolso. Medicare limita el reembolso quiropráctica a la manipulación manual solamente y el reembolso se basa en la necesidad médica. Los pacientes serán responsables de los montos deducibles, no cubiertos y cualquier vista denegada que exceda las pautas de Medicare.
- Planes de Seguro médico / de automóvil y planes de beneficios PPO e/o Nuestro personal intentará verificar la cobertura de sus euros y los beneficios para usted, y se basará en la información sobre los beneficios y las limitaciones del Seguro, según nos los indique su proveedor. Sin embargo, no podemos garantizar que el pago y la cobertura sean completamente exactos y veraces según lo indique su compañía de seguros. El pago de los copagos de los deducibles y cualquier monto cubierto por su Seguro será en el momento en que se presten los servicios, a menos que se hagan otros arreglos con el personal.
- Trabajador / industria industrial los costos de tratamiento deben autorizada previamente para el pago total por el empleador o el Seguro de compensación de trabajadores portador. Las tarifas se cobrarán según el programa de tarifas exigido por el estado o Soportes ortopédicos / vitaminas / suplementos y suministros se pagarán en su totalidad al momento de la prestación o entrega de los servicios, a menos que se hagan arreglos previos como parte de un plan de tratamiento / atención. O pagos aceptados por el siguiente método .

Tarjetas de crédito, Visa, MasterCard, Discover, American Express, Transferencia electrónica de fondos de Care Care (ACH) configuradas automáticamente desde una cuenta corriente o de ahorro, planes de pago disponibles cuando el personal lo aprueba previamente. No deseamos malentendidos con respecto a su factura, obligaciones de pago o términos de vencimiento del pago. Todo los saldos adeudados en los últimos 90 días se enviarán a una agencia de cobros por la cual el responsables de todos y cada uno de los cargos de readuación, de la corte y de los abogados cobra.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **Aviso de Practicas de Privacidad**

*Reconocer el Consentimiento para el uso y la divulgacion de informacion de salud protegida.*

### ***Uso y la divulgacion de informacion de salud Protegida***

- Su informacion de salud protegida sera utilizada por Chiropractic Plus,Pc. O talvez revelado a otros con el proposito de tratamiento, obtencion de pago o apoyo a las operaciones diarias de cuidado de la salud de esta oficina.

### ***Aviso de Practicas de Privacidad***

- Debe revisar el aviso de practicas para obtener una descripcion mas complete e como se puede usar o divulgar su informacion de salud protegida. Describe su derecho ya que se refiern al uso limitado e la informacion de salud, incluida su informacion demografica. Recopiada de usted y creada o recibida por esta oficina. Puede reviar el aviso antes de frimar este consentimiento. Puede solicitar una copia antes del aviso en la recepcion.

### ***Solicitando una restriccion en el uso o divulgacion de su Informacion***

- Puede solicitar una restriccion sobre el uso de su informacion de salud protegida.
- Esta oficina puede o no aceptar restringir el uso o la divulgacion de su informacion de su salud protegida.
- Si aceptamos su solicitud, la restriccion sera vinculante para esta oficina. El uso oh la divulgacion de su informacion de salud protejida. En violacion de una restriccion acordada constituiria una violacion de los estandares federales de privacidad.

### ***Revocacion del consentimiento***

- Usted puede revocar este consentimiento para el uso y la divulgacion de su informacion de salud protejida. Debe revocar este consentimiento por escrito.cualquier uso oh divulgacion que haiga ocurrido hantes de la fecha en que se resivio su revocacion del consentimiento,no se vera afectado.

***Por mi Firma a acontinuacion doy mi permiso para usar y divulgar mi informacion medica.***

\_\_\_\_\_

***Perzona Autorizada Legalmente***

\_\_\_\_\_

***Fecha***

**PUBLICACIÓN DE REGISTROS DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

**CHIROPRACTIC PLUS, PC  
550 E THORNTON PARKWAY, SUITE 178  
THORNTON, CO 80229  
303-254-8430**

Forma de liberación de:

Teléfono:

Fax:

liberación A: Chiropractic Plus, PC

Teléfono: 303-254-8430

Fax: 303-254-8235

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

S.S. No: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**Libere la siguiente información de salud protegida:**

Yo, el firmante, solicito y consiento la liberación de la siguiente Información de salud:

- Rayos X
- Historia
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Informes
- Otros: \_\_\_\_\_

**Enviar la información de salud protegida a:**

**CHIROPRACTIC PLUS, PC  
550 E THORNTON PARKWAY, SUITE 178  
THORNTON, CO 80229  
303-254-8430  
303-254-8235-FAX**

Propósito de la liberación:

- Para el propósito de tratamiento en el centro de salud anterior.
- Otros: \_\_\_\_\_

Paciente:

\_\_\_\_\_  
Paciente o representante legal                      Fecha

Testigo:

\_\_\_\_\_  
Oficial de Privacidad Fecha                      Fecha

*La Información de Salud Protegida del paciente mencionado anteriormente se usará exclusivamente para fines de tratamiento, pago y operaciones. Esta instalación cumple con todas las leyes estatales y federales aplicables.*