



Etiqueta del Paciente

Entrevistador: _____
Oficina: _____

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA Y CON TINTA NEGRA

COMPLETE LAS PÁGINAS 1-6

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguridad Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono fijo: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____ **Desempleado**

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección del empleador: _____ Duración del Empleo: _____

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

Segunda dirección del empleador: _____

Sexo: Masculino Femenino Altura _____ Peso _____ Mano dominante: Izquierda Derecha

Raza: Afroamericana Asiática Caucásica Hispana Otra

Usted está: Casado Soltero Pareja de hecho Divorciado Separado Viudo

Nombre del cónyuge: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono de contacto: _____

Nombre del pariente más próximo que no viva con usted: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO PRIVADO

Compañía de seguro médico: _____ Exención de responsabilidad firmada: _____

Dirección del seguro de enfermedad: _____

Número de póliza: _____ Número del grupo: _____

Titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Empleador del titular de la póliza: _____ Relación: _____

Firma del paciente: _____



INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

¿Cómo se lesionó? Automóvil W/C Resbalón y Caída Auto/Mientras trabajaba Taxi/Uber/Lyft Autobús

Motocicleta Peatón Otro: _____

Fecha de la lesión: _____ ¿En qué estado? _____ ¿En qué Ciudad? _____

Breve descripción de cómo ocurrió la lesión/accidente: _____

¿Se golpeó la cabeza o alguna otra parte del cuerpo en este accidente? Sí No

¿Qué partes del cuerpo? _____

¿Perdió el conocimiento? Sí No

¿Ha podido trabajar desde su accidente? Sí No ¿Último día trabajado? _____

¿Se le ha expedido una baja laboral? Sí No

ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO:

¿Usted era el conductor? ¿Pasajero? ¿Cinturón de seguridad? Sí No ¿Se desplegó el airbag? Sí No

¿Acudió la policía o una ambulancia al lugar de los hechos? Sí No

¿Se ha comunicado este accidente a la compañía de seguros del automóvil? Sí No

¿Qué parte del automóvil fue impactada? _____

Nombre del conductor: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Aseguradora del automóvil del tomador del seguro: _____

Número de teléfono del titular de la póliza: _____

Liquidador de Protección de Daños Personales: _____ Teléfono: _____

Número de Reclamación de Protección de Daños Personales: _____

SI NO ES PROPIETARIO DE UN VEHÍCULO DE MOTOR:

¿Alguien más en el hogar es propietario de un vehículo de motor? Sí No

Indemnización por accidente laboral:

Fecha de la lesión: _____ Compañía de compensación de trabajadores: _____

Número de siniestro: _____ ¿Quién era su empleador en el momento del accidente? _____

Dirección del empleador: _____
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Número de teléfono del empleador: _____ Nombre del supervisor: _____

presentado un "Primer parte de lesiones" ante su empresa? Sí No

Firma del paciente: _____



Accidentes anteriores: ¿Ha tenido algún accidente antes del accidente actual? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo ocurrió el accidente? _____

Por favor, describa brevemente el accidente anterior: _____

SALUD ACTUAL

¿Por qué necesita una evaluación hoy? Marque el área apropiada y explique brevemente.
(Ejemplos: dolor, entumecimiento, hormigueo, ardor, debilidad)

Cuello Hombro Codo Muñeca Espalda baja Cadera Rodilla Pierna Tobillo Pie

Otro (especifique): _____

¿Cuándo empezaron los síntomas? _____

¿Cómo empezaron los síntomas de dolor? Marque la respuesta apropiada o explique

De repente Gradualmente Torciendo Tirando Cayendo Levantando Flexionando

Golpe por objeto Deportes Sin causa aparente: _____

¿Fue al hospital, a urgencias o a atención de urgencia? Sí Fecha(s): _____ No

Nombre del hospital, urgencias o atención de urgencia: _____

¿Le han hecho radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada u otras pruebas diagnósticas? _____

¿Ha recibido tratamiento en algún otro lugar por este accidente? Sí No (En caso afirmativo, indique el nombre del centro)

¿Ha sido tratado alguna vez en un centro de tratamiento del dolor? Sí No

En caso afirmativo, ¿dónde? _____ Número de teléfono: _____

¿Ha sufrido lesiones antes de este accidente? Sí No

¿Ha tenido alguna vez una Calificación de Invalidez por un accidente anterior? Sí No

Indique los medicamentos que toma actualmente: _____

Indique los suplementos que toma actualmente: _____

¿Consume actualmente marihuana medicinal? Sí No n caso afirmativo, ¿para qué se le recetó?

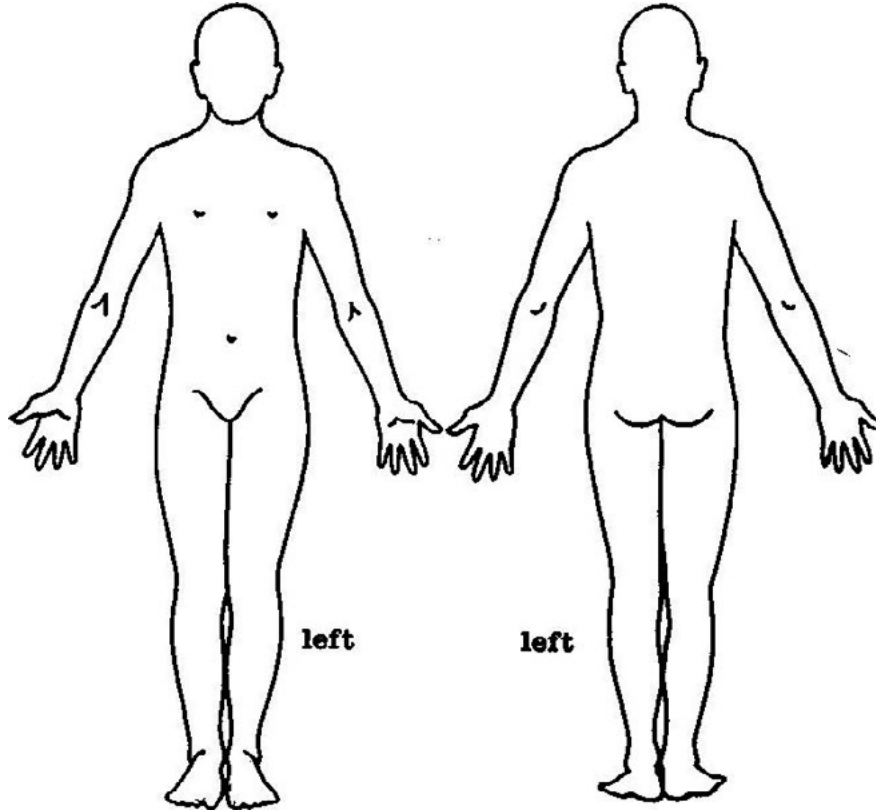
Indique cualquier alergia que padezca (incluidas las alergias a medicamentos y al látex): _____

Firma del paciente: _____



DESCRIPCIÓN DEL DOLOR

Utilice las imágenes de abajo para indicar sus áreas problemáticas. Marque con una X las zonas doloridas.



REVISIÓN DE SISTEMAS

Peso: _____ Peso hace 1 año: _____ Peso máx: _____ ¿Cuándo?: _____

HISTORIA MÉDICA:

Por favor, marque cualquiera de los síntomas que se apliquen a usted **HOY**:

- Dolor abdominal Sí No
- Debilidad muscular Sí No
- Ansiedad Sí No
- Entumecimiento u hormigueo Sí No
- Dolor en el pecho Sí No
- Micción dolorosa o urgente Sí No
- Tos Sí No
- Latidos cardíacos rápidos Sí No
- Cortes que no dejan de sangrar Sí No
- Erupción cutánea Sí No
- Depresión Sí No

- Falta de aliento Sí No
- Fiebre/hormigueo Sí No
- Hinchazón de piernas Sí No
- Micción frecuente Sí No
- Vómitos Sí No
- Hematomas frecuentes/fáciles Sí No
- Heces decoloradas Sí No
- Latido irregular del corazón Sí No
- Problemas de cicatrización de heridas Sí No
- Dolor o inflamación de articulaciones Sí No

Otro: _____

Firma del paciente: _____

Compruebe si ha padecido alguna de estas afecciones en el **PASADO** o si existen antecedentes **familiares de las mismas**:

Anemia Propia Familiar
 Artritis Propia Familiar
 Arritmia cardíaca/Palpitaciones Propia Familiar
 Asma Propia Familiar
 Problemas de sangrado Propia Familiares
 Coágulos de sangre en la familia Propia Familiares
 Cáncer: _____ Propia Familiar
 Dolor torácico/Angina Propia Familiar
 Claustrofobia Propia Familiar
 Diabetes Propia Familiar
 Enfermedad de la vesícula biliar Propia Familiar
 Úlceras gástricas Propia Familiares
 Glaucoma Propia Familiar
 Infarto de miocardio Propia Familiar
 Insuficiencia cardíaca Propia Familiar
 Hepatitis B Propia Familiar
 Hepatitis C Propia Familiar
 Hipertensión arterial Propia Familiar
 VIH/SIDA Propia Familiar
 Inmunodeficiencia Propia Familiar
 Enfermedad hepática Propia Familiar
 Enfermedad renal Propia Familiar
 Pérdida de visión Propia Familiar
 Neuropatía Propia Familiar

Parálisis Propia Familiar
 Enfermedad vascular periférica Propia Familiar
 Neumonía Propia Familiar
 Enfermedad psiquiátrica Propia Familiar
 Embolia pulmonar Propia Familiar
 Osteoporosis Propia Familiar
 Osteopenia Propia Familiar
 Artritis reumatoide Propia Familiar
 Reflujo Propia Familiar
 Úlcera/ruptura cutánea Propia Familiar
 Uso de esteroides Propia Familiar
 Accidente cerebrovascular Propia Familiar
 Enfermedad tiroidea Propia Familiar
 Tuberculosis-TB Propia Familiar
 Soplo cardíaco Propia Familiar
 Infecciones urinarias Propia Familiares
 Trastornos valvulares (corazón) Propios Familiares
 Problemas de cicatrización de heridas Propios Familiares
 Condiciones ortopédicas: _____
 Propias Familiares

Otro: _____

HISTORIA QUIRÚRGICA

Enumere las intervenciones quirúrgicas y las fechas en que se realizaron:

Fecha: _____ Cirugía: _____

Fecha: _____ Cirugía: _____

Fecha: _____ Cirugía: _____

Fecha: _____ Cirugía: _____

Fecha: _____ Cirugía: _____

Firma del paciente: _____



HISTORIA SOCIAL

¿Tiene hijos?

Sí - ¿Cuántos? : _____ No

¿Está embarazada? (Sólo mujeres)

Sí No

¿Vive solo?

Sí No

Drogas/Alcohol:

¿Historial de abuso de sustancias?

Sí No

¿Toma bebidas alcohólicas?

Sí - ¿Cuántos? : _____ No

¿Fuma cigarrillos?

Sí - ¿Cuánto? : _____ No

Si fumó en el pasado, ¿cuánto hace que dejó de hacerlo?

0-3 meses 3-6 meses 6-12 meses Hace más de un año

Ejercicio:

¿Hace ejercicio?

Diariamente Semanalmente Mensualmente Raramente Nunca

¿Qué tipo de ejercicio?

Caminar Correr Natación Levantamiento de pesas Aeróbicos

Otro: _____

Firma del paciente: _____

Consentimiento general para evaluación y tratamiento

Bienvenido a Excelsia Injury Care. En este momento de su atención, no se le ha recomendado ningún plan o procedimiento de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente para obtener su autorización para realizar las evaluaciones necesarias para identificar cualquier afección que pueda requerir un tratamiento o procedimiento adecuado como parte de su plan de atención. Tiene derecho a estar informado sobre cualquier afección que se identifique y sobre las opciones de procedimientos recomendados que se utilizarán. Una vez que le hayan informado de los probables beneficios y riesgos que implica cualquier tratamiento o procedimiento sugerido, podrá decidir si se somete o no.

Este consentimiento le brinda a nuestro personal médico (formado por médicos generales, quiroprácticos, asistentes médicos, enfermeros facultativos y fisioterapeutas) la autorización para realizarle pruebas, exámenes y tratamientos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, está manifestando que entiende que este consentimiento es de carácter continuo y que permanecerá en pleno vigor hasta que sea revocado por escrito. Tiene derecho en cualquier momento a realizar preguntas adicionales o a interrumpir o a dar de baja los servicios.

Tiene derecho a discutir el plan de tratamiento con su proveedor. Si tiene alguna duda con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor, le alentamos a que nos pregunte. Si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se le pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de realizar cualquier prueba o procedimiento.

Certifico que he leído y entendido plenamente las declaraciones anteriores y doy mi total consentimiento voluntario a sus contenidos.

Firma del paciente o representante

Fecha

**Nombre en letra de molde del paciente
o representante**

Parentesco con el paciente



Aviso de políticas financieras y prácticas de facturación

Lea cuidadosamente los siguientes párrafos y escriba sus iniciales en el espacio provisto de cada párrafo. Si da su consentimiento a cada uno de los siguientes, firme y feche este formulario como se indica a continuación.

_____ **Declaración de política financiera:**

Los proveedores y el personal de Excelsia Injury Care están muy preocupados por el costo de su atención médica. Se ha tenido un cuidado considerable al establecer nuestras tarifas. Queremos asegurarle que nuestros costos reflejan precisamente la complejidad de la atención prestada y la habilidad y experiencia para su atención. Nuestras tarifas son comparables con las tarifas para especialidades similares dentro del área donde se prestan los servicios. Utilizamos muchas fuentes para determinar la idoneidad de nuestras tarifas. Excelsia Injury Care presentará su reclamo a su compañía de seguro en su nombre; sin embargo, usted es el responsable final del servicio que recibe.

_____ **Asignación de beneficios/garantía de pago:**

Si escribe sus iniciales aquí y firma a continuación, autoriza por la presente, el pago directo a Excelsia Injury Care de cualquier seguro, lesión personal o cualquier otro beneficio pagadero a usted por cualquier servicio prestado. Además, otorga un derecho de retención sobre su caso a Excelsia Injury Care contra todos y cada uno de los ingresos del acuerdo, sentencia o veredicto que puedan pagarse directamente a usted o a su abogado como resultado de las lesiones por las que ha sido tratado, incluidos los ingresos de cualquier seguro médico, protección contra lesiones personales o cobertura de pago médico que reciba en relación con su caso. Usted autoriza e indica a su abogado que retenga cualquier suma de cualquier acuerdo, juicio o veredicto según sea necesario para proteger adecuadamente a Excelsia Injury Care y pagar a Excelsia Injury Care directamente por los servicios prestados. Autoriza a su(s) abogado(s) a notificar a Excelsia Injury Care por pedido de Excelsia Injury Care de cualquier cambio sustancial en la causa de acción relacionada con la enfermedad o lesiones que haya sufrido que podrían afectar su capacidad para pagar los servicios de atención de la salud prestados por Excelsia Injury Care.

_____ **Cortesías de pago extendidas no vinculantes:**

Usted reconoce que, si Excelsia Injury Care le permite retrasar el pago en previsión del reembolso de un tercero, incluidos los fondos obtenidos de un acuerdo, dicha indulgencia es solo una cortesía, y dicha cortesía puede retirarse en cualquier momento previo aviso. Si Excelsia Injury Care le ofrece una cortesía de pago retrasado, entonces usted entiende que el pago de los servicios prestados es pagadero en su totalidad en el momento del servicio. Si se ofrece una cortesía de pago retrasado, pero posteriormente es retirada, entonces el pago de todos los servicios prestados puede ser exigible a petición de Excelsia Injury Care. Usted otorga a Excelsia Injury Care un poder notarial para cobrar estas sumas en su nombre, y acuerda nunca rescindir este documento y que su abogado no aceptará una recesión. Usted por la presente instruye

que en caso de que otro abogado sea sustituido en el asunto, el nuevo abogado honrará el gravamen como inherente al acuerdo, sentencia o veredicto y exigible en el caso como si lo hubiera ejecutado él. Usted se compromete a notificar a Excelsia Injury Care por escrito si cambia o sustituye a su abogado, y autoriza a su abogado a notificar a Excelsia Injury Care si su representación termina por cualquier motivo.

Responsabilidad financiera:

Usted es financieramente responsable de todos los medicamentos una vez que salga del consultorio, incluso si decide que no quiere los medicamentos. Excelsia Injury Care no realizará reembolsos por medicamentos que no utilice o no quiera. Por la presente, reconoce su responsabilidad para cualquier deducible de seguro de salud, coseguro u otra suma no pagada por una compañía aseguradora, o cualquier otra tercera parte, por cualquier motivo, pagadero a pedido de Excelsia Injury Care. Excelsia Injury Care podrá interrumpir el tratamiento si no se efectúa el pago puntual de cualquier suma adeudada cuando se solicite. Se puede cobrar una cuota por atraso de medio por ciento (.5 %) por mes a los saldos pendientes de pago que queden después de treinta (30) días a partir de la fecha de vencimiento del pago. En el caso de que la cuenta se remita a cobranzas, usted acepta pagar todos los honorarios razonables de cobranza y de los abogados requeridos para cobrar cualquier saldo atrasado. En caso de que cualquier compañía de seguros que esté obligada por ley o por contrato a realizar el pago de los servicios médicos se niegue a realizar dichos pagos, en su totalidad o en parte, usted asigna a Excelsia Injury Care sus derechos a cualquier causa de acción que exista contra dicha compañía de seguros en su nombre y a acordar o resolver cualquier acción tal como Excelsia Injury Care lo considere adecuado.

Costos del médico/centro:

Además de cualquier factura que pueda recibir correspondiente a tarifas profesionales del médico, también puede recibir una factura del centro por separado, en el caso de que un centro de terceros (es decir, un centro de cirugía) participe en su atención, cuya cantidad puede determinarse comunicándose con la instalación antes de presentarse allí.

Formularios de seguro de ingreso complementario:

Durante el tiempo de su discapacidad, es posible que tenga formularios de seguro que necesitará que completemos para poder pagar ciertas facturas. Estas facturas podrían incluir su pago de hipoteca, pago de automóvil, tarjetas de crédito, etc. Como cortesía para usted, nuestro paciente, estaremos contentos de rellenar estos formularios para usted. Rellenaremos el primero de estos formularios sin costo para usted. Después del primero y a partir de ahí habrá un costo de \$11.00 por formulario, que es su responsabilidad, pagadero con tarjeta de crédito. Debe completar todo lo que pueda del formulario, y darnos cinco (5) días hábiles para que lo completemos. Le llamaremos cuando el formulario esté listo y pueda pasar por la oficina a recogerlo. Si quiere que le enviemos el formulario por correo, debe entregarnos un sobre con estampilla y su dirección. Le devolveremos el formulario tan pronto como lo completemos.

[Sigue la página de la firma]



Certifico que he leído y entendido plenamente las declaraciones anteriores y doy mi total consentimiento voluntario a sus contenidos.

Firma del paciente o representante

Fecha

**Nombre en letra de molde del paciente
o representante**

Parentesco con el paciente

Aviso de prácticas de privacidad; consentimiento para comunicaciones electrónicas

Lea cuidadosamente los siguientes párrafos y escriba sus iniciales en el espacio provisto de cada párrafo. Si da su consentimiento a cada uno de los siguientes, firme y feche este formulario como se indica a continuación.

_____ **Derechos y responsabilidades de los pacientes/aviso de prácticas de privacidad:**

Reconozco que he recibido los Derechos y responsabilidades de los pacientes de Excelsia Injury Care y el aviso de prácticas de privacidad.

_____ **Autorización a Excelsia Injury Care para revelar/acceder a la información:**

Por la presente autorizo a Excelsia Injury Care a revelar, a través de una copia en papel o electrónicamente, mi diagnóstico y otra información médica a mi abogado; también a revelar copia de cualquier otro informe médico que se haya obtenido de otras fuentes, en relación con mi lesión actual, así como también cualquier informe médico anterior, si se lo solicita. Al revelarse a mi abogado, Excelsia Injury Care no se hace responsable por el uso o revelación de esta información conforme a esta autorización. Entiendo que los proveedores de Excelsia Injury Care pueden acceder a mi historial de medicamentos al utilizar el Intercambio de Información de Salud (Health Information Exchange, HIE) y el Programa de Control de Medicamentos Recetados (Prescription Drug Monitoring Program, PDMP). Con la excepción de los datos clínicos de sustancias controladas reportados al PDMP, puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito a Excelsia Injury Care.

_____ **Autorización a PriorityCare Rx para revelar/acceder a la información:**

Excelsia Injury Care tiene una relación con PriorityCare Rx, un servicio de farmacia de pedidos por correo que puedo utilizar para surtirme de los medicamentos que me hayan recetado en el transcurso de mi tratamiento en Excelsia Injury Care. Entiendo y puedo elegir surtir mis recetas en una farmacia de mi elección y no estoy obligado a utilizar PriorityCare Rx para mis recetas. Al firmar este documento, reconozco que si decido utilizar PriorityCare Rx para mis recetas, por la presente autorizo a PriorityCare Rx a divulgar, mediante copia impresa o electrónica, información relacionada con mis medicamentos recetados, diagnóstico y plan de tratamiento a mi abogado. Al revelarse a mi abogado, ni PriorityCare Rx ni Excelsia Injury Care serán responsables por el uso o revelación de dicha información conforme a esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a Excelsia Injury Care.



_____ **Comunicaciones electrónicas:**

Al firmar este documento, le doy permiso a Excelsia Injury Care a dejarme mensajes relacionados con mis citas en el contestador automático o con una persona responsable que atienda el teléfono del hogar. Además, al firmar este documento, entiendo que estoy optando por recibir correos electrónicos o mensajes de texto automatizados al correo electrónico o números de teléfono que proporcioné. Se aplicarán tarifas de mensajes/datos. Al estar de acuerdo con aceptar estos mensajes de texto, reconozco y entiendo que los mensajes de texto SMS no son una forma de comunicación segura y que hay cierto riesgo de que un texto que contenga información de salud personal (personal health information, PHI) sea divulgado o interceptado por terceros no autorizados. Excelsia Injury Care NO enviará mensajes con información sensible como resultados de diagnósticos reales, simplemente me notificará a través de mensajes de texto que la información adicional está disponible y que debo ponerme en contacto con Excelsia Injury Care cuando pueda. Puedo optar por no recibir más mensajes en cualquier momento respondiendo "STOP" al mensaje de texto. Entiendo que los proveedores de Excelsia Injury Care no pueden participar en mensajes de texto bidireccionales.

Certifico que he leído y entendido plenamente las declaraciones anteriores y doy mi total consentimiento voluntario a sus contenidos.

Firma del paciente o representante

Fecha

Nombre en letra de molde del paciente o representante

Parentesco con el paciente



Aviso de interés de beneficiario

Durante el transcurso de su tratamiento en Excelsia Injury Care puede ser necesario realizar pruebas de diagnóstico para brindarle información importante al proveedor tratante sobre su enfermedad/lesión. Posteriormente, puede ser necesario tratamiento adicional o cirugía. Contamos con centros para brindarle algunos de estos servicios adicionales. Puede elegir que le presten los servicios en nuestros centros o en cualquier lugar que desee.

Tenga en cuenta que los proveedores de Excelsia Injury Care, el Dr. Scott Pello, el Dr. Bradley Ferrara y el y Dr. Constantine Misoul, tienen un interés de beneficio o acuerdo de compensación con PriorityCare Rx, LLC, una farmacia de pedidos por correo asociada con nuestro consultorio. Además, el Dr. Constantine Misoul, tiene un interés de beneficio o un acuerdo de compensación con Excelsia Injury MRI, anteriormente conocida como Multi Specialty MRI.

Dr. Scott Pello, tiene un interés de beneficio o relación de compensación con los siguientes centros quirúrgicos:

- Ambulatory Surgery Center de Bala Cynwyd, PA ubicado en 100 Presidential Blvd., Floor 4, Bala Cynwyd, PA 19004.
- Huntingdon Valley Surgical Center, ubicado en 1800 Byberry Road, Bldg. 10, Huntingdon Valley, PA 19006.
- Main Line Surgery Center, ubicado en 10 Presidential Blvd., Suite 102, Bala Cynwyd, PA 19004.

Por favor, tenga en cuenta que Mark Paiste, D.O. tiene un interés beneficioso o una relación de compensación con Advanced Surgical Insititue ubicado en 556 Egg Harbor Road, Suite B, Sewell, NJ 08080.

Varios centros de Excelsia Injury Care ofrecen servicios internos de dispensación de medicamentos ("Farmacia interna") para surtir las recetas que le recetó su médico tratante. El empleador de su médico tratante de Excelsia Injury Care y/o su medico tratante tienen un interés financiero en la farmacia interna.

Si desea recibir servicios adicionales con un proveedor distinto en su comunidad, háganoslo saber y estaremos encantados de remitirlo.

Certifico que he leído y entendido plenamente las declaraciones anteriores y doy mi total consentimiento voluntario a sus contenidos.

Firma del paciente o representante

Fecha

Nombre en letra de molde del paciente o representante

Parentesco con el paciente

Aviso de políticas oficiales

Este documento describe las políticas de oficina de Excelsia Injury Care y se le proporciona a usted como una cortesía y una referencia conveniente. Si tiene preguntas o dudas con respecto a estas políticas, no dude en notificar al personal de Excelsia Injury Care o a su proveedor, quienes estarán contentos de ayudarlo.

Citas programadas:

Haga todo lo posible por llegar a tiempo a sus citas programadas. Si llega tarde a su cita, haremos todo lo posible por verlo, pero nuestro personal atenderá a los pacientes que lleguen a tiempo antes de atenderlo a usted.

Objetos personales de valor:

Se aconseja a los pacientes a que dejen todas sus pertenencias de valor y dinero en casa. Excelsia Injury Care no será responsable por la pérdida o daño de cualquier objeto personal traído a Excelsia Injury Care, incluidos gafas, dentaduras postizas y joyas.

Uso de dispositivos electrónicos:

Para garantizar la confidencialidad y la privacidad, está prohibido el uso de cualquier dispositivo electrónico en nuestras oficinas. Estos dispositivos incluyen, entre otros, teléfonos móviles, tabletas portátiles o cualquier otro tipo de dispositivo de grabación.

Asistentes médicos y médicos supervisores:

Nuestro personal médico está formado por asistentes médicos autorizados o enfermeros facultativos, que habitualmente brindan tratamiento a nuestros pacientes bajo la supervisión de un médico. El tratamiento por parte de un asistente médico o un enfermero facultativo bajo la supervisión de un médico puede incluir la receta y dispensación de medicamentos.

Servicios de receta:

Como paciente, usted puede obtener medicamentos aquí, si no encuentra una farmacia convenientemente cerca. Informe a su proveedor de su preferencia cuando se analicen los medicamentos durante su visita.

Obtención de copias de imágenes por resonancia magnética (IRM):

Si necesita obtener una copia de su IRM, llame al centro donde se realizó la IRM. El tiempo de espera para recibir una copia es de 48 horas.

[Sigue la página de la firma]



Certifico que he leído y entendido plenamente las declaraciones anteriores y doy mi total consentimiento voluntario a sus contenidos.

Firma del paciente o representante

Fecha

Nombre en letra de molde del paciente
o representante

Parentesco con el paciente

Consentimiento informado quiropráctico

Por favor, lea este documento en su totalidad antes de firmarlo.

Es importante que entienda esta información para poder tomar una decisión informada sobre sus opciones de atención médica. Por favor, pregunte antes de firmar si hay algo que no está claro.

La naturaleza del ajuste quiropráctico

El tratamiento principal utilizado por los Doctores en Quiropráctica (DC) se conoce en la literatura de investigación médica como ajustes/manipulaciones/movilizaciones articulares. Consiste en utilizar las manos o un instrumento mecánico para movilizar las estructuras articulares afectadas.

Terapias complementarias

Además de los ajustes, su quiropráctico y sus asistentes han recibido formación adicional y una licencia independiente para ofrecer modalidades de fisioterapia que pueden realizar para ayudarle en su recuperación y en la mejora general de su salud. Las modalidades varían de una oficina a otra, pero todos los servicios que pueden ser prestados por ellos siempre han sido aprobados, y están regulados, por la junta estatal dada con la que los quiroprácticos de Excelsia Injury Care están autorizados.

Análisis/examen

Con el fin de llegar a un diagnóstico de trabajo de su condición particular, usted consiente en someterse a diversos procedimientos de evaluación, incluyendo, pero no limitado a, la consulta, signos vitales, rango de pruebas de movimiento, palpación, pruebas ortopédicas/neurológicas, análisis postural, pruebas de fuerza muscular y estudios radiológicos. Según los resultados de la evaluación, puede ser necesario remitirlo a otras pruebas diagnósticas o a una consulta médica. **Al rellenar el formulario de admisión del paciente, es necesario que recuerde detalladamente sus antecedentes médicos.** Esta información es importante para ayudar a su médico a determinar el mejor curso de acción clínica para su bienestar.

Los riesgos materiales inherentes al ajuste quiropráctico

Como ocurre con cualquier procedimiento médico, pueden surgir ciertas complicaciones durante la manipulación quiropráctica y las terapias complementarias. **Aunque estos riesgos son poco frecuentes,** incluyen, entre otros, fracturas, lesiones discales, luxaciones, distensiones musculares, mielopatía cervical, distensiones costovertebrales y quemaduras. No es raro que algunos pacientes sientan cierta rigidez y dolor tras los primeros días de tratamiento.

Algunos tipos de manipulación cervical se han asociado a lesiones de las arterias vertebrales que provocan o contribuyen a complicaciones graves, incluido el accidente cerebrovascular. Esta

forma de incidencia es extremadamente rara y se produce aproximadamente una vez por cada 1-2 millones de procedimientos. Aunque estas complicaciones han sido objeto de continuas investigaciones y debates, una relación causal es extremadamente rara y remota.

El tratamiento quiropráctico ha sido objeto de investigaciones realizadas a lo largo de muchos años y ha demostrado ser una forma de tratamiento adecuada y eficaz para el dolor de columna y articulaciones y otros síntomas similares. También se ha comprobado que los cuidados quiroprácticos contribuyen a su bienestar general. El riesgo de complicaciones es sustancialmente menor que los riesgos asociados a muchos medicamentos y tratamientos alternativos para los mismos tipos de afecciones musculoesqueléticas.

Durante el examen, el médico hará todos los esfuerzos razonables para detectar contraindicaciones para la atención. No obstante, si padece una enfermedad que, de otro modo, no llamaría la atención del médico, es responsabilidad suya informarle. Su Doctor en Quiropráctica evaluará su caso individual, le proporcionará una explicación de los cuidados y el plan de tratamiento sugerido, o alternativamente lo remitirá a consulta o evaluación adicional si lo considera necesario.

La disponibilidad y naturaleza de otras opciones de tratamiento

Como un centro multidisciplinario de atención de salud, en Excelsia Injury Care reconocemos los beneficios de otras opciones de tratamiento que ofrecemos, junto con sus tratamientos quiroprácticos. Estas opciones están fuera del ámbito de la quiropráctica, pero pueden ser proporcionados por los miembros de nuestro personal médico o su médico personal. Estas opciones incluyen:

- Analgésicos de venta libre autoadministrados y reposo.
- Atención médica y medicamentos recetados, como antiinflamatorios, relajantes musculares y analgésicos.
- Hospitalización.
- Cirugía.
- Si decide utilizar alguna de las otras opciones de tratamiento mencionadas anteriormente, debe tener en cuenta que existen riesgos y beneficios de dichas opciones, y puede que desee comentarlos con su médico.

Supervisión indirecta de asistentes quiroprácticos certificados

Durante su tratamiento nuestro Doctor en Quiropráctica puede ser asistido por Asistentes Quiroprácticos Certificados (CCA). En tal caso, todos ellos han sido autorizados por la Junta Estatal de Quiroprácticos para asistirle en su tratamiento. En algunos estados, nuestros CCA están autorizados por la Junta Estatal de Quiroprácticos para iniciar su tratamiento sin el

Doctor en Quiropráctica en las instalaciones, lo que se denomina supervisión indirecta. El protocolo de nuestra empresa es que dicha supervisión indirecta sólo se utilizará si la llegada del Doctor en Quiropráctica se retrasa por un corto período de tiempo y sólo cuando el Doctor en Quiropráctica esté disponible

inmediatamente por teléfono. Si se le proporciona tratamiento mediante supervisión indirecta, ésta no superará el 10 % del tiempo total de tratamiento en un período determinado de 30 días.

Entiendo y acepto:

- Tengo derecho a abandonar o interrumpir el tratamiento en cualquier momento y los proveedores del consultorio me informarán de cualquier riesgo importante al respecto. Retrasar o interrumpir el tratamiento puede tener efectos perjudiciales para mi salud, de los que acepto toda la responsabilidad.
- Que ni la práctica de la quiropráctica ni la medicina son ciencias exactas y que mi atención puede implicar la realización de juicios basados en los hechos conocidos por el médico durante el curso de mi atención.
- Que no es razonable esperar que el médico pueda prever o explicar todos los riesgos o complicaciones. Un resultado indeseable no indica necesariamente un error de juicio o de tratamiento.
- El consultorio no garantiza los resultados respecto al desarrollo de ningún tratamiento.
- Mi atención y tratamiento no serán observados ni grabados con fines no terapéuticos sin mi consentimiento.

NO FIRME HASTA HABER LEÍDO Y COMPRENDIDO LO ANTERIOR.

MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE Y FIRME A CONTINUACIÓN.

He leído [] o me han leído [] la explicación anterior sobre el ajuste quiropráctico y el tratamiento relacionado que puedo recibir. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y discutir mi atención con el Doctor en Quiropráctica (DC). Mi firma abajo reconoce mi consentimiento al examen y a los tratamientos propuestos que serán proporcionados por Excelsia Injury Care.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre del tutor (si es un menor): _____

Firma del tutor: _____