



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

Direction: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

#de Telefono: \_\_\_\_\_ # de telefono alternativo: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Emplador: \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Medico: \_\_\_\_\_ #de telefono: \_\_\_\_\_

Como se entero acerca de nosotros? ( ) Directorio telefonico ( ) Google ( ) Abogado ( ) Doctor ( ) Amigo  
( ) Otro: \_\_\_\_\_

### **Information de Seguro**

Tipo de Seguro: ( ) Work Comp ( ) Auto ( ) Privada ( ) Medicare ( ) Injury Finance ( ) Western Healthcare

Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_

Direction de seguro: \_\_\_\_\_

#de telefono del seguro: \_\_\_\_\_

#de reclamo/ ID: \_\_\_\_\_ Fecha de lesion: \_\_\_\_\_

#de Grupo: \_\_\_\_\_ Ajustador: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Emplador del Asegurado: \_\_\_\_\_

Yo entiendo y reconozco mi cobertura de seguro es un contrato entre mi compañía de seguros y yo y que yo soy personalmente responsable por todos los gastos médicos incurridos durante la evaluación y tratamiento. Yo entiendo que como una cortesía mi seguro será facturado, sin embargo, que es mi responsabilidad de dar seguimiento a las reclamaciones delincuentes. Si yo soy un miembro de un plan PPO o un HMO estoy obligado a pagar mi co-pago y o el pago de co-seguros en el momento oportuno, y yo soy responsable de mantener a mi médico de atención primaria de referencia actual. Yo autorizo a CITC comunicar toda la información médica a mi compañía de seguros para el procesamiento de mi reclamo. Asigno todos los beneficios de dichos reclamos a esta práctica. También estoy de acuerdo que una copia de este acuerdo tendrá la misma validez que el original.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Paciente/ Persona Responsable )

Colorado Injury Treatment Center, PC  
14001 E. Iliff Ave., #111  
Aurora, Co 80014  
Ph: 303-745-0803 Fax: 720-306-3758

Therapist initial \_\_\_\_\_

## **El consentimiento informado para el examen y tratamiento**

Yo Doy mi consentimiento para la realización de exámenes y tratamientos en mí (nombre del paciente) \_\_\_\_\_, por los médicos con licencia de la quiropráctica, licenciado / doctor de la terapia física, y / o terapeuta de masaje con licencia / certificado que puede ser empleado por o participando en la práctica en esta clínica, Colorado Injury Treatment Center, PC.

Yo entiendo que la terapia quiropráctica, terapia física y terapia de masaje no son una ciencia exacta y que mi tratamiento puede consistir en un juicio basado en hechos y la información conocida por el terapeuta. Los terapeutas utilizan este juicio para tratar de anticipar o explicar los riesgos y complicaciones y un resultado indeseable no necesariamente indica un error de juicio. No hay garantía de resultados se puede hacer o se espera, sino que quiero confiar en el terapeuta para elegir y recomendar un mejor curso de tratamiento basado en hechos conocidos que este en mi mejor interés.

Además, entiendo que hay ciertos grados de riesgo asociados con la quiropráctica, terapia física, terapia del masaje y de cuidado de la salud. Que incluye raramente, pero no limitado a, fracturas, lesiones de disco, derrame cerebral y esguince/ torcedura y por ello estoy dispuesto a aceptar y consentir a los riesgos asociados con el cuidado que estoy a punto de recibir.

He leído, o la información anterior se me ha explicado en relación con su consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de mi examen y tratamiento. Al firmar abajo, estoy de acuerdo y la intención de este formulario de consentimiento para cubrir el procedimiento prescrito para mi condición y por cualquier otra condición para la que buscan tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente o la autoridad

\_\_\_\_\_  
Testigo

Colorado Injury Treatment Center, PC  
14001 E. Iliff Ave., #111  
Aurora, Co 80014  
Ph: 303-745-0803 Fax: 720-306-3758

Therapist initial \_\_\_\_\_

**Questionario del Paciente**

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ Tipo de lesión: ( ) WC ( ) Auto ( ) otro

Área (s) lesionados: \_\_\_\_\_

Por favor, describa **en detalle** el accidente / lesión: \_\_\_\_\_

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

**Below is for therapist to fill out**

**Complaint #1:**

What is your major complaint (body part): \_\_\_\_\_

When did your symptoms begin: ( ) immediately ( ) hrs/days/weeks after

What percent of the time do you experience/ feel this symptom? \_\_\_\_\_%.

What activities make this symptom worse? \_\_\_\_\_

What makes this symptom better? \_\_\_\_\_

Pain scale (circle): Mild Moderate Severe

Has this condition: ( ) Improved ( ) unchanged ( ) Getting Worse

Is this condition interfering with your: ( ) Work ( ) Sleep ( ) Daily Routine ( ) Exercise

**Complaint #2:**

What is your major complaint (body part): \_\_\_\_\_

When did your symptoms begin: ( ) immediately ( ) hrs/days/weeks after

What percent of the time do you experience/ feel this symptom? \_\_\_\_\_%.

What activities make this symptom worse? \_\_\_\_\_

What makes this symptom better? \_\_\_\_\_

Pain scale (circle): Mild Moderate Severe

Has this condition: ( ) Improved ( ) unchanged ( ) Getting Worse

Is this condition interfering with your: ( ) Work ( ) Sleep ( ) Daily Routine ( ) Exercise

**Complaint #3:**

What is your major complaint (body part): \_\_\_\_\_

When did your symptoms begin: ( ) immediately ( ) hrs/days/weeks after

What percent of the time do you experience/ feel this symptom? \_\_\_\_\_%.

What activities make this symptom worse? \_\_\_\_\_

What makes this symptom better? \_\_\_\_\_

Pain scale (circle): Mild Moderate Severe

Has this condition: ( ) Improved ( ) unchanged ( ) Getting Worse

Is this condition interfering with your: ( ) Work ( ) Sleep ( ) Daily Routine ( ) Exercise

Está trabajando actualmente? ( ) Sí ( ) No      Estatus Laboral: ( ) de servicio completo ( ) Modificado  
Si está trabajando, usted es capaz de trabajar sin dolor? ( ) Sí ( ) No  
Ha perdido días de trabajo de esta lesión? ( ) Sí ( ) No

Título del Trabajo: \_\_\_\_\_

Cuáles son sus requisitos de trabajo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Detalles sobre sus limitaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Therapist initial** \_\_\_\_\_

### **Historia del paciente**

Tiene o ha tenido alguna vez alguna de las siguientes:

	SI	NO
Los dolores de cabeza severos	_____	_____
Visión / oído dificultades	_____	_____
Adormecido / hormigueo	_____	_____
Mareos / desmayos	_____	_____
Debilidad	_____	_____
Pérdida de peso / Pérdida de energía	_____	_____
Alergias	_____	_____
Enfermedades infecciosas (Etc resfrío no es común)	_____	_____
Presión arterial Alta / baja	_____	_____
Diabetes	_____	_____
Arthritis	_____	_____
Enfermedad degenerativa de las articulaciones	_____	_____
Está embarazada?	_____	_____
Fuma?	_____	_____

**Lista de las Lesiones anteriores:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Cualquiera y todas las enfermedades graves:** \_\_\_\_\_

Lista de los medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

Lista de las intervenciones quirúrgicas y los años: \_\_\_\_\_

Lesiones anteriores relacionadas con Deportes: \_\_\_\_\_

Accidentes automovilísticos anteriores: \_\_\_\_\_

Lesiones laborales anteriores: \_\_\_\_\_

Colorado Injury Treatment Center, PC  
14001 E. Iliff Ave., #111  
Aurora, Co 80014  
Ph: 303-745-0803 Fax: 720-306-3758

Therapist initial \_\_\_\_\_

## Consentimiento del Paciente nuevo para usar y divulgar la información de salud

Para las operaciones de tratamiento, pago o atención médica

Entiendo que como parte de mi cuidado de salud, Colorado Injury Treatment Center origina y mantiene el papel y / o registro electrónico que describen mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de las pruebas, diagnóstico, tratamiento, y cualquier plan para el cuidado o tratamiento futuro. Yo entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento,
- Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado,
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta,
- Un medio por el cual un tercer pagador pueda verificar que los servicios fueron efectivamente prestados, y
- Una herramienta para operaciones de atención médica de rutina, tales como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar una copia y / o que se han ofrecido a llevar una copia para leer el Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de la información utilizada y revelaciones. Yo entiendo que tiene los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento,
- El derecho a solicitar restricciones en cuanto a mi información de salud puede ser usada o revelada restricciones \_\_\_\_\_

0 - Aviso de prácticas de privacidad aceptadas 0 - Rechazado Aviso de Prácticas de Privacidad

Inicial \_\_\_\_\_

Yo entiendo que no es necesario que Colorado Injury Treatment Center este de acuerdo con las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excluir en la medida en que la organización ya ha tomado medidas al respecto. También entiendo que al negarse a firmar o revocar este consentimiento Colorado Injury Treatment Center puede negarse a tratar me de lo permitido por la sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

Además, entiendo que Colorado Injury Treatment Center se reserva el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad, de acuerdo con la sección 164.520 del Código de Regulaciones Federales. En caso de que Colorado Injury Treatment Center cambie su notificación, se enviará una copia de la notificación revisada a la dirección que he proporcionado (correo de los EE.UU.).

Entiendo que como parte del Tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud Colorado Injury Treatment Center's puede tener la necesidad de revelar mi información protegida de salud a otra entidad, y doy mi consentimiento para la divulgación de estos usos permitidos, incluyendo las revelaciones a través de fax.

Entiendo completamente los términos de este acuerdo \_\_\_\_\_

Firma del Paciente

Fecha

Colorado Injury Treatment Center, PC  
14001 E. Iliff Ave., #111  
Aurora, Co 80014  
Ph: 303-745-0803 Fax: 720-306-3758

Therapist initial \_\_\_\_\_

## Registro del Paciente de la información divulgada

En general, la regla de privacidad de HIPAA da a los individuos el derecho a solicita restricciones en los usos y divulgaciones de su información de salud protegida (PHI). El individuo también se proporciona el derecho de solicitar la comunicación confidencial, o que la comunicación de PHI se hace por medios alternativos. **Es decir, el envío de correspondencia a la oficina del individuo en lugar de la casa de las persona. (Por favor, tenga en cuenta que hacemos llamadas de cortesía como recordatorio para todas las citas, así que por favor asegúrese de que mantenemos un número de contacto actualizada o comunicar en la sección abajo, si usted no desea ser contactado).**

Deseo ser contactado en la siguiente manera (**marque todo lo aplicable**)

**#de Telefono Casa/ Cell** \_\_\_\_\_  
 Se puede dejar un mensaje detallado  
 Dejar un mensaje con el número de devolver la llamada SOLO

**#de Telefono Trabajo** \_\_\_\_\_  
 Se puede dejar un mensaje detallado  
 Dejar un mensaje con el número de devolver la llamada SOLO

**Communications por Escrito**  
 Ok para enviar por correo al domicilio  
 Ok para enviar por correo a mi dirección de trabajo  
 Ok para enviar por fax a este número

**Otro:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Los informes se enviarán automáticamente a su compañía de seguros y las actualizaciones verbal proporcionada a su ajustador / caja de manejar. Si desea que la misma información que envió a su abogado u otro médico tratante, entonces por favor nos proporcione la información completa (Nombre, Direccion, #de Telefono).

\_\_\_\_ Abogado \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Suplementario de Datos

Por favor escriba cualquier miembro de la familia o cuidadores que le gustaría que nos autoriza a comunicar con respecto a su salud, citas, emergencias, etc.

Nombre & # \_\_\_\_\_

Nombre & #: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA PAGAR LOS BENEFICIOS A COLORADO INJURY TREATMENT CENTERS:** Yo autorizo el pago directamente a Colorado Injury Treatment Center quiropráctica, Terapia Física y / o la terapia del masaje. Si cualquier otro modo pagado a mí, por su servicio como se describe, dándose cuenta de que soy responsable de pagar por servicios no cubiertos

\_\_\_\_\_  
**Firma (Patient/Parent of Minor)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:** Por la presente autorizo a Colorado Injury Treatment Center de divulgar la información adquirida en el curso de mi tratamiento sea necesario para procesar las reclamaciones de seguros.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Colorado Injury Treatment Center, PC  
14001 E. Iliff Ave., #111  
Aurora, Co 80014  
Ph: 303-745-0803 Fax: 720-306-3758

Therapist initial \_\_\_\_\_

**Colorado Injury Treatment Center- CITC**  
**Poliza de Cancelacion**

**Terapias prescritas son imprescindibles para la recuperación de sus lesiones. Es de suma importancia que usted asista a sus sesiones de terapia. Esta forma se asegura de que usted entiende que se le cobrará \$ 25 por cada cancelación o que no se presente a su cita, una cancelación en el mismo día de su cita se considera que no se presento a la cita.**

Nota: Si usted llega 10 minutos tarde o más se consideran tarde y no va a ser tratado en esa visita, esto será considerado que no se presento y se le hará un cargo de \$ 25.

Si no se presenta todos los gastos de anulación son su responsabilidad, como el paciente, no el seguro. La cuota se debe al comienzo de su próxima visita. Si adquiere más de 3 citas que no se presente o cancelaciones será dado de alta. Si usted es un paciente de compensación al trabajador, su empleador y de ajuste será notificado de su cancelación o falta. Si usted es paciente de Injury Finance , entonces Injury Finance, su médico y su abogado serán notificados. La cuota de falta / cancelación se aplica a cada proveedor, (es decir, si usted tiene Portugal y Malta en el mismo día y que no se presenta, el cobro es de \$ 25.00 por cada proveedor para un total de \$50.00).

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

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_