

Fecha: _____ / _____ / _____

REGISTRO DE PACIENTES

Bajo la "FED, PRIVACY ACT"- IDENTIFICACION SE REQUIERE PARA LO SIGUIENTE:

REGÍSTRARSE COMO PACIENTE, PROPORCIONAR PRUEBA DE SEGURO O CAMBIO LEGALMENTE DE NOMBRE

Nombre Del Paciente:				
	(Apellido)	(Primer Nombre)	(Inicial)	(Apellido de soltera)
Nombre del Garante: (si no es paciente)				
	(Apellido)	(Primer Nombre)	(Inicial)	(Apellido de soltera)
Dirección del Paciente LOCAL:				(Teléfono)
	(Ciudad)	(Estado)	(Zip)	
Dirección Afuera del Estado:				(Teléfono)
(Garantizador si es diferente)	(Ciudad)	(Estado)	(Zip)	
Fecha de Nacimiento del Paciente:	/ /	SEXO: Masculino ☐	Femenino ☐	SS del Paciente - -
	Mes Dia Año			
Licencia de Conducir #:			Emitido en que Estado:	
Paciente/Garante: Estado civil	☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Viudo(a)			
	Nombre del Cónyuge:			Numero de Trabajo:
Dirección de Correo Electrónico:				

☐ Empleador del Paciente, o

☐ Garante de Empleo

Nombre del Empleador:

Ocupación:

☐ Tiempo Completo

Dirección del Empleador:

☐ Tiempo parcial

☐ Retirado

☐ Estudiante

Ciudad:

Estado:

Zip:

Número de Teléfono:

En Caso de Emergencia – (alguien que no sea en la misma dirección o número de teléfono) – Notifique lo siguiente:

Nombre:		Relacion:		Número de Teléfono:	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	
				Zip:	

Hubo Lesión: ☐ No ☐ Si ☐ En el trabajo ☐ En/o alrededor de un Auto ☐ En casa ☐ En la propiedad de otro

Tiene un abogado: ☐ No ☐ Si Nombre: Dirección:

Está cubierto por: ☐ En el trabajo ☐ Suplemento ☐ Grupo de Seguro médico ☐ Póliza Medica Individual ☐ Medicaid (no somos un proveedor participante y no presentamos reclamos a Medicaid) ☐ HMO

¡¡IMPORTANTE!! POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE

Acuerdo de pago:

Acepto ser responsable de pagar en su totalidad por los servicios prestados O asistir con cualquier acción requerida por mí para que mi seguro pague. Presentar mi seguro es un servicio proporcionado por la oficina de Jason B. Kaster,D.C. en mi nombre. Soy responsable en llamar a mi seguro (Si no he tenido noticias de ellos) con respecto al pago dentro de los 30 días después de mi cita. Acepto pagar mi porción de copago o coseguro con prontitud y cualquier cantidad que mi seguro (incluyendo Medicare) indique como "mi responsabilidad". Como paciente de Medicare, entiendo que esta oficina no ha verificado mis beneficios suplementarios y acepto ser responsable de presentar una copia de mi resumen de Medicare junto con cualquier reclamo "duplicado no-asignado " reclamos por _____ (el seguro me reembolsara por todas las reclamaciones no asignadas)

Fecha de la firma del garante/paciente

1791 Boy Scout Drive, Suite 6, Fort Myers, FL 33907

CONSTITUCIONAL**NO****SÍ**

¿Buena salud general últimamente?

☐☐

Peso reciente: ¿Subió? ¿Perdió?

☐☐

¿Fiebre?

☐☐

¿Fatiga?

☐☐

¿Dolores de cabeza frecuentes?

☐☐

¿Otro? _____

OJOS

¿Enfermedad ocular? ¿O lesión?

☐☐

¿Usa gafas? ¿Contactos?

☐☐

¿Visión borrosa? ¿Doble visión?

☐☐

¿Glaucoma?

☐☐

¿Otro? _____

OREJAS/NARIZ/BOCA/GARGANTA

¿Pérdida auditiva? ¿Sonando? ¿Dolor?

☐☐

¿Problema/s sinusales crónicos?

☐☐

Frecuentes: ¿sangrado nasal? ¿Encías sangrantes?

☐☐

¿Llagas en la boca?

☐☐

¿Dolor de garganta frecuente? ¿Cambio de voz?

☐☐

¿Glándulas inflamadas en el cuello?

☐☐

¿Otro? _____

CARDIOVASCULAR

¿Problema cardíaco?

☐☐

¿Dolor en el pecho?

☐☐

¿Latidos irregulares del corazón?

☐☐

¿Dificultad para respirar, caminar, acostándose?

☐☐

Hinchazón de: ¿Pies? ¿Tobillos? ¿Manos?

☐☐

¿Otro? _____

MUSCULOQUELÉTICA

Dolor articular en....

☐☐

¿Rigidez articular? Hinchazón?

☐☐

Debilidad de: ¿Músculo? ¿Articulaciones?

☐☐

Músculo: ¿Dolor? ¿Calambres?

☐☐

¿Dolor de espalda frecuente?

☐☐

¿Dificultad para caminar?

☐☐

¿Otro? _____

GENIROURINARY

Orina: ¿Frecuente?

☐☐

¿Cortadas? ¿Arde? Doloroso?

☐☐

¿Incontinencia? ¿Goteo?

☐☐

¿Piedras de riñón?

☐☐**PIEL Y PECHO****NO****SÍ**

¿Erupción inusual? ¿picazón?

☐☐

Cambios en: ¿Color de piel? ¿cabello? ¿uñas?

☐☐

¿Dolor frecuente en los senos?

☐☐

Protuberancias mamarias: ¿Descarga?

☐☐

¿Otro? _____

NEUROLÓGICOS

¿Dolores de cabeza? ¿Frecuente? ¿Recurrente?

☐☐

¿Cabeza ligera? ¿Mareado? ¿Desmayo?

☐☐

Convulsiones? ¿Trastornos Convulsivos?

☐☐

¿Otro? _____

PSIQUIÁTRICA

Frecuente: ¿Pérdida de memoria? ¿Confusión?

☐☐

Frecuente: ¿Nerviosismo? ¿Depresión?

☐☐

¿Otro? _____

ENDOCRINO

¿Glandular? ¿Problemas hormonales?

☐☐

¿Enfermedad de la tiroides?

☐☐

¿Diabético?

☐☐

Excesiva: ¿Sed? ¿Orina?

☐☐

¿Intolerancia al calor o al frío?

☐☐

¿Otro? _____

RESPIRATORIO

Tos: ¿Crónica? ¿Frecuente?

☐☐

¿Escupiendo sangre?

☐☐

¿Falta de aliento?

☐☐

¿El asma? ¿Sibilancias?

☐☐

¿Otro? _____

GASTROENTESTINAL

¿Pérdida de apetito?

☐☐

¿Cambio en los movimientos intestinales?

☐☐

Frecuentes: ¿Náuseas? ¿Vómitos?

☐☐

¿Sangrado en las heces o rectal? ¿Taburete negro?

☐☐

¿Enfermedad de la úlcera péptica?

☐☐

¿Otro? _____

HEMATOLOGICO/LYMFATICO

Lento para sanar

☐☐

Tendencia a: ¿Sangrar? ¿O un moretón fácilmente?

☐☐

¿Anemia?

☐☐

¿La flebitis?

☐☐

¿Historia de transfusiones de sangre?

☐☐

¿Glándulas agrandadas?

☐☐

HISTORIAL DE CIRUGÍA

	NO	SÍ	
¿Apéndice Extirpado?	☐	☐	¿Cuándo? / /
¿Biopsia de?			¿Cuándo? / /
¿Se ha extirpado la vesícula biliar?	☐	☐	¿Cuándo? / / ¿Por qué?
¿Cirugía cardíaca?	☐	☐	¿Cuándo? / / ¿Tipo?
¿Histerectomía?	☐	☐	¿Cuándo? / / ¿Por qué?
¿Se ha eliminado los ovarios?	☐	☐	¿Cuándo? / / ¿Por qué?

Otros:

Medicamentos/Suplementos:

HISTORIA FAMILIAR

Padre	Vivo	☐	Edad		Problemas:	
	Fallecido	☐	Edad		Causa de Muerte:	
Madre	Vivo	☐	Edad		Problemas:	
	Fallecido	☐	Edad		Causa de Muerte:	
Hermanos	Vivo	☐	Edad		Problemas:	
	Vivo	☐	Edad		Problemas:	
	Vivo	☐	Edad		Problemas:	
	Fallecido	☐	Edad		Causa de Muerte:	
	Fallecido	☐	Edad		Causa de Muerte:	
	Fallecido	☐	Edad		Causa de Muerte:	
Hijos	Vivo	☐	Edad		Problemas:	
	Vivo	☐	Edad		Problemas:	
	Vivo	☐	Edad		Problemas:	
	Fallecido	☐	Edad		Causa de Muerte:	

¿Alguien de su familia tiene/tuvo: ¿Cáncer de Colon? NO ☐ SÍ ☐ ¿Cáncer de mama u ovario? NO ☐ SÍ ☐

¿Quién?

Nombre del paciente (impresión):

Fecha de nacimiento:

Responsabilidad Financiera

Entiendo que puedo ser financieramente responsable de cualquier cargo incurrido en esta oficina y acepto cualquier responsabilidad por cargos que no pueden ser aprobados. La compañía de seguros revisará cualquier/toda la documentación presentada por **Kaster Inc., (dba Jason B. Kaster, D.C.)** para su revisión por necesidad médica y basará su aprobación/negación en esta documentación.

Entiendo que esta oficina se compromete a notificarme tan pronto como sea posible si un servicio no está cubierto y me notificará si mi cuidado no es aprobado por la compañía de seguros. Las visitas iniciales pueden ser denegadas, y esto puede estar más allá de la capacidad de la oficina para notificar al paciente antes de prestar atención aguda mientras espera la aprobación de la cobertura del seguro. Estos cargos serán responsabilidad del paciente si la compañía de seguros los niega.

Esta oficina puede solicitar el pago suyo por cualquier servicio que su plan de seguro médico determine que no es médicamente necesario.

He leído y entiendo mis obligaciones de pago en ausencia de cobertura de seguro.

Iniciales del paciente:

Asignaciones de beneficios y Dirección a pagar

Por la presente autorizo a mi compañía de seguros de quien puedo tener derecho a lesiones personales y/o beneficios de pagos médicos, a hacer dichos pagos, que pudieran de otra manera ser pagados a mí por los servicios prestados por Kaster Inc. (dba Jason B. Kaster, D.C.), pero no a exceder los cargos de esos servicios pagaderos y enviados directamente a:

Kaster Inc., 1791 Boy Scout Drive, Suite 6, Fort Myers FL 33907

Además, por la presente, yo irrevocable asigno a Kaster Inc. (dba Jason B. Kaster, D.C.) los derechos y beneficios, incluyendo el derecho a presentar y enjuiciar una demanda por el cobro de beneficios de lesiones personales y/o pagos médicos, bajo y póliza de seguro, incluyendo aquellas pólizas de seguro de las cuales puedo estar con derecho a lesiones personales y/o beneficios de pagos médicos, acuerdo de indemnización, o cualquier fuente de garantía como se define en las leyes de Florida para cualquier servicio y/o cargos proporcionados por Kaster Inc. (dba Jason B. Kaster, D.C.) Entiendo que a cambio de esta asignación de derechos y beneficios, recibiré tratamiento médico de Kaster Inc. (dba Jason B. Kaster, D.C.).

Iniciales del paciente:

Descargo de responsabilidad por asignación de seguros

Nuestra oficina se complace en aceptar su asignación de seguro. Sin embargo, debe entenderse que el contrato con su compañía de seguros es entre usted y su compañía de seguros. Haremos todo lo posible para presentar su reclamo de seguro y ayudarle a obtener sus beneficios legítimos. Por favor, entienda que usted es totalmente responsable de cualquier cargo incurrido por usted, no reembolsable o cobrable de su compañía de seguros.

Naturalmente, usted es responsable de cualquier deducible o coseguro que haya contratado con su compañía de seguros. La mayoría de las compañías de seguros cubren la atención proporcionada dentro de esta oficina. Sin embargo, algunas empresas tienen límites en su cobertura. Trataremos de confirmar su cobertura y determinar qué servicios estarán cubiertos, cuál es su deducible y cuál es su responsabilidad. Una vez que obtengamos la información, la discutiremos con usted. Se espera el pago del coseguro/copago el día en que se presten los servicios. Usted es bienvenido en cualquier momento a revisar sus cargos actuales y recibir copias de sus facturas y registros.

Iniciales del paciente:

Reconocimiento de recibo de notificación de prácticas de privacidad

Reconozco que se me proporcionó una copia del **Aviso de Prácticas de Privacidad** y que las he leído o rechazado la oportunidad de leerlas y entender el Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que una copia será colocada en mi expediente de pacientes y mantenida durante seis años.

Iniciales del paciente:

Firma del paciente:

Testigo:

Fecha:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Paciente,

Cada tipo de atención médica está asociada con algún riesgo de un problema potencial; esto incluye la atención quiropráctica. En caso de que aceptemos su caso, aunque extremadamente raro, queremos que esté informado sobre posibles problemas con la atención médica quiropráctica antes de dar su consentimiento para el tratamiento.

Manipulaciones: La manipulación quiropráctica es el movimiento de los huesos con las manos del médico o con el uso de un dispositivo. La manipulación frecuente crea un sonido/sensación de "pop" o "click" en el área que se está tratando. Una manipulación es la aplicación específica de fuerzas suaves para facilitar la corrección del cuerpo de la fijación vertebral. En la oficina utilizamos personal capacitado y personal para asistir al doctor con la parte de su instrucción de ejercicio, fisioterapia, etc.

Fijación Vertebral: una desalineación de una o más de las 24 vértebras en la columna vertebral que causan una inflamación articular y/o nerviosa a veces complicada por un espasmo muscular. No ofrecemos tratar ninguna enfermedad sistémica o condiciones no relacionadas con el sistema musculoesquelético. Sin embargo, si durante el transcurso de un examen quiropráctico o durante el tratamiento, nos encontramos con hallazgos no quiroprácticos, médicos o inusuales, le informaremos y podemos referirlo al proveedor de atención médica adecuado.

Lesión de tejido blando: en el contexto de esta oficina el tejido blando se refiere principalmente a músculos, nervios, ligamentos, tendones y discos. Los movimientos musculares de los huesos y los ligamentos limitan el movimiento articular. En raras ocasiones, una manipulación quiropráctica puede desgarrar algunos músculos o fibras de ligamentos. El resultado es un aumento temporal del dolor o la incomodidad y el tratamiento necesario para la resolución, pero no hay efectos a largo plazo para el paciente. Estos problemas ocurren tan raramente que no somos conscientes de ninguna estadística disponible para cuantificar su probabilidad.

Fracturas de costillas: Las costillas se encuentran sólo en la columna torácica o en el centro de la espalda. Se extienden desde la espalda hasta la zona frontal del pecho; rara vez una manipulación quiropráctica romperá un hueso de costilla. Esto ocurre sólo en pacientes que tienen huesos debilitados de cosas tales como osteoporosis. Si la osteoporosis se descubre en sus radiografías, alteramos cuidadosamente nuestra técnica. Estos problemas ocurren tan raramente que no somos conscientes de ninguna estadística para cuantificar su probabilidad.

Dolor: No es raro tener dolor temporalmente después de una manipulación quiropráctica en la región que estaba siendo tratada. Es temporal pero no peligroso; puede notificar a su quiropráctico de cualquier dolor a largo plazo.

Derrame Cerebral: En muy raras ocasiones, una manipulación quiropráctica se ha asociado con un derrame cerebral. El derrame cerebral surge de la arteria vertebral sólo porque la arteria vertebral se encuentra en el cuello. Las técnicas utilizadas en esta oficina se practican específicamente para limitar el riesgo de un derrame cerebral. El quiropráctico promedio tendría que estar en la práctica durante cientos de años antes de que estadísticamente se asociarían con un solo paciente con derrame cerebral.

Hernias de disco: Hernia de disco que crea presión sobre un nervio espinal o en la médula espinal son frecuentemente tratadas con éxito por manipulación quiropráctica y varias terapias. Esto incluye tanto en el cuello como en la espalda. Ocasionalmente, el tratamiento quiropráctico agravará el problema y rara vez la cirugía puede llegar a ser necesaria para la corrección. En raras ocasiones, la manipulación quiropráctica también puede causar un problema de disco si el disco está en una condición debilitada, como la enfermedad degenerativa del disco. Estos problemas ocurren tan raramente que no somos conscientes de ninguna estadística disponible para cuantificar su probabilidad.

Firma del paciente:

Fecha:

Nombre del paciente: