



# FORMULARIO PARA NUEVO PACIENTE PEDIÁTRICO

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

Nombre de los padres / tutores: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Números Telefónicos Casa: ( ) \_\_\_\_\_ Personal: ( ) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Sexo (circule): F M O Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Pediatra: \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Queja principal: \_\_\_\_\_

¿Ha visto a otro médico por esto? sí No Si es así, indique el (los) nombre (s) del médico y los tratamientos previos: \_\_\_\_\_

¿Otros problemas de salud? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE SALUD DE SU HIJO

Por favor indique  cualquiera de las condiciones que haya sufrido su hijo.

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído | <input type="checkbox"/> Escoliosis           | <input type="checkbox"/> Convulsiones      | <input type="checkbox"/> Berrinches          |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza   | <input type="checkbox"/> Asma                 | <input type="checkbox"/> Alergias          | <input type="checkbox"/> Cólico              |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda    | <input type="checkbox"/> Fiebre recurrente    | <input type="checkbox"/> Resfriado crónico | <input type="checkbox"/> Mojar la cama       |
| <input type="checkbox"/> Varicela            | <input type="checkbox"/> Problemas digestivos | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD          | <input type="checkbox"/> Estreñimientos (BM) |

¿Ha visto su hijo a un quiropráctico antes? sí No Si es así ¿Quién / Cuando? \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecerle por referirlo a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Enumere las cirugías que haya tenido su hijo, incluida la fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N/A o Ninguna

Número de dosis de antibióticos que ha tomado su hijo:

Durante los últimos 6 meses: \_\_\_\_\_ Total durante la vida: \_\_\_\_\_

Enumere los medicamentos que está tomando su hijo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N/A o Ninguno

Historial de vacunación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N/A o Ninguna

¿Alguien de su familia ha sido medicamente diagnosticado con alguna condición? Si es así ¿Quién? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N/A o Nadie

### LESIONES / TRAUMA

¿Alguna vez su hijo se ha caído de cabeza desde un lugar alto durante su primer año de vida? Sí No

¿Ha participado su hijo en algún deporte de contacto o de alto impacto? Sí No

¿Alguna vez su hijo ha estado involucrado en un accidente automovilístico? Sí No

¿Su hijo ha sido atendido en caso de emergencia? Sí No

¿Otros traumas no descritos arriba? \_\_\_\_\_

**CONTINÚE EN LA SIGUIENTE PÁGINA →**



# FORMULARIO PARA NUEVO PACIENTE PEDIÁTRICO

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

## HISTORIA PRENATAL

Nombre del Obstetra / Partera: \_\_\_\_\_

¿Alguna complicación durante el embarazo? \_\_\_\_\_

¿Consumo de cigarrillos / alcohol durante el embarazo? Sí No

¿Medicamentos durante el embarazo / parto? Sí No Si es así, enumere: \_\_\_\_\_

¿Cuántas semanas duró su embarazo? \_\_\_\_\_

¿Alguna complicación durante el parto? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas duró el trabajo de parto? \_\_\_\_\_

¿Cesárea? Sí No ¿Emergencia o planificado? \_\_\_\_\_

Peso de nacimiento: \_\_\_\_\_ Longitud de nacimiento: \_\_\_\_\_

## HISTORIA ALIMENTARIA

Leche materna

Botella

Ambos

¿Alergias? \_\_\_\_\_

## PREOCUPACIONES ADICIONALES

Enumere cualquier inquietud adicional con respecto a su hijo en el espacio a continuación:

Esta oficina cumple con las pautas actuales de HIPAA. Puede solicitar una copia de nuestra política de HIPAA en la recepción. Escriba sus iniciales para indicar que se le ha informado de su disponibilidad: \_\_\_\_\_

Las declaraciones hechas en este formulario son precisas a mi leal saber y entender y estoy de acuerdo en permitir que esta oficina me examine para una evaluación adicional.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente impreso

\_\_\_\_\_  
Nombre del tutor legal impreso

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

### OFFICE USE ONLY

Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ HR: \_\_\_\_\_

SAM Bilateral Scale → L: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ CS: \_\_\_\_\_



---

## Consentimiento informado - Dr. Gena Chiropractic

Alentamos y apoyamos un **proceso de toma de decisiones** compartido entre nosotros con respecto a sus necesidades de salud. Como parte de ese proceso, tiene derecho a ser informado sobre el estado de su salud y la atención y el tratamiento recomendados que se le brindarán para que pueda tomar la decisión de someterse o no a dicha atención con pleno conocimiento de los riesgos. Esta información está destinada a informarle mejor para que pueda dar o negar su consentimiento con conocimiento de causa.

**Quiropráctica** se basa en la ciencia que se ocupa de la relación entre las estructuras (principalmente la columna) y la función (principalmente del sistema nervioso) y cómo esta relación puede afectar la restauración y preservación de la salud.

**Los ajustes** son fabricados por quiroprácticos para corregir o reducir las subluxaciones de las articulaciones de la columna y las extremidades. La subluxación vertebral es una alteración del sistema nervioso y es una afección en la que una o más vértebras de la columna están desalineadas y / o no se mueven correctamente, lo que provoca interferencia y / o irritación del sistema nervioso. El objetivo principal de la atención quiropráctica es la eliminación y / o reducción de la interferencia nerviosa causada por la subluxación vertebral.

Se realizará un examen quiropráctico que puede incluir examen físico y espinal, pruebas ortopédicas y neurológicas, palpación, instrumentación especializada, examen radiológico (rayos X) y pruebas de laboratorio.

El ajuste quiropráctico es la aplicación de un movimiento y / o fuerza precisos en la columna para reducir o corregir la (s) subluxación (es) vertebral. Hay varios métodos o técnicas diferentes mediante los cuales se realiza el ajuste quiropráctico, pero generalmente se realizan a mano. Algunos pueden requerir el uso de un instrumento u otro equipo especializado. Además, los procedimientos de fisioterapia o rehabilitación pueden incluirse en el protocolo de tratamiento. Entre otras cosas, la atención quiropráctica puede reducir el dolor, aumentar la movilidad y mejorar la calidad de vida.

Además de los beneficios de la atención y el tratamiento quiroprácticos, también se debe ser consciente de la existencia de algunos riesgos y limitaciones de esta atención. Los riesgos rara vez son lo suficientemente altos como para contraindicar la atención y todos los procedimientos de atención médica tienen algún riesgo asociado.

Los riesgos asociados con algunos tratamientos quiroprácticos pueden incluir dolor, esguince / distensión musculoesquelética y fractura. Los riesgos asociados con la fisioterapia pueden incluir los anteriores, así como una reacción alérgica y dolor muscular y / o articular. Además, se han informado casos de accidente cerebrovascular asociados con visitas a médicos y quiroprácticos. La investigación y la evidencia científica no establecen una relación de causa y efecto entre el tratamiento quiropráctico y la aparición de un accidente cerebrovascular; más bien, estudios recientes indican que los pacientes pueden consultar a médicos y quiroprácticos cuando se encuentran en las primeras etapas de un accidente cerebrovascular. En esencia, ya hay un derrame cerebral en proceso. Sin embargo, se le informa de esta asociación informada porque un accidente cerebrovascular puede causar un deterioro neurológico grave.



# FORMULARIO PARA NUEVO PACIENTE PEDIÁTRICO

## AUTORIZACIONES ESPECÍFICAS:

- Doy permiso al Dr. Gena Chiropractic para usar mi dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico y registros clínicos para contactarme con recordatorios de citas, notificaciones de citas perdidas, tarjetas de cumpleaños, tarjetas relacionadas con las vacaciones, boletines informativos, información sobre alternativas de tratamiento (s) y / u otra información relacionada con la salud.
- Doy permiso para ser contactado por mensaje de texto con respecto a las citas.
- Si Dr. Gena Chiropractic se comunica conmigo por teléfono, les doy permiso para dejar un mensaje telefónico en mi contestador automático o correo de voz.
- Doy permiso al Dr. Gena Chiropractic para usar mi nombre y / o foto en un tablero de bienvenida, tablero de referencias, así como en cumpleaños y / o materiales de marketing para propósitos tales como compartir con otros pacientes potenciales, en folletos, en el sitio web, en sitios de redes sociales y / o en anuncios en medios impresos.
- Doy permiso al Dr. Gena Chiropractic para que me trate en una sala abierta donde también se está tratando a otros pacientes. Soy consciente de que otras personas en la oficina pueden escuchar parte de mi información médica protegida durante el curso de la atención. Si necesito hablar con el médico en cualquier momento en privado, el médico proporcionará una sala para estas conversaciones.
- Entiendo y reconozco que el consultorio del Dr. Gena Chiropractic está monitoreado por videovigilancia las 24 horas y, como tal, estoy sujeto a monitoreo por video en el momento de mis citas.

**Se me ha informado sobre la naturaleza y el propósito de la atención quiropráctica, las posibles consecuencias de la atención y los riesgos de la atención, incluido el riesgo de que la atención no logre el objetivo deseado. Se han explicado tratamientos alternativos razonables, incluidos los riesgos, las consecuencias y la probable eficacia de cada uno. Me han informado de las posibles consecuencias si no recibo atención. Reconozco que no se me ha brindado ninguna garantía con respecto a los resultados de la atención y el tratamiento.**

**HE LEÍDO EL PÁRRAFO ANTERIOR. ENTIENDO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA. TODAS LAS PREGUNTAS QUE TENGO SOBRE ESTA INFORMACIÓN HAN SIDO RESPONDIDAS PARA MI SATISFACCIÓN.**

**TENIENDO ESTE CONOCIMIENTO, CONCIENTEMENTE AUTORIZO AL DR. GENA BOFSHEVER, DC, Y CUALQUIER OTRO MÉDICO ASOCIADO CON LA PRÁCTICA DE GENA M. BOFSHEVER, DC, LLC, PARA PROCEDER CON EL CUIDADO Y TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO.**

HOY ES \_\_\_\_ DIA DE \_\_\_\_\_, 20\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Firma del doctor

**Consentimiento de los padres para un paciente menor:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad del paciente: \_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Nombre impreso de la persona legalmente autorizada para firmar por el paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Además, al firmar a continuación, doy permiso para que el médico maneje al paciente menor de edad mencionado anteriormente, incluso cuando yo no esté presente para observar dicha atención.**

Nombre impreso de la persona legalmente autorizada para firmar por el paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Observaciones:**



# FORMULARIO PARA NUEVO PACIENTE PEDIÁTRICO

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO DETENIDAMENTE.

### Nuestro deber legal

La ley nos exige mantener la privacidad de la información médica protegida y notificarle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica protegida. Debemos cumplir con los términos de este Aviso mientras esté en vigencia. Sin embargo, nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y hacer que las nuevas disposiciones del aviso sean efectivas para toda la información médica protegida que mantenemos. Si hacemos un cambio en los términos de este Aviso, se lo notificaremos por escrito y le proporcionaremos una copia impresa del nuevo Aviso, si lo solicita.

### Usos y divulgaciones

Hay una serie de situaciones en las que podemos usar o divulgar a otras personas o entidades su información médica confidencial. Ciertos usos y divulgaciones requerirán que firme un reconocimiento de que recibió este Aviso de prácticas de privacidad. Estos incluyen tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Cualquier uso o divulgación de su información médica protegida que se requiera para cualquier otra cosa que no sea tratamiento, pago u operaciones de atención médica requiere que firme una Autorización. Ciertas divulgaciones que son requeridas por ley, o bajo circunstancias de emergencia, pueden realizarse sin su Reconocimiento o Autorización. Bajo cualquier circunstancia, usaremos o divulgaremos solo la cantidad mínima de información necesaria de sus registros médicos para lograr el propósito previsto de la divulgación.

Intentaremos de buena fe obtener su Reconocimiento firmado de que recibió este Aviso para usar y divulgar su información médica confidencial para los siguientes propósitos. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos, sino describir los tipos de usos y divulgaciones que puede realizar nuestra oficina una vez que haya otorgado su consentimiento.

Tratamiento. Ejemplo: Podemos usar su información de salud dentro de nuestra oficina para brindarle servicios de atención médica o podemos divulgar su información de salud a otro proveedor si es necesario remitirlo a ellos para recibir servicios.

Pago. Ejemplo: Podemos divulgar su información médica a un tercero, como una compañía de seguros, una HMO, una PPO o su empleador, para obtener el pago por los servicios que se le brindan.

Operaciones de atención médica. Ejemplo: Podemos utilizar su información médica para realizar evaluaciones de calidad interna y actividades de mejora y para la gestión comercial y actividades administrativas generales.

Recordatorios de citas. Ejemplo: Su nombre, dirección y número de teléfono y los registros de atención médica pueden usarse para contactarlo con respecto a recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, postales, mensajes de texto, correo electrónico o cartas), información sobre alternativas a su atención actual u otros relacionados con la salud. Información que pueda ser de su interés.

En los siguientes casos, nunca compartimos su información a menos que nos otorgue un permiso por escrito: fines de marketing, venta de su información, la mayoría de las notas de psicoterapia para compartir. En el caso de la recaudación de fondos: es posible que nos comuniquemos con usted para recaudación de fondos, pero puede decirnos que no lo contactemos nuevamente.

Existen ciertas circunstancias bajo las cuales podemos usar o divulgar su información médica **sin obtener primero su Reconocimiento o Autorización:**

Esas circunstancias generalmente involucran actividades de salud pública y supervisión, actividades de aplicación de la ley, procedimientos judiciales y administrativos y en caso de muerte. Específicamente, es posible que se nos solicite que proporcionemos a ciertas agencias información sobre ciertas enfermedades transmisibles, enfermedades de transmisión sexual o estado de VIH / SIDA. También se nos puede solicitar que informemos casos de abuso, negligencia o violencia doméstica sospechosos o documentados. Estamos obligados a informar a las agencias correspondientes y a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley la información de que usted u otra persona está en peligro inmediato de peligro para la salud o la seguridad como resultado de una actividad violenta. También debemos proporcionar información médica cuando lo ordene un tribunal de justicia. Es posible que nos comuniquemos con usted de vez en cuando para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Debe tener en cuenta que utilizamos una "sala de ajuste abierta" en la que se pueden ajustar varias personas al mismo tiempo y muy cerca. Intentaremos hablarle en voz baja de una manera razonablemente calculada para evitar revelar su información médica a otros; sin embargo, es posible que no sea posible una privacidad total en este entorno. Si prefiere que lo acomoden en una habitación privada, háganoslo saber y haremos todo lo posible para satisfacer sus deseos.

**Otros involucrados en su atención médica:** A menos que se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, su información médica protegida que se relaciona directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si no puede aceptar u oponerse a dicha divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario si determinamos que es lo mejor para usted según nuestro criterio profesional. Podemos usar o divulgar información médica protegida para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona que sea responsable de su cuidado de su ubicación, condición general o muerte. Finalmente, podemos usar o divulgar su información médica protegida a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en los esfuerzos de socorro en casos de desastre y para coordinar los usos y divulgaciones a familiares u otras personas involucradas en su atención médica.

**Barreras de comunicación y emergencias:** Podemos usar y divulgar su información médica protegida si intentamos obtener su consentimiento, pero no podemos hacerlo debido a barreras sustanciales de comunicación y determinamos, utilizando el juicio profesional, que tiene la intención de dar su consentimiento para su uso o divulgación bajo las circunstancias. Podemos usar o divulgar su información médica protegida en una situación de tratamiento de emergencia. Si esto sucede, intentaremos obtener su consentimiento tan pronto como sea razonablemente posible después de la administración del tratamiento. Si la ley o la necesidad nos exigen que le tratemos, y hemos intentado obtener su consentimiento, pero no hemos podido obtener su consentimiento, aún podemos usar o divulgar su información médica protegida para tratarlo.

EXCEPTO LO INDICADO ANTERIORMENTE, SU INFORMACIÓN MÉDICA NO SERÁ UTILIZADA NI DIVULGADA A NINGUNA OTRA PERSONA O ENTIDAD SIN SU AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA, QUE PUEDE SER REVOCADA EN CUALQUIER MOMENTO. En particular, excepto en la medida en que se haya divulgado a entidades gubernamentales requeridas por ley para mantener la confidencialidad de la información, la información no se divulgará más a ninguna otra persona o entidad con respecto a la información relacionada con el tratamiento de salud mental, las drogas y el alcohol. abuso, VIH / SIDA o enfermedades de transmisión sexual que



# FORMULARIO PARA NUEVO PACIENTE PEDIÁTRICO

pueden estar contenidas en sus registros médicos. Del mismo modo, no divulgaremos la información de su historial médico a un empleador con el fin de tomar decisiones laborales, a una aseguradora de responsabilidad civil o abogado como resultado de lesiones sufridas en un accidente automovilístico, ni a las autoridades educativas.

## Derechos del Paciente

Derecho a solicitar restricciones. Puede solicitar que restrinjamos los usos y divulgaciones de la información de su expediente médico para tratamiento, pago y operaciones, o restricciones que involucren su atención o pago relacionado con esa atención. No estamos obligados a aceptar la restricción; sin embargo, si estamos de acuerdo, lo cumpliremos, excepto con respecto a emergencias, divulgación de la información a usted, o si la ley nos exige que hagamos una divulgación completa sin restricciones. Su solicitud debe hacerse por escrito a nuestro Oficial de Privacidad. Si paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar la recepción de comunicaciones confidenciales de su información médica por un medio alternativo o en un lugar alternativo. Si necesita de este tipo solicitud, es posible que se le cobre una tarifa por la solicitud y se le pedirá que especifique la dirección alternativa o el método de contacto y cómo se gestionará el pago. Su solicitud para recibir comunicaciones confidenciales debe hacerse por escrito a nuestro Funcionario de Privacidad.

Derecho a inspeccionar y / o copiar. Tiene derecho a inspeccionar, copiar y solicitar enmiendas a sus registros médicos, incluidos los registros médicos electrónicos. El acceso a sus registros de salud no incluirá las notas de psicoterapia contenidas en ellos, ni la información recopilada en anticipación o para su uso en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo al que su acceso esté restringido por ley. Cobraremos una tarifa razonable por proporcionar una copia de sus registros médicos, o un resumen de esos registros, a su solicitud, que incluye el costo de la copia, el envío postal y la preparación o una explicación o resumen de la información. Su solicitud para inspeccionar y / o copiar su información médica debe hacerse por escrito a nuestro Funcionario de Privacidad.

Derecho a enmendar. Tiene derecho a solicitar que enmendemos cierta información médica mientras esa información permanezca en su registro. Su solicitud para enmendar su información médica debe hacerse por escrito a nuestro Funcionario de Privacidad y debe proporcionar una razón para respaldar la enmienda solicitada.

Derecho a recibir una contabilidad. Tiene derecho a inspeccionar, copiar y solicitar enmiendas a sus registros médicos. El acceso a sus registros de salud no incluirá las notas de psicoterapia contenidas en ellos, ni la información recopilada en anticipación o para su uso en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo al que su acceso esté restringido por ley. Cobraremos una tarifa razonable por proporcionar una copia de sus registros médicos, o un resumen de esos registros, a su solicitud, que incluye el costo de la copia, el envío postal y la preparación o una explicación o resumen de la información. Su solicitud para recibir un informe debe hacerse por escrito a nuestro Funcionario de Privacidad.

Derecho a recibir notificación. Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso, si lo solicita. Estamos obligados a notificarle si hay una violación de su PHI, a menos que exista una baja probabilidad de que la PHI se vea comprometida.

## Quejas

Puede presentarnos una queja por escrito a nosotros o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que se han violado sus derechos de privacidad con respecto a la información confidencial de sus registros médicos. Todas las quejas deben presentarse por escrito y deben dirigirse al Oficial de Privacidad (en el caso de las quejas que recibamos) o A la persona designada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Si no podemos resolver sus inquietudes. No se tomarán represalias contra usted por presentar dicha queja.

Todas las preguntas relacionadas con este Aviso o las solicitudes realizadas de conformidad con él deben dirigirse a: Gerente de la oficina, Dr. Gena Chiropractic, 7119 W Broward Blvd, Plantation, FL 33317.

Por la presente reconozco haber recibido una copia del Aviso de prácticas, políticas y procedimientos de privacidad.

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante personal

\_\_\_\_\_  
Firma del representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Autoridad legal del representante personal

**FECHA DE VIGENCIA DEL AVISO: 29 de julio de 2020**