

Fecha: _____

TRUECARE™

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO AL PACIENTE

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social
Primero Segundo Apellido	mm/ dd /aa	M F	- -
Dirección (<input type="checkbox"/> igual que el Fidor)	Número de teléfono (<input type="checkbox"/> igual que el Fidor)		

ACUSE DE RECIBO DEL PAQUETE DE BIENVENIDA DE TrueCare

Entendemos que la información sobre usted y su salud es confidencial, y estamos comprometidos a proteger su información de salud. Como paciente, debe revisar y firmar este formulario de consentimiento antes de recibir atención. Su autorización permite que el personal de TrueCare use su información de salud para el tratamiento, el pago y nuestras operaciones de atención médica. Puede encontrar información adicional sobre la protección de su información médica en el Aviso de Prácticas de Privacidad que se incluye en este paquete o se puede encontrar en nuestro sitio web de TrueCare.

Ponga sus iniciales al lado de cada elemento que haya revisado y entendido. Los artículos contenidos en el paquete de bienvenida están disponibles en el sitio web de TrueCare, www.truecare.org para su referencia. Los paquetes de bienvenida se proporcionan a los pacientes nuevos, sin embargo, si desea uno o tiene alguna pregunta, solicite ayuda a uno de nuestros empleados de recepción.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

() Iniciales He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, o se ha puesto una copia a mi disposición.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, RECHAZO DEL TRATAMIENTO y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

() Iniciales Yo, (el paciente, la parte responsable o el cuidador autorizado), autorizo a TrueCare y a su personal clínico asignado a administrar y realizar todos los servicios médicos, de diagnóstico, quirúrgicos u otros servicios que se consideren convenientes o necesarios para la atención médica. Esta atención puede ser brindada en persona o a través de una modalidad virtual de salud. Entiendo que tengo derecho a rechazar el tratamiento en cualquier momento. Puedo hacerlo firmando un formulario de *RECHAZO DE TRATAMIENTO*. También doy mi consentimiento para usar y divulgar la información de salud necesaria para el tratamiento, el pago y otras operaciones de atención médica.

Menor (paciente que tiene <18 años de edad).

Agregue el nombre completo de ambos padres o tutores legales:

Nombre de la madre: _____ FDN: mm/ dd /aaaa

Nombre del padre: _____ FDN: mm/ dd /aaaa

Otro, tutores legales: _____ FDN: mm/ dd /aaaa

Relación con el paciente: _____

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

() Iniciales Yo, (el paciente, la parte responsable o el cuidador autorizado), autorizo a TrueCare y a su personal clínico a comunicarse conmigo a través de mi cuenta de MyChart para proporcionar resúmenes de visitas y resultados de laboratorio electrónicamente, así como para enviar y recibir mensajes seguros. Entiendo que la comunicación basada en la web se ofrece como una opción, y que puedo optar por no registrarme en MyChart.

CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN

() Iniciales Yo, (el paciente, parte responsable o cuidador autorizado), autorizo a TrueCare y su personal clínico y cualquier afiliado o agente de TrueCare a comunicarse conmigo u otras personas identificadas a continuación como miembros de mi grupo de apoyo de salud en nuestros teléfonos celulares y/o teléfonos residenciales, utilizando mensajes pregrabados, mensajes de voz artificial, sistemas de marcación telefónica automática, u otra tecnología asistida por computadora. Entiendo que mi proveedor de servicios puede cobrar por tales llamadas. Entiendo que no estoy obligado a dar mi consentimiento para tales llamadas o mensajes como condición para recibir servicio médico. Si no deseo recibir comunicaciones en la dirección o el número de teléfono indicados anteriormente, le pediré a un miembro del personal de TrueCare que me proporcione un formulario de **SOLICITUD PARA CAMBIAR LAS PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN**.

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA A TRAVÉS DE TELESALUD

() **Iniciales** Yo, (el paciente, la parte responsable o el cuidador autorizado) entiendo que tengo derecho a acceder a los servicios a través de una visita en persona, cara a cara o mediante telesalud. Entiendo que hay servicios de traducción y servicios de transporte disponibles para servicios recibidos a través de TrueCare. El uso de telesalud es voluntario y puedo retirar mi consentimiento o dejar de recibir servicios a través de telesalud en cualquier momento sin afectar mi capacidad de acceder a los servicios cubiertos en el futuro. Entiendo que tengo opciones para recibir servicios en persona o a través de telesalud. Si elijo recibir servicios de TrueCare ahora o en el futuro a través de telesalud, entiendo que puede haber limitaciones y posibles riesgos relacionados con recibir servicios a través de telesalud en comparación con una visita en persona. Si tengo preguntas adicionales relacionadas con los servicios de telesalud, entiendo la importancia de abordarlas con el personal de TrueCare.

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD (Opcional)

Como su equipo de atención médica, es posible que necesitemos comunicarnos con usted sobre su salud. Nos gustaría invitarlo a incluir a miembros de su familia y/u otras personas para que formen parte de su grupo de apoyo de salud. A las personas que identifique a continuación se les permitirá discutir su información de salud, incluidas, entre otras, información de citas, resultados de laboratorio, instrucciones de medicamentos e información de referencias, y es posible que se les contacte para un seguimiento en caso de que no podamos comunicarnos con usted. Proporcione información precisa para cualquier persona designada como parte de su grupo de apoyo de salud. Las personas designadas deben mostrar una identificación válida con foto cuando estén en una clínica. **Para solicitar una copia impresa, complete el formulario AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD.**

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD (Opcional)

Persona designada para compartir información de salud

Nombre Apellido	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Información de contacto		Relación con el paciente	*Información confidencial de salud
Nombre		Teléfono #			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Dirección			
Nombre		Teléfono #			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Dirección			

*El permiso para compartir información médica confidencial incluye información sobre tratamientos de salud mental, resultados de pruebas de VIH, o información sobre tratamientos por alcohol o drogas.

AFIRMACIÓN DE ENTENDIMIENTO

Mi firma a continuación confirma mi entendimiento del consentimiento de TrueCare para tratamiento al paciente.

Firma del paciente/padre o tutor legal

Fecha

Relación con el paciente: _____

**La copia de los documentos legales debe ser escaneada en la cuenta del paciente.*

TrueCare USE ONLY

Verbal Consent obtained during Virtual Visit. By Signing below, I acknowledge I have reviewed each section with the patient and Obtained Verbal consent to sign on the patient's behalf.

TrueCare Staff Name (PRINT) _____ Sign _____ Date _____

FORMULARIO de ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Fecha: _____

La asignación de beneficios (ADB) es su acuerdo que ayuda a TrueCare a navegar el proceso de pago con base en la información proporcionada. Si tiene seguro médico o dental, le da permiso a TrueCare para presentar un reclamo y cobrar los pagos al plan de seguro. **TrueCare utilizará la siguiente información para verificar la elegibilidad y la responsabilidad financiera por los servicios proporcionados. Si los servicios no están cubiertos por el seguro, esta información también nos ayuda a evaluar si usted podría calificar para descuentos o programas estatales.**

- Deberá nombrar **a un fiador**; el **fiador** es la persona o entidad que es financieramente responsable del pago en la cuenta de un paciente. El **fiador** aparecerá en el registro y recibirá todas las notificaciones que hagan referencia a reclamos y estados de cuenta.
- Asignar un **fiador** en el sistema de registro relacionará todas las cuentas asociadas, por lo tanto, es importante que **usted anote a los dependientes** en su hogar que son pacientes de TrueCare. Si lo hace, ayudará al personal de TrueCare a asignarlo al **fiador** en el sistema de registro para cada individuo que esté anotado.
- Verificamos la identidad del **fiador** y para asegurarnos de no facturar inadvertidamente a la persona incorrecta los saldos relacionados con los servicios del paciente.

Información del Paciente				
Primer Nombre	Apellido		FDN (mm/dd/aa)	
Dirección de envío:	Ciudad	Código Postal	Estado	Numero Principal de Telefono
Correo electrónico:	Nombre del contacto de emergencia:		N.º de teléfono de emergencia:	

Información del Fiador <i>La persona o entidad financieramente responsable por el pago en la cuenta de un paciente.</i>				
Relación del fiador con el Paciente: *REQUIRED <input type="checkbox"/> Misma/ Persona <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Guardian Legal <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Esposo/a				
¿El fiador es un Paciente de Truecare? *REQUIRED <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Si el fiador no es el paciente mismo, por favor de llenar el resto de esta sección:				
Primer Nombre del Fiador:	Apellido del Fiador:		FDN mm/dd/aa	
Dirección de envío <input type="checkbox"/> Igual a la dirección de el/la paciente, o de lo contrario anotar la dirección aquí:				
Dirección de envío:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Domicilio <input type="checkbox"/> Igual a la dirección de envío. A lo contrario anotar domicilio aquí:				
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Número de Telefono: Igual al de el/la paciente, o de lo contrario anotar el/los numeros aquí:				
Teléfono Principal <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro:		Teléfono Secundario <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro:		
Correo electrónico <input type="checkbox"/> Igual al del paciente, o de lo contrario anotar la información aquí:				
Correo electrónico:				
Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Igual al del paciente, o de lo contrario anotar la información aquí:				
Nombre del contacto de emergencia:				
N.º de teléfono de emergencia:				

Solo anote los dependientes en el hogar que son pacientes de TrueCare.				
Primer Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento mm/dd/aa	Relacion con el Fiador	Tiene este miembro del hogar cobertura medica?
				Si / No
				Si / No
				Si / No

FORMULARIO de ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

				Si / No
				Si / No
				Si / No
				Si / No

Determinación de elegibilidad para descuentos de tarifas

Es política de TrueCare proporcionar servicios esenciales a todos los pacientes, independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos ofrecidos se basan en la información que proporcione sobre el tamaño de su familia y los ingresos. Para calificar para el Programa de descuento, deberá declarar sus ingresos anualmente o cada vez que haya un cambio en el tamaño de su familia o los ingresos de su familia. Esta información es estrictamente confidencial y no puede ser divulgada sin su permiso. Si es elegible para un descuento, se aplicará a todos los servicios recibidos en TrueCare, pero no a los servicios proporcionados fuera del Centro de Salud. La declaración anterior se aplica a todos los miembros que usted anota; Usted reconoce que es financieramente responsable de cada individuo anotado como su **fiador**.

Esta usted interesado/a en ser evaluado/a para nuestro programa de descuentos de tarifas?	
<input type="checkbox"/> ESTOY INTERESADO/A en ver si califico para el Programa de descuento de tarifas de TrueCare.	
<input type="checkbox"/> Auto-declarado , el Paciente/ fiador no tiene prueba de ingresos en este momento; la proporcionará en o antes de la próxima cita. (____) Iniciales	
<input type="checkbox"/> Verificado , Comprobante de ingresos proporcionado, verificado por el personal, copias escaneada a la historia clínica del paciente. (____) Iniciales	
INGRESO FAMILIAR Y TAMAÑO DE FAMILIA Recomendado, incluso si tiene seguro	
Tamaño de Familia, incluyéndome: <i>El número de personas en el hogar del fiador, apoyados por el ingreso familiar.</i>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Ingreso Familiar <i>El ingreso anual bruto total, antes de impuestos</i>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> NO ESTOY INTERESADO/A en ser evaluado/a para el Programa de descuento de tarifas de TrueCare por el momento. Acepto pagar la tarifa completa de TrueCare. (____) Iniciales	

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo a mi plan/programa de atención médica a reembolsar a TrueCare por todos los servicios que recibo. Entiendo que soy responsable de cualquier saldo impago, copago, coseguro, deducibles y/o cualquier servicio no cubierto.

Si está asegurado, se proporcionaron la tarjeta(s) de seguro médico: Sí ___ No ___ N/A ___

AFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DEL FIADOR/PACIENTE

Afirmo que la información que he proporcionado a TrueCare es precisa y verdadera a mi leal saber y entender.

Mi firma a continuación confirma mi comprensión de lo siguiente:

- **La declaración anterior se aplica a todos los miembros del hogar enumerados, Reconozco que soy financieramente responsable de cada individuo anotado como su fiador.**
- Si he proporcionado información falsa, puedo ser descalificado del Programa de descuento de tarifa.
- **SE REQUIERE UNA PRUEBA ACEPTABLE DE INGRESOS (TALÓN (ES) DE CHEQUE DE PAGO O DECLARACIONES DE IMPUESTOS) PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA. SI SU SITUACIÓN FINANCIERA CAMBIA, MANTENGA INFORMADO A TrueCare.**
- Si alguna información proporcionada en este formulario cambia, debo informar al personal en, o antes de mi próxima cita.
- TrueCare no proporciona reembolsos por servicios profesionales ya obtenidos.

Firma del fiador /Paciente: _____ **Fecha:** _____

*(Padre, tutor, poder notarial o cuidador). *La copia de los documentos legales debe ser escaneada en la cuenta del paciente.*

TrueCare USE ONLY

Verbal Consent obtained during Virtual Visit. I acknowledge I have reviewed each section with the patient and obtained verbal consent to sign on the patient behalf. **Staff Initials required** _____

Patient Label Here

Formulario de historial del paciente quiropráctico



Fecha: _____ Ocupación: _____ Cuánto tiempo?: _____

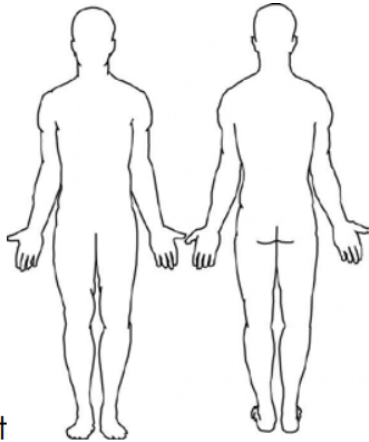
1) Ha recibido servicios quiroprácticos antes? Sí NO If En caso que sí, cuándo? _____

2) Razón de la visita de hoy: Dolor Incomodidad Rigidez Lesión Otro: _____

3a) Hoy, la condición es: Igual Mejor Peor 4) Cuándo empezaron sus queja(s)? _____

3b) En general, el nivel de dolor es: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____
(No Dolor) (Peor Dolor)

5) Marque con una "X" en las figuras debajo, las area(s) específicas donde tiene dolor, incomodidad, o rango de movimiento limitado:



Front

Back

6) Ha experimentado estas queja(s) antes?

Sí NO En caso que sí, cuándo? _____

7) Explique qué hace que mejore o empeore la condición: _____

8) Está embarazada? Sí NO No está segura

9) Ha tenido algún accidente de auto, o lesiones en el trabajo?

Sí NO En caso que sí, cuándo? _____

10) Porfavor marque todos los medicamentos (recetados o sin receta) que actualmente esté tomando:

Aspirina Analgésicos Relajante Muscular Otro: _____

Pastillas Anticonceptivos Pastillas Para Dormir Antidepresivos

11) Enumere cualquier enfermedad grave o cualquier cirugía y años: _____

12) Marque todos los síntomas/condiciones que tuvo incluso si no parecen estar relacionados con su problema actual:

Accidente Cerebrovascular/TIA

Fracturas/Dislocaciones

Prótesis

Marcapasos

Trastornos hemorrágicos

Cirugía cardíaca o vascular

Pies/manos fríos

Cáncer/Quimioterapia

Pérdida del equilibrio/desmayo

Osteoporosis/Huesos frágiles y delgados

Historia del nervio pinzado

Disco deslizado/herniado

Lesiones en la cabeza/TMJD

13) Marque cualquiera de los siguientes que tiene actualmente o en el último año:

Problemas de dolores de cabeza/migrañas

Entumecimiento/hormigueo en brazos o manos

Problemas de presión arterial

Dolor de cuello

Entumecimiento/hormigueo en piernas o pies

Próstata/Disfunción sexual

Dolor de espalda

Congestión Sinusal/Alergias

Disfunción del ciclo menstrual/Problemas urinarios

Dolor de cadera

Problemas pulmonares/congestión

Náuseas/vómitos frecuentes



SÓLO PARA USO DE OFICINA

Clinician Reviewed: _____ Date: _____

Información de Consentimiento para Tratamiento Quiropráctico



Patient Label:

La naturaleza del tratamiento Quiropráctico: El doctor (a) utilizará sus manos o un dispositivo mecánico para mover las articulaciones. Usted podría sentir un “click” o “pop” como el sonido que produce un nudillo al “tronarse” y podría sentir movimiento en la articulación. **Le gustaría que un empleado este presente durante si visita?** Si No

Riesgos Probables: Como en cualquier procedimiento de cuidado a la salud, existen probables complicaciones después de una manipulación quiropráctica. Las complicaciones pueden incluir fracturas de hueso, tensión muscular, esguince de ligamentos, dislocación de articulaciones o daño a los discos intervertebrales, los nervios o la médula espinal. Puede ocurrir una lesión cerebrovascular o derrame cerebral por una lesión a las arterias del cuello. Una minoría de los pacientes puede notar rigidez o dolor después de los primeros días de tratamiento. Los procedimientos auxiliares pueden producir irritación en la piel, quemaduras o complicaciones menores.

Probabilidad de que se produzcan riesgos: Los riesgos de complicaciones debido al tratamiento quiropráctico han sido descritos como “raros”, casi con tanta frecuencia como las complicaciones que se han visto por tomar una sola tableta de aspirina. El riesgo de una lesión cerebrovascular o derrame cerebral, han sido estimados de una en un millón a una en veinte millones y pueden ser reducidos aún más por los procedimientos de detección. La probabilidad de reacciones adversas debido a los procedimientos auxiliares también es considerada “rara”.

Otras opciones de tratamiento que puedes ser consideradas

- *Analgésicos de venta libre.* El riesgo de estos medicamentos incluye irritación estomacal, e hígado y riñones y otros efectos secundarios en un número significativo de casos.
- *Atención Médica,* generalmente fármacos antiinflamatorios, tranquilizantes y analgésicos. Los riesgos de estos fármacos incluyen múltiples efectos secundarios indeseables y la dependencia del paciente en un número significativo de casos.
- *Hospitalización* en combinación con atención médica añade riesgos de exposición a enfermedades virales contagiosas en un número significativo de casos.
- *Cirugía* en combinación con atención médica añade riesgos de reacción adversa a la anestesia, así como un largo periodo de convalecencia en un número significativo de casos.

Riesgos de permanecer sin tratamiento: El retraso del tratamiento permite la formación de adherencias, tejido cicatrizal y otros cambios degenerativos. Estos cambios pueden reducir en mayor medida la movilidad del esqueleto e inducir ciclos de dolor crónico. Es muy probable que el retraso del tratamiento complique la condición y haga más difícil la rehabilitación futura.

Riesgos inusuales: *Los siguientes riesgos inusuales de mi caso, me han sido explicados.*

He leído la explicación anterior del tratamiento quiropráctico. He tenido la oportunidad de tener todas mis dudas respondidas a mi entera satisfacción. He evaluado totalmente los riesgos y beneficios de someterse a un tratamiento. He decidido libremente someterme al tratamiento recomendado y por este medio otorgo mi total consentimiento al tratamiento.

Nombre Escrito

Firma de Paciente o Representante Legal

Fecha

TESTIGO:

Nombre Escrito

Firma

Fecha