

FECHA: \_\_\_\_\_

TRUECARE™

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA TRATAMIENTO

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de seguro social
Nombre Segundo Nombre Apellido	mm/dd/aa	MF	- -
Dirección ( <input type="checkbox"/> la misma que la del garante)	Número de teléfono ( <input type="checkbox"/> el mismo que el del garante)		

## 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 médica. Como paciente, se le requiere revisar y firmar este formulario de consentimiento antes de recibir atención médica. Su autorización permite al personal de TrueCare utilizar su información de salud para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Puede encontrar información adicional sobre la protección de su información médica en el Aviso de Prácticas de Privacidad incluido en este paquete o en nuestro sitio web de TrueCare.

Los artículos incluidos en el Paquete de Bienvenida están disponibles para su consulta en el sitio web de TrueCare, [www.truecare.org](http://www.truecare.org). Los Paquetes de Bienvenida se proporcionan a los nuevos pacientes; sin embargo, si desea uno o tiene alguna pregunta, solicite ayuda a nuestro personal de recepción.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, o se me ha puesto una copia a disposición.

## TRATAMIENTO, RECHAZO DE TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Yo, (el/la paciente, la parte responsable o el/la cuidador/a autorizado/a), autorizo a TrueCare y a su personal clínico asignado a administrar y realizar todos los tratamientos médicos, diagnósticos, quirúrgicos u otros servicios que se consideren aconsejables o necesarios para mi atención médica. Esta atención podrá brindarse presencialmente o a través de una modalidad de salud virtual. Entiendo que tengo derecho a rechazar el tratamiento en cualquier momento. Puedo hacerlo firmando un formulario de *RECHAZO DE TRATAMIENTO*. Asimismo, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de la información de salud necesaria para el tratamiento, el pago y otras operaciones relacionadas con la atención médica.

**Menor (Paciente que tiene <18 años de edad),** enumere a ambos padres o tutores legales:

Nombre completo de la madre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre completo del padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Otro, Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

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

**COMUNICACIÓN**

Yo, (el/la paciente, la parte responsable o el/la cuidador/a autorizado/a), autorizo a TrueCare, a su personal clínico y a cualquier afiliado o agente de TrueCare a contactarme a mí o a otras personas identificadas a continuación como miembros de mi grupo de apoyo de salud a través de nuestros teléfonos celulares y/o teléfonos residenciales, utilizando mensajes pregrabados, mensajes con voz artificial, sistemas automáticos de marcación telefónica, mensajes de texto, mensajes SMS u otra tecnología asistida por computadora. Entiendo que mi proveedor de servicios telefónicos puede cobrar por dichas comunicaciones y que pueden aplicarse las tarifas estándar de mensajes y datos. Entiendo que no estoy obligado/a a otorgar este consentimiento como condición para recibir servicios médicos. Si no deseo recibir comunicaciones en la dirección o número telefónico indicado anteriormente, solicitaré a un miembro del personal de TrueCare que me proporcione un formulario de *SOLICITUD DE CAMBIO DE PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN*.

**SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA VÍA TELESALUD**

Yo, (el/la paciente, la parte responsable o el/la cuidador/a autorizado/a), entiendo que tengo el derecho de acceder a los servicios mediante una visita presencial, cara a cara, o a través de telesalud. Entiendo que TrueCare ofrece servicios de traducción y servicios de transporte para los servicios recibidos a través de TrueCare. El uso de la telesalud es voluntario, y puedo retirar mi consentimiento o dejar de recibir servicios a través de telesalud en cualquier momento, sin que esto afecte mi capacidad para acceder a servicios cubiertos en el futuro. Entiendo que tengo la opción de recibir servicios de manera presencial o a través de telesalud. Si elijo recibir servicios de TrueCare ahora o en el futuro mediante telesalud, entiendo que pueden existir limitaciones y riesgos potenciales en comparación con una visita presencial. Si tengo preguntas adicionales relacionadas con los servicios de telesalud, entiendo la importancia de abordarlas con un miembro del personal de TrueCare.

**USO DE GRABACIÓN DE AUDIO**

TrueCare puede realizar grabaciones de audio de las palabras dichas durante su visita con el fin de generar el expediente médico, actualizar su historial clínico y proporcionarle información sobre posibles diagnósticos y planes de tratamiento. Estas herramientas basadas en inteligencia artificial (IA) sirven como apoyo tanto para el/la paciente como para el/la proveedor/a de atención médica; sin embargo, la decisión clínica final será tomada por el/la proveedor/a utilizando su propio juicio profesional. Usted puede rechazar la grabación de audio y el uso de herramientas basadas en IA para la generación de notas en cada visita. La información recopilada durante el encuentro clínico mediante estas herramientas basadas en IA puede ser utilizada por el/la proveedor/a y pasar a formar parte del expediente médico del/de la paciente. Dicha información se almacena en cumplimiento con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), según fue modificada por la Ley HITECH, y de conformidad con sus reglamentos de implementación y otras leyes estatales y federales aplicables. Esta información también puede utilizarse para las operaciones de atención médica de TrueCare con el fin de mejorar el modelo de inteligencia artificial para su población de pacientes.

FECHA: \_\_\_\_\_

### PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD (Opcional)

Como parte de su equipo de atención médica, es posible que necesitemos comunicarnos con usted en relación con su salud. Nos gustaría invitarle a incluir a miembros de su familia y/o a otras personas como parte de su grupo de apoyo de salud. Las personas que usted designe estarán autorizadas a hablar sobre su información de salud, incluyendo, entre otros, información sobre citas, resultados de laboratorio, instrucciones de medicamentos e información sobre referencias, y podrán ser contactadas para dar seguimiento en caso de que no logremos comunicarnos con usted. Por favor proporcione información precisa de cualquier persona designada como parte de su grupo de apoyo de salud. Las personas designadas deberán presentar una identificación oficial válida con fotografía cuando se encuentren en una clínica.

Para solicitar una copia en papel, por favor complete el *FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO DEL PACIENTE A LA INFORMACIÓN DE SALUD*.

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

**\*\*El permiso para *compartir información de salud sensible* incluye información sobre tratamiento de salud mental, resultados de pruebas de VIH y tratamiento por consumo de alcohol o drogas.**

### DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

Mi firma a continuación confirma que entiendo el Consentimiento para Tratamiento de TrueCare.

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la paciente /padre, madre, o tutor/a legal

\_\_\_\_\_  
Fecha:

Relación con el/la paciente: \_\_\_\_\_

*\* Una copia de los documentos legales debe escanearse y guardarse en el expediente del/de la paciente.*

Solo para uso de TrueCare

Se obtuvo el consentimiento verbal durante la consulta virtual. Al firmar a continuación, confirmo que he revisado cada sección con el paciente y que obtuve su consentimiento verbal para firmar en su nombre.

Nombre del personal de TrueCare (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Firmar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

La siguiente información se requiere anualmente para cada paciente. Tenga en cuenta que toda la información es confidencial.

**Información del paciente**

Apellido	Nombre	MI	Fecha de nacimiento
----------	--------	----	---------------------

**Información del Fiador (parte responsable):**

Relación del paciente con el fiador: <b>*OBLIGATORIO</b> <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Madre / Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro:	
¿Es el fiador un paciente de TrueCare? <b>*OBLIGATORIO</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está empleado el fiador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tamaño familiar, incluyéndome a mí _____	Ingreso anual del hogar \$ _____

**Si el fiador no es el paciente, por favor rellena la siguiente sección:**

Apellido	Nombre	MI	Fecha de nacimiento
SSN	Sexo (de Nacimiento) <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
<input type="checkbox"/> La dirección y el/los # teléfono son los mismos que el paciente			
Dirección	Apt./Unidad	Ciudad	Estado
Por favor, de elegir el teléfono principal <input type="checkbox"/> Hogar ( ) <input type="checkbox"/> Celular ( ) <input type="checkbox"/> Trabajo ( )			

**Indique a otros pacientes de TrueCare que usen el mismo Fiador**

NOMBRE DEL PACIENTE (Nombre/Apellido)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Relación del fiador con el paciente

**Asignación de prestaciones**

Por la presente autorizo la divulgación de información médica o cualquier otra información necesaria a mi(s) aseguradora(s) o a su agente para satisfacer el procesamiento de reclamaciones. También autorizo el pago de beneficios médicos a TrueCare por los servicios prestados.

**Fiador/Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
 (Padre, Tutor, Poder Notarial o Cuidador). \*La copia de los documentos legales debe ser escaneada en la cuenta del paciente.

**[Solo TrueCare]:** Consentimiento verbal obtenido durante una visita virtual o consentimiento escrito mediante documentación legal.

- El personal revisó cada sección con el paciente y obtuvo el consentimiento verbal o escrito para firmar en nombre del paciente. **Iniciales del personal ( )**  
 Documentación obtenida y escaneada en la historia clínica del paciente: **Formulario CA 6910 Presentado OR**

Patient Label Here

# Formulario de historial del paciente quiropráctico



Fecha: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_

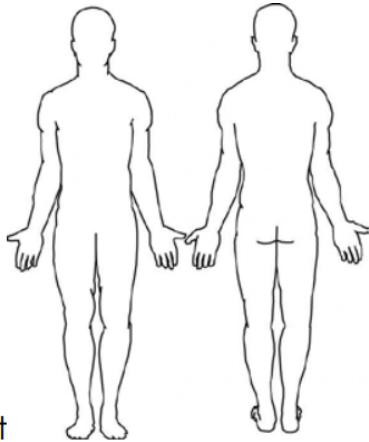
1) Ha recibido servicios quiroprácticos antes?  Sí  NO If En caso que sí, cuándo? \_\_\_\_\_

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

3a) Hoy, la condición es:  Igual  Mejor  Peór 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) (Peór Dolor)

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



6) Ha experimentado estas queja(s) antes?

Sí  NO En caso que sí, cuándo? \_\_\_\_\_

7) Explique qué hace que mejore o empeóre 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:

Aspirína  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