

Primary Health and Wellness Center, L.L.C.

Yvonne A. Rudolph, DC

Donald Hund, DC, NP-C

Nuestro objetivo principal es ayudar a los pacientes a recuperarse y mantener al máximo sus funciones después de un accidente, lesión o enfermedad. Es por eso personalizamos planes de tratamiento en base a su estilo de vida individual, la ocupación y objetivos personales. Ofrecemos una amplia gama de servicios de rehabilitación integral.

Dr. Rudolph tiene una amplia experiencia en el tratamiento, el cuello, la espalda y dolor en las articulaciones, dolores de cabeza y las condiciones que requieren rehabilitación post-quirúrgica. Ella enfatiza el cuidado no quirúrgico para hernias de disco, la degeneración del disco, y la compresión del nervio. Su formación a lo largo de los años ha abarcado la rehabilitación progresiva, técnicas de liberación muscular, manipulación de las articulaciones, y la nutrición.

Donald Hund, prácticas DC, NP-C tanto como un quiropráctico y una enfermera de familia. Él tiene la formación a lo largo de los años abarcados varía técnicas de tipos de rehabilitación, medicina física, terapia manual, y la práctica de la medicina familiar.

Los profesionales en enfermería (NP-C) son enfermeras de práctica avanzada que prestan atención a los pacientes durante toda la vida. Ellos están capacitados para completos y precisos con los exámenes físicos; diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones agudas comunes; problemas de salud crónicos; ordenar e interpretar las pruebas de diagnóstico tales como radiografías, resonancias magnéticas y electrocardiogramas, así como las pruebas de laboratorio; recetar medicamentos y terapias; realizar procedimientos; y educar y aconsejar a los pacientes con respecto a estilos de vida saludables y opciones de atención médica.

Doy mi consentimiento para el tratamiento de Donald Hund, NP-C y / o cualquiera de sus profesionales asociados, según sea necesario o conveniente para el cuidado de mi condición. Mi tratamiento puede incluir la adición de la terapia física como el ultrasonido, crioterapia, terapia de calor, estimulación muscular eléctrica, tracción espinal, la instrucción ejercicio y la terapia de masaje realizado por uno de los socios designados, que practiquen en su oficina.

Por la presente reconozco que he leído y que entiendo la información anterior sobre Primary Health and Wellness Center, L.L.C.

Firma del paciente

Fecha

PRIMARY HEALTH & WELLNESS CENTER, L.L.C.

Nombre _____ Fecha _____
 Dirección _____
 Ciudad: _____ estado: _____ Zip: _____
 Ocupación _____ fecha de nacimiento _____ Años _____
 Un circulo : casado soltero

Teléfono (Primaria) _____

Las alergias a medicamentos

Historial médico

Medicamentos actuales

	TU	Madre	Padre	Los padres de la madre	Los padres del padre	Los hermanos
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>					
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>					
Infarto Cerebral	<input type="checkbox"/>					
Cancer	<input type="checkbox"/>					
Glaucoma	<input type="checkbox"/>					
Diabetes	<input type="checkbox"/>					
Epilepsia / convulsiones	<input type="checkbox"/>					
Desorden sangrante	<input type="checkbox"/>					
Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>					
Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/>					

Solo mujeres:

Embarazada? Si No
 La planificación del embarazo? Si No

Hospitalización o Cirugía

Fecha: _____ Razon: _____
 Fecha: _____ Razon: _____
 Fecha: _____ Razon: _____

Medical History

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza _____ | <input type="checkbox"/> Asma _____ | <input type="checkbox"/> Problemas con la visión _____ |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar _____ | <input type="checkbox"/> La fiebre reciente _____ | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal _____ |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones del corazón _____ | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes _____ | <input type="checkbox"/> Dificultad para oír _____ |
| <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón _____ | <input type="checkbox"/> Anemia _____ | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho _____ | <input type="checkbox"/> Heces de color negro o rojo _____ | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea _____ |
| <input type="checkbox"/> Mareos / desmayos _____ | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente _____ | <input type="checkbox"/> Fácil de magullar _____ |

Registro de Pacientes

Fecha _____

FOR INTERNAL USE ONLY

PATIENT NUMBER _____

Nombre del paciente: _____

Información del seguro

**** Por favor proporcione su tarjeta de seguro a la recepcionista ****

Compañía de seguros _____

Nombre del Asegurado Titular / tarjeta _____ Relación con el asegurado _____

Policy # _____ Group # _____ Teléfono (____) _____

Contacto de emergencia

Nombre de pila _____

Apellido _____

Relación _____

Número de teléfono primario _____

Numero de telefono secundario _____

Cesión de beneficios y la divulgación de información sanitaria del paciente:
 Por la presente autorizo (Primary Health and Wellness Center, LLC) para liberar la información sanitaria del paciente compilado a partir de los registros médicos relacionados con mis servicios, de conformidad con la política de esta oficina y la ley de Texas, para facilitar el reembolso por parte de un plan de beneficios de salud o de un tercero pagador, incluyendo pero no limitado a, mi seguro, Medicare, Medicaid, y cualquier otro pagador o agencia. Por la presente autorizo la entrega de cualquier información adquirida en el curso de mi tratamiento necesario para procesar las reclamaciones de seguros.

También por este medio autorizo el pago de beneficios de seguro en los términos de mi póliza directamente a (Primary Health and Wellness Center, L.L.C.) Por los servicios prestados. Soy responsable y abonará los gastos no cubiertos por mi plan de seguro.

Acuerdo financiera y declaración de responsabilidad

Por y en consideración a los servicios prestados o a ser prestados por Primary Health and Wellness Center, L.L.C., Acepto pagar dicho cargo por todos los servicios y cargos. El pago total se debe a los servicios de tiempo son prestados o arreglos de pago deben ser hechas antes de su cita.

AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN electrónico Por la presente autorizo Primaria de Salud y Bienestar Centro de enviar y recibir recordatorios de citas para mí a través de la comunicación electrónica (es decir, correo electrónico, mensaje de texto, etc.).

Consentimiento al tratamiento médico por una enfermera de familia
 I, o el representante / tutor legal autorizada que actúe en nombre del paciente, por la presente autorizo a recibir servicios médicos generales a partir de un profesional de enfermería. Entiendo perfectamente que una enfermera de familia no es médico. Además reconozco que los servicios médicos generales proporcionados a mí por una enfermera de familia están en conjunción con un médico colaborando y su acuerdo de colaboración para ofrecer servicios en Primary Health and Wellness Center, L.L.C. tanto a nivel profesional y legalmente, por actos de este tipo de personal paramédico prestados durante el cuidado y tratamiento de su / sus pacientes.

 Firma (paciente o padre si Menor)

 Fecha

 Firma (paciente o padre si Menor)

 Fecha

 Firma (paciente o padre si Menor)

 Fecha

 Firma (paciente o padre si Menor)

 Fecha

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA)
Privacy Compliance Patient Questionnaire

Todos los pacientes tienen derecho a recibir atención confidencial proporcionada. Toda la información, médica o social (ya sea escrita, oral, electrónica o por ordenador) se llevará a cabo de manera estrictamente confidencial. Por favor, complete esta información con el fin de "Primary Health & Wellness Center, L.L.C." para ofrecer un mejor servicio.

Para cualquier prueba que pueda regresar con resultados anormales, nuestra oficina le notifique por teléfono. Las cartas pueden ser enviados a cabo en relación con otras pruebas. Si no recibe una notificación, por favor, no asumir que todo es normal. Llame a nuestra oficina si han pasado más de cuatro semanas desde su prueba y usted no ha sido notificado.

1. Por favor escriba los miembros de la familia u otras personas, en su caso, a quien podemos informar sobre la condición médica general y su diagnóstico. Por favor escriba el nombre completo y el número de teléfono: _____

2. Por favor escriba los miembros de la familia u otras personas importantes (en su caso) el cual podríamos informar sobre su condición médica sólo en caso de emergencia. Por favor escriba el nombre completo y el número de teléfono

3. Por favor, imprimir la dirección del lugar donde le gustaría que sus estados de cuenta y / o su correspondencia de nuestra oficina para ser enviado: _____

Por favor, imprimir el número de teléfono y dirección de correo electrónico (si la hay) en la que desea recibir llamadas sobre sus citas, de laboratorio y rayos x resultados, u otra información de la salud:

Número de teléfono: _____
Dirección de correo electrónico: _____

4. ¿Pueden los mensajes confidenciales (incluyendo recordatorios de citas) quedar en su casa contestador automático o buzón de voz? Si _____ No _____
5. Si usted no tiene correo de voz, puede un mensaje pidiendo que nos llame acerca de los resultados o para confirmar su cita dejarse en su lugar de trabajo? Si _____ No _____
¿Se están moviendo en 30 días, o el cambio de su casa o teléfono del trabajo número? Si es así, por favor notifique a nuestra oficina tan pronto como usted tiene su nueva información para que nosotros a usted el contacto con cualquier resultado de pruebas o proporcionar información a continuación:
Nueva dirección: _____

Nombre del paciente (Impreso)

Paciente / Guardián Firma

Date

Primary Health & Wellness Center, L.L.C.

Acuse de recibo por escrito de aviso de privacidad

Al firmar a continuación, usted reconoce que recibe el "Primary Health & Wellness Center, L.L.C." Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso"). La Notificación explica cómo "Primary Health and Wellness Center, L.L.C." puede usar o divulgar su información de salud protegida con fines de tratamiento, pago y funcionamiento del cuidado de la salud. "Información de Salud Protegida" se refiere a su información médica personal que se encuentra en sus registros médicos y de facturación.

"Salud y Bienestar Centro Primario, L.L.C." se reserva el derecho de cambiar el Aviso de vez en cuando. Una copia de la Notificación actual o un resumen del Aviso actual se publicará en los lugares de servicio al paciente a través de "Primary Health & Wellness Center, L.L.C. ." La fecha efectiva de la notificación aparecerá en la primera página de la Notificación o resumen. Además, "Primary Health and Wellness Center, L.L.C." tendrá a su disposición para que, a su pedido, una copia de la Notificación actual vigente.

SU FIRMA RECONOCE POR DEBAJO solamente que usted ha recibido este aviso

Nombre del paciente (Impreso): _____

Nombre del tutor (si es menor de 18 años de edad; impresa): _____

Firma del paciente o tutor: X _____

Fecha: _____

() Signature declined. On the initial patient visit, the practice made a good faith effort to obtain the patient's written acknowledgement of our notice of privacy policies. _____ Staff Initials