

# Healthy Back Chiropractic

1707 Lansing Ave. NE Salem, OR 97301  
phone: (503) 589-0700 fax: (503) 586-0255  
HealthyBackChiropractic.com

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## PATIENT SIGNATURES AND POLICIES FIRMAS Y POLÍTICAS DEL PACIENTE

**ASSIGNMENT OF HEALTH PLAN BENEFITS AND RIGHTS  
AS WELL AS AN APPOINTMENT AND/OR DESIGNATION AS MY PERSONAL REPRESENTATIVE AND AN ERISA/PPACA REPRESENTATIVE AND BENEFICIARY**

### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y DERECHOS DEL PLAN DE SALUD

#### ASÍ COMO UN NOMBRAMIENTO Y / O DESIGNACIÓN COMO MI REPRESENTANTE PERSONAL Y REPRESENTANTE Y BENEFICIARIO DE ERISA / PPACA

Entiendo y acepto que (independientemente de cualquier seguro de salud o beneficios médicos que tenga), soy responsable en última instancia de pagar a **HEALTHY BACK CHIROPRACTIC**, así como a todos los empleados, empleadores, representantes y agentes de los mismos (en adelante, colectivamente denominado "Proveedor de atención médica") El saldo adeudado en mi cuenta por los servicios profesionales prestados y por los suministros, pruebas o medicamentos proporcionados. Por la presente autorizo el pago y cedo mis derechos a cualquier seguro de salud o beneficios del plan médico directamente al Proveedor de atención médica para todos y cada uno de los servicios médicos / de atención médica, suministros, pruebas, tratamientos y / o medicamentos que se hayan prestado o se prestará o previsto; además de designar y nombrar a un Proveedor de atención médica como mi beneficiario en todos los planes de seguro médico o médico en los que pueda tener beneficios. Por la presente autorizo la divulgación de cualquier estado de salud, afecciones, síntomas o información de tratamiento contenida en sus registros que sea necesaria para presentar y procesar reclamos de seguro o plan médico, para presentar apelaciones sobre reclamos denegados o parcialmente pagados, para la persecución legal de cualquier reclamos impagados o parcialmente pagados, o para buscar cualquier otro remedio necesario en relación con los mismos. Por la presente cedo directamente al Proveedor de atención médica todos los derechos de pago, beneficios y todos los demás derechos legales en virtud de, o de conformidad con, cualquier plan de salud (incluidos, entre otros, cualquier plan / contrato de seguro gobernado por ERISA, plan / contrato de seguro gobernado por PPACA.) derechos que yo (o mi hijo, cónyuge o dependiente) podamos tener en virtud de mi (s) plan (es) médico (s) o póliza (s) de seguro médico aplicables. Por la presente también designo y designo que el Proveedor de atención médica puede actuar en mi / nuestro nombre, como mi / nuestro Representante personal, Representante de ERISA y Representante de PPACA en cuanto a cualquier determinación de reclamo, para solicitar cualquier reclamo relevante o información del plan del plan de salud correspondiente o aseguradora, para presentar y perseguir apelaciones y / o acciones legales (incluso en mi nombre y en mi nombre) para obtener y / o proteger beneficios y / o pagos que se adeudan (o se hayan pagado previamente) al Proveedor de atención médica, yo mismo, y / o los miembros de mi familia como resultado de los servicios prestados por el Proveedor de atención médica, y para buscar todos y cada uno de los recursos a los que yo / nosotros podamos tener derecho, incluido el uso de acciones legales contra el plan de salud, la aseguradora o cualquier administrador. Por la presente también declaro que el Proveedor de atención médica es mi / nuestro beneficiario con respecto a mi / nuestro plan de salud según lo contemplan ERISA y PPACA, y que el Proveedor de atención médica puede ejercer todos y cada uno de los derechos que yo / nosotros podamos tener según las leyes estatales y / o federales con respecto a mi / nuestro plan de salud. Esta asignación, nombramiento y designación permanecerá en vigor a menos que yo lo revoque por escrito. Es mi intención que la fecha de vigencia de este documento se relacione para incluir todos los servicios, suministros, pruebas, tratamientos o medicamentos que hayan sido proporcionados previamente por el Proveedor de atención médica. Una fotocopia o escaneo de este documento se considerará tan válido y ejecutable como el original.

Intitiales \_\_\_\_\_

### RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES - WRITTEN ACKNOWLEDGEMENT FORM. RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD - FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO ESCRITO

Yo tuve la oportunidad de revisar y solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Healthy Back Chiropractic.

Intitiales \_\_\_\_\_

### CONSENT TO TREAT CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Por la presente solicito y consiento el desempeño de la manipulación quiropráctica y las técnicas de terapia manual y otros procedimientos quiroprácticos, incluyendo varios modos de modalidades y procedimientos terapéuticos físicos y radiografías de diagnóstico, donde se justifica, sobre mí (o sobre el paciente nombrado abajo para quien Soy legalmente responsable) por el doctor de la quiropráctica nombrado abajo y / u otros médicos licenciados de la quiropráctica que ahora o en el futuro trabajan en la clínica o oficina enumerada abajo.

He tenido la oportunidad de discutir con el médico de la quiropráctica nombrado por debajo de la naturaleza y el propósito de los ajustes de quiropráctica y otros procedimientos. Entiendo que los resultados no están garantizados.

Entiendo y estoy informado de que, al igual que en la práctica de la medicina, en la práctica de la quiropráctica hay algunos riesgos para el tratamiento y los servicios de diagnóstico, incluyendo pero no limitado a:

Manipulación: aumento del dolor o malestar, fracturas, lesiones de disco, derrames, luxaciones y esguinces.

Modalidades terapéuticas y procedimientos: dolor adicional y malestar. El ejercicio de resistencia puede causar un mayor riesgo de infarto agudo de miocardio (ataque cardíaco) en pacientes con afecciones cardíacas conocidas o posibles.

# Healthy Back Chiropractic

1707 Lansing Ave. NE  
phone: (503) 589-0700

Salem, OR 97301  
fax: (503) 586-0255

HealthyBackChiropractic.com

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Radiografías: las radiaciones ionizantes pueden ser perjudiciales para el feto cuando están embarazadas o pueden estar embarazadas.

No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en que el médico ejerza juicio durante el procedimiento que el médico sienta en ese momento, basándose en los hechos entonces conocidos. Él o ella, es en mi mejor interés. El doctor nombrado abajo también ha explicado los riesgos asociados con mi negativa del tratamiento.

He leído, o me han leído, el consentimiento anterior. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido, y al firmar abajo estoy de acuerdo con los procedimientos arriba mencionados. Tengo la intención de que este formulario de consentimiento cubra todo el curso del tratamiento para mi condición actual y para cualquier condición futura f) o que busque tratamiento.

Intitiales \_\_\_\_\_

## OFFICE/PATIENT AGREEMENTS ACUERDOS DE OFICINA / PACIENTE

Ha sido nuestra experiencia, atendiendo a miles de pacientes durante los últimos 10 años, que aquellos que están de acuerdo y comprenden los siguientes acuerdos pueden beneficiarse al máximo de su atención en nuestra oficina, ayudándole a ahorrar tiempo y dinero.

**Su Consistencia de Visitas:** Nuestras recomendaciones para su cuidado se personalizan según sus objetivos de salud y las necesidades de su cuerpo. Debe mantener constante la cantidad recomendada de visitas para obtener los mejores resultados:

- Cumplir con todas sus citas (coordine sus actividades para que pueda hacer esto)
- Llámenos con cualquier emergencia para que podamos reprogramarlo
- Asegúrese de que se produzca el número de visitas prescrito para cada período de tratamiento
- Acuda para recibir atención incluso cuando tenga "el error"
- Elija un día alternativo de la semana para compensar las visitas perdidas
- Si se va de vacaciones, debe informarnos y aumentar la frecuencia de sus visitas antes y después de las vacaciones para mantener el número de visitas prescrito.

**Visitas Perdidas:** En caso de que no pueda asistir a la cita programada, le pedimos que lo notifique con 24 horas de antelación cuando sea posible. Nos reservamos el derecho de facturar una tarifa de \$ 42.00 por cita perdida cuando no se realiza la notificación. Si falla crónicamente o no da aviso de cancelaciones, nos reservamos el derecho de suspender los privilegios del tratamiento.

**Reexaminaciones:** Para monitorear su progreso, recibirá un reexamen aproximadamente cada tres semanas donde estará con uno de nuestros profesionales de la salud y revisará su progreso desde su último examen. Las lesiones nuevas también pueden requerir un examen.

**Área de Ajuste:** Después de completar su progreso diario, regresará al área de tratamiento a menos que tenga programado un nuevo examen.

**Visitas Especiales:** Estas visitas son cualquier otra cosa que sus ajustes quiroprácticos habituales, rehabilitación física. Hacemos nuestro mejor esfuerzo para reducir al mínimo su espera en nuestra oficina; sin embargo, necesitamos su ayuda para continuar con este objetivo: sea puntual para estas visitas.

Si desea programar una visita especial que no sea de emergencia, como una consulta nutricional u otra visita especial, le pedimos que nos dé al menos un aviso de visita por adelantado.

**Nuevos Síntomas o Brote:** Si experimentó algún síntoma nuevo o cambio de salud, debe informarnos inmediatamente antes de su próxima visita.

**Cambios en los Síntomas:** A medida que equilibramos su cuerpo, al igual que con un nuevo programa de ejercicios, puede experimentar algo de dolor, esto puede suceder en cualquier momento durante su atención en nuestra oficina. Si esto ocurre, simplemente infórmenos cuando venga y podemos discutirlo con usted.

**Devolución de Suplementos o Suministros:** Solo se aceptarán como devolución suplementos y suministros como nuevos y sin abrir. Hay una tarifa de reposición del 10% para todos los artículos devueltos. Los artículos solo se aceptarán para devolución dentro de los 30 días posteriores a la compra.

**Disgustos:** Si alguna vez tiene alguna pregunta o inquietud de cualquier tipo con respecto a su atención en nuestra oficina, hable con un miembro del personal de inmediato para que podamos responder sus preguntas y ayudarlo.

Entiendo y acepto completamente estas políticas.

Intitiales \_\_\_\_\_

# Healthy Back Chiropractic

1707 Lansing Ave. NE Salem, OR 97301  
phone: (503) 589-0700 fax: (503) 586-0255  
HealthyBackChiropractic.com

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## PAYMENT(S) POLICY POLÍTICA DE PAGO(S)

**Pago de los servicios prestados:** Entiendo que soy responsable de todas las tarifas asociadas con los servicios prestados. El pago total se debe realizar en el momento del servicio, a menos que se hagan arreglos previos. Acepto pagar todos y cada uno de los deducibles, coaseguros, copagos y / o servicios que mi compañía de seguros considere no cubiertos.

**Información precisa:** La información correcta y actual es responsabilidad del paciente. Se necesita información precisa y completa sobre el historial médico, la dirección postal, el seguro médico y la información de facturación. Es responsabilidad del paciente alertar a Healthy Back Chiropractic si la información cambia. También es responsabilidad del paciente cooperar con las compañías de seguros cuando soliciten información de manera oportuna.

**Cheques o Pagos Devueltos:** Si se nos devuelve un cheque o un pago electrónico, se le cobrará a su cuenta una tarifa de \$ 25.00.

**Pagos del Plan de Pago Perdidos :** Si la oficina no recibe un pago del plan de pago dentro de los 5 días posteriores a la fecha de vencimiento acordada, se cargará una tarifa de \$ 15 en su cuenta.

**Pago de Facturas:** Esperamos que cumpla con el acuerdo financiero que hizo con nuestra oficina; Si descubre que no puede cumplir con el acuerdo que ha hecho con nosotros, debe ir a la recepción e informar a uno de nuestro personal para que podamos discutir con usted los nuevos arreglos que se deben hacer. Se facturará a las compañías de seguros por sus servicios prestados si tiene dicha cobertura de seguro. Si recibe cheques de su compañía de seguros, es su responsabilidad traerlos a nuestra oficina dentro de los 3 días de haberlos recibido junto con la "Explicación de beneficios" adjunta al cheque del seguro. Si no presenta los cheques del seguro y / o la "Explicación de beneficios", nos reservamos el derecho de facturarle directamente por esos servicios. Los métodos de pago son Visa, Master Card, Efectivo, Cheque y Planes de efectivo.

**Facturar a una Compañía de Seguros:** Yo estoy informado la que los médicos, enfermeras y terapeutas de Healthy Back Chiropractic facturarán a mi compañía de seguros directamente por mi tratamiento. Además, se me informó que mi compañía de seguros puede enviarme el pago. Al firmar a continuación, afirmo y atestiguo que de ninguna manera tengo derecho a este reembolso por mi tratamiento, y entiendo que este dinero está destinado a pagar a las compañías y médicos mencionados anteriormente.

En consecuencia, se entiende y se acepta nuevamente que no tengo ningún derecho, implícito o de otro tipo sobre dichos fondos, ya que no me pertenecen a mí ni a la parte asegurada y están destinados a pagar mi atención médica y mis procedimientos. realizado con mi consentimiento informado.

Además, en caso de que reciba un cheque o cheques de la compañía de seguros responsable como pago por mi tratamiento / procedimiento (s) o el procedimiento (s) del asegurado, me comunicaré inmediatamente o dentro de las setenta y dos (72) horas con la parte correspondiente. (la oficina o el departamento de facturación) sobre el cheque y devuelva estos fondos a la parte correspondiente. Entiendo que, en última instancia, soy responsable de todas las facturas médicas si mi compañía de seguros no paga, y ayudaré a Healthy Back Chiropractic a cobrar los fondos.

En el caso de que un cheque o varios cheques sean pagaderos a mí o al asegurado y sean recibidos por Healthy Back Chiropractic o sus médicos, por la presente otorgo a la instalación y al (los) proveedor (es) anterior (es) el permiso expreso y el poder legal limitado única y exclusivamente. con el propósito de endosar dicho (s) cheque (s), para que no tenga que regresar a la instalación con la intención expresa de endosar los fondos a la instalación / proveedor (es).

Si alguna de las partes incumple en el cumplimiento de cualquiera de los términos, disposiciones, convenios y condiciones y por razón de los mismos, la otra parte contrata los servicios de un abogado para hacer cumplir el cumplimiento de los convenios, o para realizar cualquier servicio basado en incumplimientos, independientemente de iniciación de procedimientos judiciales, en cualquiera de dichos eventos, la parte ganadora tendrá derecho a recuperar de la parte no ganadora todos los honorarios razonables del abogado de la parte ganadora y todos los gastos y costos incurridos por la parte ganadora en relación con los mismos (incluidos los costos y honorarios relacionados con cualquier apelación) y en la ejecución de cualquier recurso. Al firmar a continuación, acepto que el lugar único y exclusivo para cualquier litigio que surja de o esté relacionado con este contrato de arrendamiento será en los tribunales estatales del condado de Marion.

Intitiales \_\_\_\_\_

Firma de Paciente \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Staff Member Signature / Firma del Miembro del Personal \_\_\_\_\_

# Healthy Back Chiropractic

1707 Lansing Ave. NE  
phone: (503) 589-0700  
HealthyBackChiropractic.com

Salem, OR 97301  
fax: (503) 586-0255

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_