HOUMA-THIBODAUX
SPINE & REHABILITATION

Jake E. Bordelon D.C. D.C. Beau I. Porche
Dr. Ricky Melancon D.C.
430 Corporate Dr., Houma, LA 70360 (985)873-8586 Fax (985)873-8565
2000 Audubon Dr. Thibodaux, LA 70301 Suite D, (985)447-2225 Fax (985)625-2226

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Fecha: _____ **Nombre:** _____ **Dirección:** _____ **Zip:** _____
Inicio ph. _____ **Wk ph.** _____ **Correo electrónico:** Sí No
¿Le gustaría recibir boletines informativos, ofertas promocionales por correo electrónico? Sí No
Estado: Nombre del cónyuge soltero/divorciado/viudo/casado_
SS#: _____ Periódico amarillo pgs. Firmar referencia del sitio **web-por quién:** _____
Estado laboral: Empleado Estudiante a tiempo completo Estudiante a tiempo parcial Jubilado Otros
Empleador/Escuela: _____ **Contacto de emergencia:** _____ **Otro:** _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

¿Responsabilidad financiera? Auto: _____ Otro: _____ Forma de pago: Cheque en efectivo Tarjeta de crédito
Seguro: _____ Policy/ID #: _____ Insured: _____
Relationship: _____ DOB: _____ Insured: _____
¿Tienes un seguro secundario? Sí No (En caso afirmativo, rellene la información que figura a continuación)
Seguro: _____ Policy/ID#: _____
Insured: _____ DOB: _____ Insured: _____

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tengo seguro con la compañía anterior y asigno directamente a Houma-Thibodaux Spine & Rehabilitation todos los beneficios de seguro, si los hubiera, pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable de todos los cargos, ya sea pagados o no por el seguro. Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Firma: _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Entiendo que parte de mi información de salud puede ser utilizada y / o divulgada por la oficina para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, y que para descripciones más completas de dichos usos y divulgaciones, debo consultar el aviso de privacidad de la oficina titulado "Nuestras prácticas de privacidad". Entiendo que puedo revisar este aviso de privacidad en cualquier momento antes de firmar este formulario. Entiendo que puedo solicitar restricciones sobre cómo se divulga mi información para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, y que también puedo revocar este consentimiento; pero sólo en la medida en que la oficina no haya tomado medidas basándose en ello y también haya demostrado que lo hago por escrito. Entiendo que para mi protección, cualquier solicitud para enmendar mi información de salud o para acceder a mis registros médicos debe hacerse por escrito.

Por la presente, solicito y doy mi consentimiento para la realización de ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluidos varios modos de fisioterapia y rayos X de diagnóstico, en mí (o en el paciente nombrado a continuación, de quien soy legalmente responsable) por el médico de quiropráctica mencionado anteriormente y / u otros médicos quiroprácticos con licencia que ahora o en el futuro trabajan en la clínica u oficina mencionada anteriormente o en cualquier otra oficina o clínica.

He tenido la oportunidad de discutir con el doctor en quiropráctica mencionado anteriormente y / o con otro personal de la oficina o clínica la naturaleza y el propósito de los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos. Entiendo que los resultados no están garantizados.

Entiendo y estoy informado que, como en la práctica de la medicina, en la práctica de la quiropráctica existen algunos riesgos para el tratamiento, que incluyen, entre otros, fracturas, lesiones de disco, accidentes cerebrovasculares, dislocaciones y esguinces. No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en que el médico ejerza un juicio durante el curso del procedimiento que el médico considere en ese momento, basado en los hechos que él o ella conoce, es lo mejor para mí.

He leído, o me han leído, el consentimiento anterior. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido, y al firmar a continuación acepto los procedimientos mencionados anteriormente. Tengo la intención de que este formulario de consentimiento cubra todo el curso del tratamiento para mi condición actual y para cualquier condición futura para la cual busco tratamiento.

Todos los pacientes deben saber que Jake E. Bordelon D.C., Beau I. Porche, D.C., y el Dr. Ricky Melancon D.C. tienen interés financiero en **Pelican Medical Supply,** y es posible que lo deriven allí para comprar suministros médicos.

Por favor, firme después de leer / aceptar las condiciones de la Responsabilidad Financiera del Paciente, Autorización y Consentimiento.
El paciente también reconoce que recibió una copia del Aviso del Formulario 8 de la Política de privacidad del paciente.

Signature: _____ Date: _____

CESIÓN PARCIAL DE LA CAUSA DE LA ACCIÓN, CESIÓN DE INGRESOS, GRAVAMEN CONTRACTUAL Y AUTORIZACIÓN

(Acuerdo)

Por la presente ordeno a todas y cada una de las compañías de seguros, abogados, agencias gubernamentales, compañías, individuos y / u otras entidades legales (Apayers@), que pueden elegir, o estar obligados, a pagarme los ingresos por cualquier motivo, para pagar directamente y exclusivamente en nombre de Houma-Thibodaux Spine & Rehabilitation, 430 Corporate Dr., Houma, LA. 70360 en el monto de los cargos completos incurridos por mí en la Oficina, pasados o futuros, incluidos, entre otros, cargos por tratamiento, informes narrativos, declaraciones, testimonios y cualquier otro cargo incurrido por mí en la Oficina ("mis cargos"). Además, otorgo un gravamen contractual a Houma-Thibodaux Spine & Rehabilitation con respecto a mis cargos, sin embargo, entiendo que nada en este Acuerdo se interpretará como una elección de Houma-Thibodaux Spine & Rehabilitation para reclamar protección bajo cualquier ley legal de gravamen. Para los fines de este Acuerdo, los ingresos incluirán, entre otros, los ingresos de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto, así como los ingresos relacionados con las siguientes coberturas de seguro: salud individual / grupal, discapacidad, compensación laboral, beneficios de pagos médicos, protección contra lesiones personales, salarios perdidos, servicios perdidos, beneficios sin culpa, cobertura de motorista sin seguro o con seguro insuficiente, cobertura de responsabilidad civil, Cobertura de daños a la propiedad y cobertura de negligencia.

Además, acepto que, en caso de que un pagador se niegue a pagar a Houma-Thibodaux Injury & Rehabilitation, por la presente asigno a la Oficina, en la medida en que lo permita la ley, lo siguiente: todos mis derechos, recursos y beneficios a Houma-Thibodaux Injury and Rehabilatation, así como todas y cada una de las causas de acción que pueda tener contra dicho pagador en la medida de mis cargos, el derecho a enjuiciar tales causas de acción, ya sea en mi nombre o en nombre de la Oficina, y el derecho a resolver o resolver de otro modo las causas de acción que la Oficina considere oportunas.

En el caso de que contrate a uno o más abogados para que me representen en este asunto, ordeno a cada abogado que emita una carta de protección a Houma-Thibodaux Spine & Rehabilitation con respecto a mis cargos. En el momento de su expedición, acepto que dichas cartas de protección no pueden revocarse ni modificarse sin el consentimiento expreso por escrito de la Oficina. Además, ordeno (y la Oficina solicita) a cada abogado que notifique inmediatamente a la Oficina con respecto a los fondos recibidos por el abogado en relación con mi accidente, que pague rápidamente a la Oficina con dichos fondos y que proporcione una contabilidad completa de dichos fondos a la Oficina cuando lo solicite.

Por la presente autorizo y ordeno a Houma-Thibodaux Spine & Rehabilitation que presente mis reclamos con mi seguro de salud y / o automóvil. Sin embargo, entiendo que en el caso de que mis cargos se presenten en su monto total a cualquier otra forma de seguro o fuente de pago (por ejemplo, responsabilidad, pago médico, abogados, etc.), por la presente autorizo y ordeno a Houma-Thibodaux Spine & Rehabilitation que cobre cualquier cancelación o descuento, emitido por mi seguro de salud, de los ingresos del otro seguro o fuente de pago.

Por la presente ordeno a todos los pagadores que divulguen a Houma-Thibodaux Spine & Rehabilatation cualquier información pertinente con respecto a cualquier cobertura que pueda tener, incluidos, entre otros, el monto de la cobertura, el monto pagado hasta el momento y el monto de cualquier reclamo pendiente. Autorizo a esta Oficina a divulgar cualquier información sobre mi tratamiento o pertinente a mi(s) caso(s) a todos los pagadores como se define anteriormente para facilitar el cobro en virtud de este Acuerdo. Por la presente ordeno a esta Oficina que presente una copia de este Acuerdo, junto con cualquier cargo aplicable, con cualquiera o todos los pagadores, independientemente de si se ha establecido un reclamo con dichos pagadores. Por la presente autorizo a Houma-Thibodaux Spine & Rehabilitation a endosar/firmar mi nombre en todos y cada uno de los cheques que me incluyan como beneficiario, que se presenten a esta Oficina para el pago de una cuenta relacionada conmigo, mi cónyuge o cualquiera de mis dependientes. Además, autorizo a Houma-Thibodaux Spine & Rehabilitation a aplicar cualquier saldo de crédito sobre los cargos incurridos por mí a cualquier otro cargo pendiente que aún deba yo, mi cónyuge o mis dependientes, independientemente de si estos otros cargos están relacionados con mi condición.

Entiendo que sigo siendo personalmente responsable de las cantidades totales adeudadas a Houma-Thibodaux Spine & Rehabilitation por sus servicios. Este Acuerdo no constituye ninguna consideración para que esta Oficina espere pagos y puede exigirme pagos inmediatamente después de prestar servicios a su elección. Si esta Oficina debe tomar alguna medida para cobrar un saldo pendiente en mi cuenta, seré responsable del pago y reembolsaré a Houma-Thibodaux Spine & Rehabilitation todos los costos de dichos esfuerzos de cobro, incluidos, entre otros, todos los costos judiciales y todos los honorarios de abogados.

Este Acuerdo no será modificado o revocado sin el consentimiento mutuo por escrito de Houma-Thibodaux Spine & Rehabilitation y mío. Por la presente revoco cualquier autorización previamente firmada, ya sea ejecutada en esta oficina o en cualquier otra oficina en la medida en que los términos de esas autorizaciones entren en conflicto con los términos de este Acuerdo.

Estoy de acuerdo en que todas y cada una de las disposiciones de este Acuerdo son razonablemente necesarias para la protección de los derechos e intereses de Houma-Thibodaux Spine & Rehabilitation y de mí mismo. Sin embargo, si alguna disposición de este Acuerdo se considera inválida, ilegal o inaplicable, o por cualquier motivo deja de ser vinculante para cualquiera de las partes del mismo, todas las demás partes y disposiciones de este Acuerdo permanecerán, sin embargo, en pleno vigor y efecto.

Estoy de acuerdo en que el pago no se realiza de manera oportuna y si esta oficina considera necesario colocar mi cuenta con una agencia para el cobro, acepto pagar una tarifa de cobro del 50% del monto adeudado en el momento de la colocación. Además, también acepto pagar todos y cada uno de los costos judiciales y honorarios de abogados a una tasa del 33.3% de $ 75.00, lo que sea mayor, sobre cualquier saldo adeudado y adeudado. Al firmar el anverso de este documento , usted ha aceptado lo anterior.

Rev. 03-29-06

Houma-Thibodaux Spine & Rehabilitation

Cuestionario de Salud del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

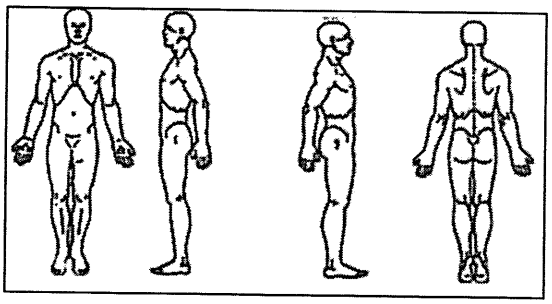
1. Cuando comenzaron sus sintomas? _____
2. Describa sus sintomas y como comenzaron: _____
3. Marque una (X) en la imagen donde tenga dolor O otros sintomas:
4. Con que frecuencia experimenta sus sintomas

   ___ Constantemente (76-100% del dia)

   ___ Frecuentemente (51-75% del dia)

   ___ Ocasionalmente (26-50% del dia)

   ___ Intermitentemente (0-25% del dia)



5. Que describa la naturaleza de sus sintomas?

   ___ Afilado ___ Disparar

   ___Dolor Sordo ___ Quemar

   ___ Adormecer ___ Hormigueo

6. Como estan cambiando sus sintomas?

   ___ Mejorando

   ___ No Cambiar

   ___ Empeorando

7. Que tan graves son sus sintomas:

   En su peor (sin dolor) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (insoportable)

   En su mejor momento (sin dolor) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (insoportable)

8. Que actividades empeoran sus sintomas? _____

   Los sintomas mejoran? _____

9. A quien ha visto por sus sintomas?

   ___Nadie ___Fisioterapeuta

   ___Otro Quiropractico ___Otro

   ___Doctor en medicina

10. Ha tenido alguno de los siguientes:

    ___ Radiografias (fecha)

    ___ RM (fecha)

    ___ Tomografia computarizada

    ___ Otro :_____

11. Que espera obtener de esta visita/tratamiento?

    ___Reducir los sintomas ___Expicacion de la condicion/tratamiento ___Como evitar que esto ocurra

    ___Reanudar/aumentar la actividad ___Aprende a encargarme de esto por mi cuenta ___ Otro : _____

Historia del Paciente

(Marque todos los sintomas que haya tenido alguna vez, incluso si no parecen esta relacionados a su problema actual)

___ Dolor de Cabeza
___ Dolor de Cuello
___ Dolor de Espalda Superior
___ Dolor de Espalda media
___ Dolor de Espalda abajo
___ Dolor de hombro
___ Condo/dolor en la parte superior del brazo
___ Dolor de muneca/mano
___ Dolor de cadera/parte Superior de la pierna
___ Dolor de rodilla/parte inferior de la pierna
___ Dolor de tobillo/pie dolor
___ Dolor de mandibula
___ Hinchazon de las articulciones
___ Artritis por rigidez/Artritis reumatoide
___ Fatiga general

___ Coordinacion Muscular
___ Alteraciones Visuales
___ Mareo
___ Dolores de pecho por presion
___ Arterial Alta
___ Infarto de miocardio
___ Ataque
___ Angina de pecho
___ Calculos renales/trastorno
___ Infeccion de Vejiga
___ Dolor al orinar
___ Perdida del control de la vejiga
___ Problemas de prostate
___ Perdida/ganancia de peso anormal
___ Perdida de apetito

___ VIH/SIDA
___ Hepatitis
___ Trastorno del higado/Vesicula biliar
___ Cancer
___ Tumor
___ Asma
___ Sinusitis Cronica
___ Diabetes
___ Tabaquismo/Uso de tabaco
___ Dependencia de Drogas/alcohol
___ Alergias
___ Depresion
___ Lupas sistemico
___ Epilepsia
___ Dermatitis/Eccema/Erupcion

Solo Mujeres:
___ Pastillas Anticonceptivas
___ El Embarazo
___ Hormonales Reemplazo
___ Otro Problemas De Salud

Indique si un familiar directo ha tenido alguna de las siguietes:

___ Artritis Reumatoide ___ Problemas del Corazon ___ Diabetes ___ Cancer ___ Otro: _____

Enumere cualquier medicamento alergias, vitiaminas que este tomando: _____

Enumere cualquier procedimiento quirurgico: _____

Firme del Paciente: _____

HOUMA-THIBODAUX
SPINE & REHABILITATION

430 Corporate Drive Houma, La 70360
(985) 873-8586

Aviso de Política de Privacidad del Paciente

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad o con cualquier miembro del personal de nuestra oficina.

Nuestra Oficial de Privacidad es Linsey Robinson

Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida para llevar a cabo su tratamiento, cobrar el pago de su atención y administrar las operaciones de esta clínica. También describe nuestras políticas con respecto al uso y divulgación de esta información para otros fines permitidos o requeridos por la ley. Describe sus derechos para acceder y controlar su información médica protegida. "**P**rotected **H**ealth **I**nformación" () es información sobre usted, incluida la información demográfica que puede identificarlo, que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados. PHI

Estamos obligados por la ley federal a cumplir con los términos de este Aviso de prácticas de privacidad. Podemos cambiar los términos de nuestro aviso en cualquier momento. El nuevo aviso entrará en vigencia para toda la información médica protegida que mantengamos en ese momento. Puede obtener revisiones de nuestro Aviso de prácticas de privacidad accediendo a nuestro sitio web www., llamando a la oficina y solicitando que se le envíe una copia revisada por correo o solicitando una en el momento de su próxima cita. "Click & Type"

Usos y divulgaciones de información médica protegida
Al solicitar ser tratado en nuestra oficina, usted está implicando el consentimiento para el uso y la divulgación de su información médica protegida por parte de su médico, nuestro personal de oficina y otras personas fuera de nuestra oficina que están involucradas en su atención y tratamiento con el fin de proporcionarle servicios de atención médica. Su información médica protegida también puede ser utilizada y divulgada para facturar su atención médica y para apoyar el funcionamiento de la práctica.

Usos y divulgaciones de información médica protegida basada en su consentimiento implícito
Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su información médica protegida que haremos, en base a este consentimiento implícito. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos, sino describir los tipos de usos y divulgaciones que puede hacer nuestra oficina.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su atención médica con un tercero que ya haya obtenido su permiso para tener acceso a su información médica protegida. Por ejemplo, divulgaríamos su información médica protegida, según sea necesario, a otro médico que pueda estar tratándolo. Su información médica protegida puede ser proporcionada a un médico a quien ha sido referido para asegurarse de que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

Además, podemos divulgar su información médica protegida de vez en cuando a otro médico o proveedor de atención médica (por ejemplo, un especialista o laboratorio) que, a solicitud de su médico, se involucre en su atención al brindarle asistencia con su diagnóstico o tratamiento de atención médica.

Pago: Su información médica protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro de salud puede realizar antes de aprobar o pagar los servicios de atención médica que le recomendamos, como determinar la elegibilidad o cobertura de los beneficios del seguro, revisar los servicios que se le

brindan por necesidad médica y realizar actividades de revisión de utilización. Por ejemplo, obtener la aprobación para los ajustes quiroprácticos de la columna vertebral puede requerir que su información de salud protegida relevante se divulgue al plan de salud para obtener la aprobación de esos servicios.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información médica protegida para respaldar las actividades comerciales de esta oficina. Estas actividades pueden incluir, pero no se limitan a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados y capacitación de estudiantes de quiropráctica.

Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a pasantes de quiropráctica o preceptos que ven a los pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. Las comunicaciones entre usted y el médico o sus asistentes pueden grabarse para ayudarnos a capturar con precisión sus respuestas; También podemos llamarlo por su nombre en el área de recepción cuando su médico esté listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle su cita. Tenemos áreas abiertas de terapia / ajuste."Do - Do Not"

Compartiremos su información médica protegida con terceros "socios comerciales" que realicen diversas actividades (por ejemplo, facturación, servicios de transcripción para la práctica). Siempre que un acuerdo entre nuestra oficina y un socio comercial implique el uso o la divulgación de su información médica protegida, tendremos un contrato por escrito con ese socio comercial que contenga términos que protegerán la privacidad de su información médica protegida.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. También podemos usar y divulgar su información médica protegida para otras actividades de marketing interno. Por ejemplo, su nombre y dirección pueden ser utilizados para enviarle un boletín informativo sobre nuestra práctica y los servicios que ofrecemos, le pediremos su autorización. También podemos enviarle información sobre productos o servicios que creemos que pueden ser beneficiosos para usted. Puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad para solicitar que no se le envíen estos materiales.

Usos y divulgaciones de información médica protegida que solo se pueden hacer con su autorización por escrito
Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida se realizarán solo con su autorización por escrito, a menos que la ley permita o exija lo contrario, como se describe a continuación.

Divulgaciones de notas de psicoterapia
usos y divulgaciones de información médica protegida con fines de marketing;
divulgaciones que constituyen una venta de Información de salud protegida;
Otros usos y divulgaciones no descritos en el Aviso de prácticas de privacidad se realizarán solo con la autorización del individuo.

Puede revocar cualquiera de estas autorizaciones, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica hayan tomado una acción basándose en el uso o divulgación indicados en la autorización.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos que pueden hacerse con su autorización u objetarOpportunity
En el siguiente caso en el que podemos usar y divulgar su información médica protegida, usted tiene la oportunidad de aceptar u objetar el uso o divulgación de toda o parte de su información médica protegida. Si usted no está presente o no puede aceptar u objetar el uso o divulgación de la información médica protegida, entonces su médico puede, utilizando el juicio profesional, determinar si la divulgación es lo mejor para usted. En este caso, solo se divulgará la información médica protegida que sea relevante para su atención médica.

Otras personas involucradas 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 identifique, su información médica protegida que se relacione directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si no puede aceptar u objetar dicha divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario si determinamos que es lo mejor para usted según nuestro juicio 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 responsable de su atención de su ubicación o condición general. 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.

Otros usos permitidos y requeridos y divulgaciones que pueden hacerse sin su consentimiento, autorización u objetarOpportunity
Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su consentimiento o autorización. Estas situaciones incluyen:

Requerido por la ley: Podemos usar o divulgar su información médica protegida en la medida en que el uso o divulgación sea requerido por la ley. El uso o divulgación se realizará de conformidad con la ley y se limitará a los requisitos pertinentes de la ley. Se le notificará, según lo exija la ley, de dichos usos o divulgaciones.

Salud pública: Podemos divulgar su información médica protegida para actividades y propósitos de salud pública a una autoridad de salud pública que esté permitida por ley para recopilar o recibir la información. La divulgación se hará con el propósito de controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. También podemos divulgar su información médica protegida, si así lo indica la autoridad de salud pública, a una agencia gubernamental extranjera que esté colaborando con la autoridad de salud pública.

Enfermedades transmisibles: Podemos divulgar su información médica protegida, si lo autoriza la ley, a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o que de otra manera pueda estar en riesgo de contraer o propagar la enfermedad o afección.

Supervisión de la salud: Podemos divulgar información médica protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones e inspecciones. Las agencias de supervisión que buscan esta información incluyen agencias gubernamentales que supervisan el sistema de atención médica, programas de beneficios gubernamentales, otros programas regulatorios gubernamentales y leyes de derechos civiles.

Abuso o negligencia: Podemos divulgar su información médica protegida a una autoridad de salud pública que esté autorizada por ley para recibir informes de abuso o negligencia infantil. Además, podemos divulgar su información médica protegida si creemos que ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica a la entidad gubernamental o agencia autorizada para recibir dicha información. En este caso, la divulgación se hará de acuerdo con los requisitos de las leyes federales y estatales aplicables.

Procedimientos legales: Podemos divulgar información médica protegida en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a una orden de un tribunal judicial o administrativo (en la medida en que dicha divulgación esté expresamente autorizada), en ciertas condiciones en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.

Aplicación de la ley: También podemos divulgar información médica protegida, siempre que se cumplan los requisitos legales aplicables, para fines de aplicación de la ley. Estos propósitos de aplicación de la ley incluyen (I) proceso legal y de otra manera requerido por la ley, (2) solicitudes de información limitadas para fines de identificación y ubicación, (3) relacionadas con víctimas de un delito, (4) sospecha de que la muerte ha ocurrido como resultado de una conducta criminal, (5) en el caso de que ocurra un delito en las instalaciones de la Práctica, y (6) emergencia médica (no en las instalaciones de la Práctica) y es probable que haya ocurrido un delito.

Compensación de trabajadores: Podemos divulgar su información médica protegida, según lo autorizado, para cumplir con las leyes de compensación para trabajadores y otros programas similares legalmente establecidos.

Usos y divulgaciones requeridos: Según la ley, debemos hacerle divulgaciones a usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500 et. seq.

Sus derechos

A continuación, se presenta una declaración de sus derechos con respecto a su información médica protegida y una breve descripción de cómo puede ejercer estos derechos.

Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida. Esto significa que puede inspeccionar y obtener una copia de la información médica protegida sobre usted que esté contenida en un conjunto de registros designado mientras mantengamos la información médica protegida. Un "conjunto de registros designado" contiene registros médicos y de facturación y cualquier otro registro que su médico y la Práctica utilicen para tomar decisiones sobre usted.

Sin embargo, según la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros; notas de psicoterapia; información cumplida con anticipación razonable de, o uso en, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, e información de salud protegida que está sujeta a la ley que prohíbe el acceso a información de salud protegida. Dependiendo de las circunstancias, una decisión de denegar el acceso puede ser revisada. En algunas circunstancias, es posible que tenga derecho a que se revise esta decisión. Comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad si tiene preguntas sobre el acceso a su registro médico.

Usted tiene derecho a solicitar una restricción de su información médica protegida. Esto significa que puede solicitarnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención

médica. *Usted tiene el derecho de restringir ciertas divulgaciones de Información de Salud Protegida a un plan de salud cuando paga de su bolsillo en su totalidad por la atención médica brindada por nuestra oficina.* También puede solicitar que cualquier parte de su información médica protegida no se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o para fines de notificación como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe ser por escrito e indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción. *Puede optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos en las que participa nuestra oficina.*

Su proveedor no está obligado a aceptar una restricción que usted pueda solicitar. Si el médico cree que es en su mejor interés permitir el uso y la divulgación de su información médica protegida, su información médica protegida no será restringida. Si su médico está de acuerdo con la restricción solicitada, no podemos usar ni divulgar su información médica protegida en violación de esa restricción a menos que sea necesario para proporcionar tratamiento de emergencia. Con esto en mente, discuta cualquier restricción que desee solicitar con su médico.

Puede solicitar una restricción presentando su solicitud, por escrito al miembro del personal identificado como "Oficial de privacidad" en la parte superior de este formulario. El Oficial de Privacidad le proporcionará el formulario de "Restricción de consentimiento". Complete el formulario, fírmelo y pida que el personal le proporcione una fotocopia de su solicitud con sus iniciales. Esta copia servirá como su recibo.

Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Nos adaptaremos a las solicitudes razonables. También podemos condicionar este alojamiento pidiéndole información sobre cómo se manejará el pago o la especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto. No le solicitaremos una explicación sobre la base de la solicitud. Por favor, haga esta solicitud por escrito.

Es posible que tenga derecho a que su médico modifique su información médica protegida. Esto significa que puede solicitar una enmienda de la información médica protegida sobre usted en un conjunto de registros designado durante el tiempo que mantengamos esta información. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud de enmienda. Si rechazamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación. Comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad si tiene preguntas sobre cómo modificar su registro médico.

Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos hecho, si las hubiera, de su información médica protegida. Este derecho se aplica a las divulgaciones para fines distintos del tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Excluye las divulgaciones que podamos haberle hecho a usted, a familiares o amigos involucrados en su cuidado, de conformidad con una autorización debidamente ejecutada o con fines de notificación. Tiene derecho a recibir información específica sobre estas divulgaciones que ocurrieron después de . El derecho a recibir esta información está sujeto a ciertas excepciones, restricciones y límites.April 14, 2003

Usted tiene derecho a ser notificado por nuestra oficina de cualquier violación de la privacidad de su Información de Salud Protegida.

Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, previa solicitud, incluso si ha aceptado aceptar este aviso electrónicamente.

Quejas

Puede presentar una queja ante nosotros, o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos, si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. *Para presentar una queja puede dirigirse a:*

http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaintform.pdf

O nuestra oficina puede proporcionarle un formulario escrito para presentar su queja. También puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro Oficial de Privacidad de su queja. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Nuestro Oficial de Privacidad es Linsey Robinson, puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad o cualquier miembro del personal, incluido el Dr. Beau Porche o el Dr. Jake Bordelon al siguiente número de teléfono (985) 873-8586 o nuestro sitio web, en www.houmathibodauxspineandrehab.com para obtener más información sobre el proceso de queja.

Este aviso fue publicado y entra en vigencia el 30 de septiembre de 2015

HOUMA-THIBODAUX
SPINE & REHABILITATION

Consentimiento para usar la PHI

Reconocimiento del consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida

Uso y divulgación de su información médica protegida
Su información médica protegida será utilizada por Houma Thibodaux Spine & Rehab o puede ser divulgada a otros para fines de tratamiento, obtención de pago o apoyo a las operaciones diarias de atención médica de esta oficina.
Houma Thibodaux Spine & Rehab puede solicitar registros de salud anteriores y / o continuos de otros proveedores con el propósito de historial del paciente y / o fines de tratamiento. _____Iniciales del paciente

Aviso de prácticas de privacidad
Debe revisar el Aviso de prácticas de privacidad para obtener una descripción más completa de cómo se puede usar o divulgar su Información de salud protegida. Describe sus derechos en lo que respecta al uso limitado de la información de salud, incluida su información demográfica, recopilada de usted y creada o recibida por esta oficina. He recibido una copia del Aviso de Política de Privacidad del Paciente. _____Iniciales del paciente

Solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información

- Puede solicitar una restricción en el uso o divulgación de su Información de salud protegida.
- Esta oficina puede o no estar de acuerdo en restringir el uso o la divulgación de su PHI.
- Si aceptamos su solicitud, la restricción será vinculante con esta oficina. El uso o divulgación de información protegida en violación de una restricción acordada será una violación de los estándares federales de privacidad.

Aviso de tratamiento en áreas abiertas o comunes

Se le notificará del tratamiento en un área abierta o común antes del tratamiento, áreas privadas disponibles a pedido.

Revocación del consentimiento
Usted puede revocar este consentimiento para el uso y divulgación de su Información de Salud Protegida. Debe revocar este consentimiento por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en que se reciba su revocación del consentimiento no se verá afectado.

Información que se utilizará o divulgará La información cubierta por esta autorización incluye: _____

_____

Personas autorizadas para usar o divulgar información La información mencionada anteriormente será utilizada o divulgada por:
Nombre de la persona Organización:

_____

Fecha de vencimiento de la autorización
Esta autorización es efectiva a través de __ __

Con mi firma a continuación doy mi permiso para usar, divulgar y solicitar mi información de salud.

_____ _____
Firma del paciente o de una persona legalmente autorizada — Fecha

_____ _____
Imprimir el nombre completo del paciente — Hora

_____ _____
Firma del testigo — Fecha

Informe de accidente de vehículo

Nombre: _____ **Fecha del** accidente: _____ **Hora del accidente**: AM PM

Papel del paciente: Conductor Frente Pasajero Pasajero trasero Operador de motocicleta Operador de ATV

pasajeros de motocicleta Pasajero ATV Peaton Otro: _____

¿Su automóvil golpeó al otro vehículo? Sí No **Otro vehículo golpeó el suyo?** Sí No

Como resultado del accidente, ¿se le emitieron multas de tránsito a usted o al conductor? Sí No **¿Al conductor culpable?** Sí No

¿Cuál es su ocupación acsual? _____ Sí no **En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo y cuáles fueron las fechas?** _____

Tamaño del vehículo: No reportado Subcompacto Compacto Mediano Tamaño completo Otro: _____

Marca y modelo: _____ **Velocidad:** _____

Otro tamaño del vehículo: No reportado Subcompacto Compacto Mediano Tamaño completo Otro: _____

Marca y modelo: _____ **Velocidad:** _____

Lugar de colisión: No reportado De frente Frente detrás del lado del pasajero Lado del conductor Otro: _____

Hora del día: Luz del día Amanecer Anochecer Noche **Condiciones de la carretera**: Seco Húmedo Nieve Hielo Húmedo Otro: _____

¿Sabías que accidente iba a occurra?: No reportado Sí No **Paciente Expulsado?:** No reportado Expulsado No expulsado

Paciente golpeado: No reportado Volante Bolsa de aire Tablero Espejo retrovisor Parabrisas Interior Otro:_____

Consciente del paciente: No reportado Pérdida del conocimiento No perdió el conocimiento **Cinsurón de seguridad**: No reportado Usado No usado

Cinsurón de hombro: No reportado Usado No usado **Bolsas de aire**: No reportado Desplegado No desplegado

Reposacabezas: No se informa Por encima de la cabeza Debajo de la cabeza

Posición de la cabeza en el momento del impacto: girado a la derecha girado a la izquierda hacia adelante

¿Su vehículo fue remolcado de la escena? Sí No **¿Cuál fue el daño?** _____

Área de lesión: Cabeza Cuello Hombros Espalda superior/media Espalda baja Pecho/costillas Brazos Codos Antebrazos

Muñecas Manos Abdomen Glúteos Pelvis Caderas Muslos Piernas Rodillas Tobillos Pies Otro: _____

¿Suvo dolor inmediato después del accidente? Sí No

¿Su dolor comenzó 15 minutos después del accidente varias horas después del accidente esa noche al día siguiente otro: _____

¿Cómo te sentiste inmediatamente después del accidente? Alerta dolorosa asurdida desorientada

¿Te llevaron a la sala de emergencias? Sí No En caso afirmativo a través de ambulancia auto otro:_____

¿En qué hospital recibió tratamiento? _____ **¿Se tomaron radiografías?** Sí No **En caso afirmativo, ¿de qué?** _____

¿Le recetaron medicamentos? Sí No **¿Qué se recetó?** AINE relajante muscular analgésico Otro:_____

¿Queja principal acsual desde el accidente?_____

Información de seguros y abogados

Patient Auto ins. co: _____ **¿ Cobersura de** Medpay? Sí No **Controlador culpable:** _____

Abogado: _____ **Teléfono #:**_____ **Dirección:** _____

Por la presente autorizo al médico a examinar y tratar mi condición como él / ella considere apropiado mediante el uso de la atención médica quiropráctica, y doy autoridad para que se realicen estos procedimientos. Se entiende y se acuerda que la imagen es solo para examen y los negativos seguirán siendo propiedad de esta oficina, estando en el archivo donde se pueden ver.

Firma del paciente/sutor: _____

Notas adicionales: