



Edward Cremata, DC, FNP-C
Celular: 510-913-1366 Fax: 925-237-8246

Dirección postal: 15529 S. Winged Trace Ct.; Draper, Utah 84020

Información del paciente

Nombre: _____
Primero Inicial del segundo nombre Último

DIRECCIÓN: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cremallera: _____

N.º de casa: _____ N.º de celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Género: Masculino Femenino N/A Fecha de nacimiento: _____ Seguridad Social # _____

Estado y número de licencia de conducir: _____ Ocupación: _____

Empleador: _____ Dirección del empleador: Ciudad del _____

empleador: _____ Estado: _____ Código postal: _____ ¿Cómo se enteró de nosotros?

Describe brevemente qué servicios estás buscando hoy. _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

DIRECCIÓN: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cremallera: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono celular #: _____ Correo electrónico: _____

Empleador: _____ Número de teléfono del trabajo: _____

DIRECCIÓN: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cremallera: _____

Política de pago: Se espera el pago al momento del servicio. Usted es responsable de todos los cargos incurridos. Se agradece su cooperación en este asunto.

Autorización: Certifico que la información anterior es verdadera y doy mi consentimiento para la realización del examen y cualquier tratamiento médico o quirúrgico que pueda ser necesario o aconsejable a juicio del facultativo. Yo también Entiendo que se espera el pago en el momento del servicio y solicito que mis registros médicos se divulguen según sea necesario para referencias médicas y/o información de seguro. Su firma aquí también servirá como asignación de beneficios para fines de facturación de seguros.

Firma del Paciente: _____

Firma del padre/tutor (si corresponde): _____

Fecha de firma: _____



Edward Cremata, DC, FNP-C

Celular: 510-913-1366 Fax: 925-237-8246

Dirección postal: 15529 S. Winged Trace Ct.; Draper, Utah 84020

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Género: Masculino Femenino Otro _____

Historia de salud

¿Alguna vez ha tenido o tiene alguno de los siguientes? (Marque Presente, Pasado o déjelo en blanco si no corresponde).

Condición	presente	pasada	Pasado	presente	
		Dolores de cabeza severos o crónicos.			erupción crónica
		Lesión craneal			Trastorno del sistema nervioso central
		Pérdida visual			Trastorno fisiológico
		Problemas oculares (visión borrosa o doble, etc.)			Diarrea parasitaria o infecciosa.
		Gafas o lentes de contacto			Problema renal o urológico
		Pérdida de la audición			Huesos rotos o dislocaciones
		Problemas de oído (infecciones, zumbidos, etc.)			Problemas de huesos o articulaciones
		Fiebre del heno			Hemorroides
		Problemas sinusales			Anemia
		Tos crónica			Tumor o cáncer
		Asma			Fiebres recurrentes
		Problemas para respirar			Infecciones graves
		Problemas del corazón			Problemas de glándulas u hormonas
		Dolor en el pecho			Tuberculosis
		Hipertensión			Diabetes
		Fiebre reumática			Problemas tiroideos
		Problemas estomacales			Desmayos
		Úlceras			Convulsiones o epilepsia.
		Problemas de vesícula biliar			Complicaciones de enfermedades infantiles.
		Colitis ulcerosa			Dolor de espalda o lesión de espalda.
		enfermedad de cron			Dolor de cuello o lesión en el cuello.
		diverticulitis			Dolor en el coxis o lesión en el coxis.
		Ictericia (hepatitis)			Problemas de próstata
		Problemas de la piel			Problemas ginecológicos



Edward Cremata, DC, FNP-C
 Celular: 510-913-1366 Fax: 925-237-8246

Dirección postal: 15529 S. Winged Trace Ct.; Draper, Utah 84020

Historia social

Hábito	pasado presente	¿Cuánto, con qué frecuencia, por cuánto tiempo?
	consumo de alcohol	
	consumo de cigarrillos	
	Consumo de tabaco de mascar	
	El consumo de drogas	

¿Tienes alguna alergia? Sí No. En caso afirmativo, indique _____

¿Eres alérgico a algún medicamento? Sí No. En caso afirmativo, indique los medicamentos y la reacción. _____

¿Está usted tomando actualmente algún medicamento? Sí No. En caso afirmativo, indique los medicamentos, la dosis y la frecuencia. _____

¿Alguna vez ha tenido una lesión o enfermedad que le haya causado pérdida de trabajo? Sí No. En caso afirmativo, explique brevemente. _____

¿Alguna vez ha recibido una indemnización por un accidente laboral? Sí No. En caso afirmativo, explique brevemente. _____

¿Alguna vez ha resultado herido en un accidente automovilístico? Sí No. En caso afirmativo, explique brevemente. _____

¿Está usted actualmente bajo cuidado médico por alguna condición? Sí No. En caso afirmativo, explique brevemente. _____

¿Alguna vez ha estado hospitalizado o ha tenido alguna operación? Sí No. En caso afirmativo, explique brevemente (incluya fechas). _____

¿Qué problemas de salud están presentes en su familia inmediata? (es decir, madre, padre, hermanos, hermanas) _____

¿Qué problemas de salud están presentes en su familia extendida? (es decir, abuelos, tías, tíos) _____



Edward Cremata, DC, FNP-C
Celular: 510-913-1366 Fax: 925-237-8246

Dirección postal: 15529 S. Winged Trace Ct.; Draper, Utah 84020

	Fecha más reciente	Resultados
Radiografía de pecho		
Radiografía de columna		
Análisis de sangre		
Prueba de Papanicolaou		

Certifico que las respuestas anteriores son completas y precisas a mi leal saber y entender.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del padre o tutor, si corresponde: _____



Edward Cremata, DC, FNP-C
Celular: 510-913-1366 Fax: 925-237-8246

Dirección postal: 15529 S. Winged Trace Ct.; Draper, Utah 84020

Nombre impreso: _____ Fecha: _____

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTE INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISARLO DETENIDAMENTE

En el curso de su atención como paciente de Relief Medical Group, Inc., podemos usar o divulgar información personal y relacionada con su salud de las siguientes maneras:

1. Su información médica protegida, incluidos sus registros clínicos, puede divulgarse a otro proveedor de atención médica u hospital si así lo desea. necesario derivarlo para un diagnóstico, evaluación o tratamiento adicional.
2. Sus registros de atención médica, así como sus registros de facturación, pueden divulgarse a otra parte, como una compañía de seguros, una HMO, una PPO o su empleador, si es o puede ser responsable del pago de los servicios que le brinda.
3. Su nombre, dirección, número de teléfono y sus registros de atención médica pueden usarse para comunicarnos con usted con respecto a recordatorios de citas, información sobre alternativas a su atención actual u otra información relacionada con su salud que pueda ser de su interés.
4. Tiene derecho a solicitar restricciones sobre nuestro uso de su información de salud protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones. Dichas solicitudes no son automáticas y requieren la aprobación de esta oficina.
5. Su nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico y registros médicos pueden usarse para contactarlo con respecto a recordatorios de citas, para su atención actual u otra información relacionada con su salud que pueda ser de su interés.
6. Si no está en casa para recibir un recordatorio de cita u otra información relacionada, es posible que se deje un mensaje en su contestador automático o con una persona de su hogar. Tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales y a solicitar restricciones relativas a dichos contactos. También tiene derecho a ser contactado por medios alternativos o en lugares alternativos.

Se nos permite y se nos puede exigir que utilicemos o divulguemos su información de salud sin su autorización en las siguientes circunstancias:

1. Si le brindamos servicios de atención médica en caso de emergencia.
2. Si estamos obligados por ley a brindarle atención y no podemos obtener su consentimiento después de intentar hacerlo.
3. Si existen barreras sustanciales para la comunicación con usted, pero según nuestro criterio profesional creemos que tiene la intención de que le brindemos atención.
4. Si así lo ordenan los tribunales u otra agencia apropiada.
5. Usted tiene derecho a recibir un informe de dichas divulgaciones realizadas por esta oficina.

Cualquier uso de divulgación de su información médica protegida, que no sea el descrito anteriormente, solo se realizará con su autorización por escrito. Si proporciona una autorización para la divulgación de información, tiene derecho a revocar esa autorización en una fecha posterior.

La información que utilizamos o divulgamos con base en este aviso de privacidad puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona a quien le proporcionamos la información y es posible que ya no esté protegida por las reglas federales de privacidad. Normalmente le brindamos información sobre su salud en persona en el momento en que recibe nuestra atención quiropráctica. También podemos enviarle por correo información sobre su atención médica o sobre el estado de su cuenta. Si desea recibir esta información en una dirección distinta a la de su domicilio, o si desea recibir la información en un formulario específico, infórmenos por escrito de sus preferencias. Tiene derecho a inspeccionar y/o copiar su información de salud mientras la información permanezca en nuestros archivos. Además, tiene derecho a solicitar una enmienda a su información de salud.

Las solicitudes para inspeccionar, copiar o modificar su información relacionada con la salud deben enviarnos por escrito.

Las leyes estatales y federales nos exigen mantener la privacidad de su expediente de paciente y la información de salud protegida que contiene. También estamos obligados a proporcionarle este aviso de nuestras prácticas de privacidad con respecto a su información de salud. Además, la ley nos exige cumplir con los términos de este aviso mientras esté vigente. Nos reservamos el derecho de alterar o modificar los términos de este aviso de privacidad. Si se realizan cambios en nuestro aviso de privacidad, se lo notificaremos por escrito lo antes posible después de los cambios. Cualquier cambio en nuestro aviso de privacidad se aplicará a toda su información de salud en nuestros archivos. Si tiene una queja sobre nuestro aviso de privacidad, nuestras prácticas de privacidad o cualquier aspecto de nuestras actividades de privacidad, debe dirigir su queja al Dr. Edward Cremata. También tiene derecho a presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si decide presentar una queja ante esta oficina o ante la Secretaría, su atención continuará y esta oficina o nuestro personal no lo perjudicarán de ninguna manera.

Este aviso entra en vigor a partir de _____. Este aviso, y cualquier alteración o enmienda hecha al mismo caducará siete años después de la fecha en que fue creado. Mi firma reconoce que he leído y recibido una copia de este aviso.

Nombre impreso: _____

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Fecha de firma: _____



Edward Cremata, DC, FNP-C
Celular: 510-913-1366 Fax: 925-237-8246

Dirección postal: 15529 S. Winged Trace Ct.; Draper, Utah 84020

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y/O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA REALIZAR TRATAMIENTOS, PAGOS Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA.

Yo, _____, por la presente declaro que al firmar este Consentimiento, reconozco y acepto lo siguiente:

- 1) El Aviso de Privacidad y Portabilidad de la Información Médica me fue proporcionado antes de firmar este Consentimiento. El Aviso de Privacidad incluye una descripción completa de los usos y/o divulgaciones de mi información de salud protegida ("PHI") necesaria para que la Clínica me brinde tratamiento, y también necesaria para que la Clínica obtenga el pago por ese tratamiento y lleve a cabo su operaciones de atención médica. La Práctica me explicó que el Aviso de Privacidad estará disponible para mí en el futuro a mi solicitud. A la práctica se le ha explicado además mi derecho a obtener una copia del Aviso de privacidad antes de firmar este consentimiento, y me ha animado a leer el Aviso de privacidad detenidamente antes de firmar este Consentimiento.
- 2) La Práctica se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de Privacidad, de conformidad con ley aplicable.
- 3) Entiendo y doy mi consentimiento para lo siguiente: recordatorios de citas que serán utilizados por la práctica: a) una tarjeta postal enviado por correo a la dirección proporcionada por mí; y b) llamando por teléfono a mi casa y dejando un mensaje en mi contestador automático o con la persona que contesta el teléfono. También lo entiendo y doy mi consentimiento para que me envíen boletines informativos y tarjetas de cumpleaños y días festivos, y que mi nombre aparezca en varios tableros de la oficina.
- 4) La Clínica puede usar y/o divulgar mi PHI (que incluye información sobre mi salud o condición y el tratamiento que me brindaron) para que la Clínica me trate y obtenga el pago por ese tratamiento, y según sea necesario para que la Clínica realizar operaciones específicas de atención médica.
- 5) Entiendo que tengo derecho a solicitar que el médico restrinja cómo se usa y/o divulga mi PHI para llevar a cabo tratamiento, pago y/u operaciones de atención médica. Sin embargo, el médico no está obligado a aceptar ninguna restricción que haya solicitado. Si el médico acepta una restricción solicitada, entonces la restricción es vinculante para el médico.
- 6) Entiendo que este Consentimiento tiene una vigencia de siete años. Además, entiendo que tengo derecho a revocar el Consentimiento, en por escrito, en cualquier momento para todas las transacciones futuras, en el entendido de que dicha revocación no se aplicará en la medida en que la Práctica ya haya tomado medidas basándose en este Consentimiento.
- 7) Entiendo que si revoco este consentimiento en cualquier momento, la Clínica tiene el derecho de negarse a tratarme.
- 8) Entiendo que si no firmo este Consentimiento que demuestra mi consentimiento a los usos y divulgaciones descritos anteriormente y contenida en el Aviso de Privacidad, entonces el médico no me atenderá.
- 9) Entiendo y doy mi consentimiento para un entorno de puertas y paredes abiertas para adaptación y terapia, y conversaciones con Los médicos, el personal u otras personas pueden ser escuchados. También doy mi consentimiento para que mi nombre aparezca en las hojas de registro y en el libro de citas, que serán visibles para los demás.

He leído y entiendo el aviso anterior, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción de una manera que puedo entender.

Nombre impreso: _____

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Fecha de firma: _____



Edward Cremata, DC, FNP-C
Celular: 510-913-1366 Fax: 925-237-8246
Dirección postal: 15529 S. Winged Trace Ct.; Draper, Utah 84020

Cobertura del seguro

El Dr. Cremata no está en la red de ninguna compañía de seguros y actualmente solo acepta pacientes que pagan por los servicios prestados. Entiendo completamente que soy responsable de cualquier cargo de servicio incurrido y que pagaré en el momento del servicio.

Nombre impreso: _____

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Fecha de firma: _____

Consentimiento informado

Por la presente solicito y doy mi consentimiento para que el FNP-C mencionado anteriormente y/o cualquier persona que trabaje en esta clínica autorizada por el FNP-C mencionado anteriormente. Soy consciente de que tengo la oportunidad de hablar sobre el FNP-C mencionado anteriormente y/o con otro personal de la oficina, incluido Edward Cremata, DC, FNP-C, la naturaleza y el propósito de los servicios médicos y otros procedimientos. Entiendo que los resultados no están garantizados.

Además, entiendo y estoy informado que, como en toda atención médica, en la práctica de la medicina existen algunos riesgos para el tratamiento, que incluyen, entre otros, distensiones y esguinces musculares, lesiones de disco, fracturas, dislocaciones y accidentes cerebrovasculares. No espero que el médico anticipe y explique todos los riesgos, y deseo confiar en que el médico ejercerá su buen juicio durante el curso del procedimiento, lo que el médico considera en ese momento, basándose en los hechos conocidos en ese momento y en mi mejor manera. intereses. Cualquier medicamento administrado, por vía oral, inyectable o cualquier otra vía, conlleva riesgos y se recomienda que el paciente sea educado y haga preguntas al médico o enfermera sobre el medicamento para obtener un consentimiento informado completo antes de tomarlo.

He leído el consentimiento anterior. También tuve 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.

Nombre impreso: _____

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Fecha de firma: _____