



(Por favor imprimir)  
Nombre del paciente \_\_\_\_\_ SOC SEC # \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ Expresar \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

AGE \_\_\_\_\_ BIRTH DATE \_\_\_\_\_ MARITAL: M S D W #CHILDREN \_\_\_\_\_ HEIGHT \_\_\_\_\_ WT \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA # \_\_\_\_\_ Teléfono móvil# \_\_\_\_\_ PORTADOR DE CELDAS \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LOS GARANTES: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL GARANTE \_\_\_\_\_ Teléfono móvil# \_\_\_\_\_

A QUIÉN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRLE? \_\_\_\_\_

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PARIENTE VIVO MÁS CERCAÑO  
(NO VIVIR CONTIGO) \_\_\_\_\_

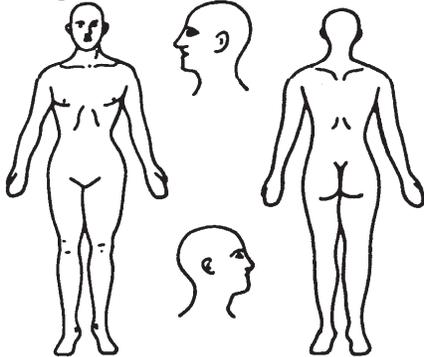
Propósito de esta cita \_\_\_\_\_

¿Ha visto a algún médico por esta condición (marque todo lo que corresponda) "Quiropráctico  "MD  "Ninguno

¿Qué medicamentos está tomando? \_\_\_\_\_

Enumere las condiciones que más le interesa que se corrijan en orden de importancia y cuándo comenzó cada una.

Por favor marque sus áreas de dolor a continuación:



1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

¿Qué funciones no puede realizar o induce dolor al realizarlas?  
(ejemplo: sentarse, agacharse, caminar)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Mujeres: ¿Estás embarazada en este momento?

Si  No

Lista de cirugías y años

\_\_\_\_\_

¿Has sufrido de:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mareo                 | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Neuritis             |
| <input type="checkbox"/> dolores de espalda    | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Nerviosismo          |
| <input type="checkbox"/> dolores de cabeza     | <input type="checkbox"/> Artritis              | <input type="checkbox"/> Problemas digestivos |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Problema sinusal     |
| <input type="checkbox"/> alergias              | <input type="checkbox"/> Cáncer                | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello      |

¿Alguna vez ha tenido atención quiropráctica antes?  Si  No

El nombre del doctor \_\_\_\_\_

¿Ha sido tratado por algún médico por algún problema de salud en el último año?  Si  No

Médico de familia actual \_\_\_\_\_

Si determinara que su salud podría mejorar, ¿le gustaría recibir atención quiropráctica en esta oficina?

Si  No

**Dirección** \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_

Por quién \_\_\_\_\_

# SI SU CONDICIÓN ES EL RESULTADO DE UNA LESIÓN, POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN

ES TU CASO:  Compensación de trabajadores  Sin culpa (accidente automovilístico)  Lesiones Personales

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Localización: \_\_\_\_\_

Por favor, describa cómo ocurrió la lesión.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Reportaste tu lesión?  Si  No A quien? \_\_\_\_\_

¿Fuiste hospitalizado?  Si  No Adonde? \_\_\_\_\_

¿En ambulancia?  Si  No ¿Se tomaron radiografías?  Si  No ¿Por quién? \_\_\_\_\_

Fecha(s) de hospitalización \_\_\_\_\_ Medicamentos prescritos \_\_\_\_\_

¿Estás trabajando actualmente?  Si  No Fechas de tiempo perdido del trabajo \_\_\_\_\_

¿Ha sido tratado por algún otro quiropráctico o médico por esta lesión?  Si  No En caso afirmativo, nombre y especialidad del médico \_\_\_\_\_

Enumere cualquier lesión anterior:

1. Escribe \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_ Hospitalizado  Si  No

2. Escribe \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_ Hospitalizado  Si  No

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? Yes No

1. Durante el último mes, ¿le ha molestado a menudo sentirse decaído, deprimido o desesperanzado? " "    
decaído, deprimido o sin esperanza?

2. Durante el último mes, ¿le ha molestado a menudo el poco interés o placer en hacer las cosas?

## RECONOCIMIENTO DE PAGO (Por favor firma)

Entiendo y acepto que mis pólizas de seguro médico y de accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Además, entiendo que la oficina del Dr. Charschan preparará todos los informes y formularios necesarios para ayudarme a realizar el cobro de la compañía de seguros y cualquier cantidad autorizada para pagarse directamente a la oficina del Dr. William Charschan se acreditará a mi cuenta al recibirla. Sin embargo, entiendo claramente y acepto que todos los servicios prestados se me cobran directamente a mí y que soy personalmente responsable de los pagos, copagos y servicios de atención administrada no cubiertos. También entiendo que si suspendo o finalizo mi atención y tratamiento, cualquier tarifa por los servicios profesionales que me brindó se vencerá y pagará de inmediato. En el caso de los planes de atención administrada, acepto cumplir con los protocolos diseñados por mi plan y entiendo que cualquier atención no autorizada por mi plan es mi responsabilidad. Charschan Chiropractic hará todo lo posible para preautorizar toda mi atención y soy totalmente responsable de cualquier atención no preautorizada por mi proveedor. Si violo este acuerdo y la oficina del Dr. Charschan envía mi cuenta a una agencia de cobro oa un abogado para el cobro, seré responsable de todos los costos judiciales y de cobro, así como de los intereses anuales sobre el saldo impago.

Firma del paciente (o tutor legal) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**CHARSCHAN CHIROPRACTIC  
AND SPORTS INJURY ASSOCIATES**  
IT IS BETTER IN AS LITTLE AS ONE VISIT

490 Georges Rd. No. Brunswick, NJ 08902 732-846-6400  
1281 Raritan Rd. Scotch Plains, NJ 08902 732-8290009  
**William D. Charschan D.C., I. C.C.S.P., Director** [www.backfixer1.com](http://www.backfixer1.com),

**Formulario de autorizaciones de pacientes de HIPAA.  
Los pacientes deben leer y firmar en cada x.  
Este formulario debe colocarse en el archivo del paciente**

**Autorización del paciente para recordatorios de citas, asuntos relacionados con la programación,  
productos de salud y otras comunicaciones en el consultorio**

Es nuestro deseo que nuestro personal use su nombre, dirección y / o número de teléfono con el fin de contactarlo para recordarle sobre citas programadas, reevaluaciones u otros problemas relacionados con la cita. Nuestros pacientes también reciben nuestro boletín informativo que tiene artículos informativos, consejos de salud y productos que pueden ayudarlo a mantenerse saludable.

El uso de esta información está destinado a hacer que su experiencia con nuestra oficina sea más eficiente, productiva y ofrecer ideas y productos que puedan ayudarlo a mantenerse saludable. Si decide no autorizar el uso de esta información, su decisión no tendrá ningún efecto adverso en su atención de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (fecha de hoy) o en su relación con nuestro personal.

Su firma indica su autorización de esta actividad.

x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
Nombre (impreso por favor) Firma Fecha

Si usted es menor de edad, o si está siendo representado por otra parte

x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
Representante Personal Firma impresa del Representante Personal Fecha

Esta autorización puede ser revocada por usted en cualquier momento. La revocación puede lograrse notificándonos por escrito su deseo de retirar su autorización. Espere un tiempo de procesamiento razonable para que se complete el cambio en nuestro sistema.

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN QUIROPRÁCTICA Y MÉDICA SOBRE USTED PUEDE  
SER UTILIZADO Y DIVULGADO Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR  
FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

En el curso de su atención como paciente en Charschan Chiropractic and Sports Injury Associates, podemos usar o divulgar información personal y relacionada con la salud sobre usted de las siguientes maneras:

- \*Su información personal de salud, incluidos sus registros clínicos, puede divulgarse a otro proveedor de atención médica u hospital si es necesario remitirlo para un diagnóstico, evaluación o tratamiento adicionales.
- \*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 son o pueden ser responsables del pago de sus servicios. \*Su nombre, dirección, número de teléfono y sus registros de atención médica pueden usarse para comunicarse con usted con respecto a recordatorios de citas, información sobre alternativas a su atención actual u otra información relacionada con la salud que pueda ser de su interés.

Si no está en casa para recibir un recordatorio de cita, es posible que se deje un mensaje en su contestador automático. Además, tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia de la información que utilizaremos para estos fines. También tiene derecho a negarse a proporcionar autorización para que esta oficina se comunice con usted con respecto a estos asuntos. Si no nos proporciona esta autorización, no afectará la atención que se le brinda ni las vías de reembolso asociadas con su atención.

Bajo la ley federal, también se nos permite o se nos exige usar o divulgar su información de salud sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias:

- \*Si le estamos proporcionando servicios de atención médica basados en las órdenes de otro proveedor de atención médica.
- \*Si le brindamos servicios de atención médica en caso de emergencia.
- \*Si la ley nos exige que le brindemos atención y no podemos obtener su consentimiento después de intentar hacerlo.
- \*Si existen barreras sustanciales para comunicarse con usted, pero a nuestro juicio profesional creemos que tiene la intención de que le brindemos atención.
- \*Si somos ordenados por los tribunales u otra agencia apropiada

Cualquier uso o divulgación de su información médica protegida, que no sea como se describe anteriormente, solo se realizará con su autorización por escrito.

Normalmente le proporcionamos información sobre su salud en persona en el momento en que recibe atención quiropráctica de nuestra parte. También podemos enviarle información por correo con respecto a su atención médica o sobre el estado de su cuenta. Si desea recibir esta información en una dirección que no sea su domicilio o, si desea la información en una forma diferente, infórmenos por escrito sobre sus preferencias.

**Usted tiene derecho a inspeccionar y/o copiar su información de salud durante siete años a partir de la fecha en que se creó el registro o 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 proporcionarse por escrito.**

**Puede solicitar registros médicos (EPHI) en formato electrónico si está disponible en formatos Microsoft Word o PDF. Esto puede incluir súper facturas y otra información que esté solicitando.**

Estamos obligados por la ley estatal y federal a mantener la privacidad de su archivo de paciente y la información de salud protegida por la salud en el mismo. También estamos obligados a proporcionarle este aviso de nuestras prácticas de privacidad con respecto a su información de salud.

Si hay una violación de la PHI (información de salud privada divulgada sin permiso involuntariamente), estamos obligados bajo la Regla de notificación de incumplimiento a hacer lo siguiente

**Aviso a individuos:** Nuestra oficina debe notificar a las personas afectadas sin demora razonable, dentro de los 60 días.

**Aviso a los medios** de comunicación: si una violación afecta a más de 500 residentes de una jurisdicción estatal o local, nuestra oficina debe notificar a un medio de comunicación prominente que sea apropiado para el tamaño de la ubicación con las personas afectadas.

Aviso al HHS – Los avisos sobre infracciones que afecten a 500 o más personas deben enviarse al HHS (servicios humanos y de salud) al mismo tiempo que se emiten los avisos a las personas. Si una violación afecta a menos de 500 personas, nuestra oficina debe informar la violación al HHS dentro de los 60 días posteriores al final del año calendario en el que ocurre la violación a través del portal web de HHS.

**Notificación de los socios comerciales a las entidades cubiertas:** un socio comercial de nuestra oficina debe notificarnos si el socio comercial descubrió una violación de la PHI no segura. La notificación debe proporcionarse sin demora irrazonable y en ningún caso más tarde de 60 días después del descubrimiento de la violación.

Además, estamos obligados por ley a cumplir con los términos de este aviso mientras esté vigente. Nos reservamos el derecho de alterar o enmendar 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.

La información que usamos o divulgamos en base a este aviso de privacidad puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona a quien proporcionamos la información y es posible que ya no esté protegida por las reglas federales de privacidad.

Si tiene una queja con respecto a nuestro aviso de privacidad, nuestras prácticas de privacidad o cualquier aspecto de nuestras actividades de privacidad, debe dirigir su queja a: Constance Amaczi, gerente de la oficina o al Dr. William Charschan, propietario.

Si desea obtener más información sobre nuestras políticas y prácticas de privacidad, por favor a cualquiera de nuestro personal de oficina. También tenemos una explicación publicada en nuestra área de recepción.

Este aviso es efectivo a partir de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (fecha de hoy). Este aviso, y cualquier alteración o enmienda hecha al mismo expirarán siete años después de la fecha en que se creó el registro. Mi firma reconoce que he recibido una copia de este aviso.

x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
Nombre (impreso por favor) Firma Fecha

Si usted es menor de edad, o si está siendo representado por otra parte

x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
Representante Personal Firma impresa del Representante Personal Fecha

---

### Consentimiento del paciente para el tratamiento

Doy mi consentimiento voluntario para la prestación de atención, incluido el tratamiento y la realización de procedimientos de diagnóstico. Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión del médico tratante y es responsabilidad del personal llevar a cabo las instrucciones de dicho médico (s).

#### DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Al firmar este formulario, usted otorga su consentimiento a Charschan Chiropractic and Sports Injury Associates para usar y divulgar su información médica protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información más detallada sobre cómo podemos usar y divulgar esta información médica protegida. Usted tiene el derecho legal de revisar nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento, y le recomendamos que lo lea en su totalidad.

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia del aviso revisado llamando a nuestra oficina principal al (732) 846 6400. Tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos la forma en que usamos y divulgamos su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados por ley a conceder su solicitud. Sin embargo, si decidimos conceder su solicitud, estamos obligados por nuestro acuerdo.

Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su información médica protegida en función de su consentimiento.

x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
Nombre (impreso por favor) Firma Fecha

Si usted es menor de edad, o si está siendo representado por otra parte

x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
Personal Representative Printed Personal Representative Signature Fecha

---

### CONSENTIMIENTO DE MEDICARE PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: (Por favor, firme si solo tiene Medicare)

Certifico que la información facilitada por mí al solicitar el pago en virtud del Título XVIII y / o del Título XI de la Ley de Seguridad es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí, a divulgar a la Administración del Seguro Social o sus transportistas intermediarios, cualquier información necesaria para este reclamo de Medicare o Medicaid relacionado con esto.

x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
Nombre (impreso por favor) Firma Fecha

x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
Personal Representative Printed Personal Representative Signature Date

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD

Por la presente autorizo al Dr. William D. Charschan a administrar el tratamiento que consideren necesario para mi hijo

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firm0061

\_\_\_\_\_  
Testigo firmado

## ASIGNACIÓN IRREVOCABLE, GRAVAMEN Y BENEFICIOS DE SEGURO DE AUTORIZACIÓN Y ABOGADO

A quien corresponda: Por la presente autorizo y ordeno a usted, a mi compañía de seguros y / o a mi abogado, que pague directamente al Centro de Lesiones Quiroprácticas y Deportivas Charschan las sumas que se deban y se le adeuden a esta Oficina por los servicios prestados, tanto por accidente o enfermedad, como por cualquier otra factura que se deba a esta oficina, y retener dichas sumas de cualquier beneficio por discapacidad, beneficios de pago médico, beneficios sin culpa, beneficios de salud y accidentes, beneficios de compensación para trabajadores o cualquier otro beneficio de seguro obligado a reembolsarme de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto en mi nombre que pueda ser necesario para proteger adecuadamente dicha oficina. Por la presente, doy un gravamen a dicha Oficina contra todos y cada uno de los beneficios de Seguro nombrados en este documento, y todos y cada uno de los ingresos de cualquier acuerdo, juicio o veredicto que se me pueda pagar como resultado de las Lesiones o Enfermedades por las cuales he sido tratado por dicha Oficina. Esto es para actuar como una cesión de mis derechos y beneficios en la medida de los servicios prestados por la Oficina. En el caso de que mi compañía de seguros obligada a hacerme pagos sobre los cargos hechos por esta Oficina por sus servicios se niegue a hacer dichos pagos, a petición mía o de esta Oficina, por la presente asigno y transfiero a esta Oficina todas y cada una de las causas de acción que pueda tener o que puedan existir a mi favor contra dicha compañía y autorizo a esta Oficina a procesar dicha causa de acción, ya sea en mi nombre o en nombre de la Oficina y además autorizo a esta Oficina a comprometer, resolver o resolver de otra manera dicha reclamación o causa de acción como mejor les parezca Entiendo que sigo siendo personalmente responsable de los montos totales adeudados a la Oficina por su servicio y además entiendo y acepto que esta Asignación. El gravamen y la autorización no constituyen ninguna consideración para que la Oficina espere los pagos y pueden exigirme pagos inmediatamente después de prestar servicios a su elección. Autorizo a la Oficina a divulgar cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado para facilitar el cobro bajo esta Asignación. Gravamen y autorización. Estoy de acuerdo en que la Oficina mencionada anteriormente reciba el poder notarial para endosar/firmar mi nombre en todos y cada uno de los cheques para el pago de la factura de mi médico. Además, entiendo y estoy de acuerdo. que si esta Oficina debe tomar alguna medida para cobrar un saldo pendiente en mi cuenta, seré responsable del pago y reembolsaré a esta Oficina todos los costos de tales esfuerzos de recaudación. incluyendo pero no limitado a todos los costos judiciales y todos los honorarios de abogados.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

# OSWESTRY LOW BACK QUESTIONNAIRE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha del Examen \_\_\_\_\_

Favor de Leer:

La intención de este cuestionario es para dar al doctor información en como el dolor de la espalda le esta afectando su habilidad de dirigir su vida. Favor de contestar cada sección y marque solamente una caja que le aplique. Quizás usted considere que mas de una de las declaraciones le aplique, pero favor de marcar solo una caja que describe con exactitud su problema.

## Sección 1 – Intensidad del Dolor

- Puedo tolerar el dolor sin medicina.
- El dolor es fuerte pero puedo controlarlo sin medicina.
- Medicina me da completamente alivio al dolor.
- Medicina me da moderado alivio al dolor.
- Medicina me da poquito alivio al dolor.
- Medicina no me alivia al dolor, no las tomo.

## Sección 2 – Cuidado Personal

- Puedo cuidarme solo sin causarme más dolor.
- Puedo cuidarme solo pero me causa mas dolor.
- Es doloroso cuidarme por mi mismo. Soy lento y cuidadoso.
- Necesito ayuda para mantener algunos de mis cuidados personales.
- Necesito ayuda todos los días para mantener mi cuidado personal.
- No me visto, me lavo con dificultad y me quedo en la cama.

## Sección 3 – Levantar

- Puedo levantar cosas pesadas sin causar más dolor.
- Puedo levantar cosas pesadas pero me causa más dolor.
- El dolor me impide levantar cosas pesadas del piso, pero lo puedo controlar si están en una posición conveniente, e.g., en las mesa.
- El dolor me impide levantar cosas pesadas, pero puedo levantar cosas ligeras que estén en una posición conveniente.
- Puedo levantar solamente cosas ligeras.
- No puedo levantar o cargar nada.

## Sección 4 – Andar

- El dolor no me impide caminar.
- El dolor me impide caminar más de una milla.
- El dolor me impide caminar más de ½ milla.
- El dolor me impide caminar más de ¼ milla.
- Solo puedo caminar usando un palo o muletas.
- Usualmente estoy en la cama y tengo que gatear para ir al baño.

#### Sección 5 – Sentado

- Puedo sentarme en cualquier asiento.
- Solamente puedo estar sentado en mi propio asiento favorito.
- Dolor me impide estar sentado más de una hora.
- Dolor me impide estar sentado más de 30 minutos.
- Dolor me impide estar sentado más de 10 minutos.
- Dolor me impide estar sentado totalmente.

#### Sección 6 – Estar de pie

- Puedo estar de pie por mucho tiempo sin causar más dolor.
- Puedo estar de pie por mucho tiempo pero si me causa mas dolor.
- Dolor me impide estar de pie por más de una hora.
- Dolor me impide estar de pie por más de 30 minutos.
- Dolor me impide estar de pie por más de 10 minutos.
- Dolor me impide estar de pie por cualquier tiempo.

#### Sección 7 – Dormir

- Dolor no me impide dormir.
- Puedo dormir bien solo con medicina.
- Aun con medicina, duermo menos de 6 horas.
- Aun con medicina, duermo menos de 4 horas.
- Aun con medicina, duermo menos de 2 horas.
- Dolor me impide dormir.

#### Sección 8 – Vida Social

- Mi vida social es normal y no me da más dolor.
- Mi vida social es normal pero me aumenta el dolor.
- Dolor no afecta significativamente mi vida social aparte de limitar intereses energéticos como el bailar.
- Dolor me ha restringido mi vida social y no salgo frecuentemente.
- Dolor me ha restringido mi vida social en la casa.
- No tengo vida social por causa del dolor.

#### Sección 9 – Viajar

- Puedo viajar a cualquier sitio sin causarme más dolor.
- Puedo viajar a cualquier sitio pero si me causa dolor.
- El dolor es fuerte pero puedo controlarlo por más de 2 horas.
- Dolor me ha restringido mis viajes no más de una hora...
- Dolor me ha restringido hacer viajes necesarias que sean cortos, no más de 30 minutos.
- Dolor me impide viajar aparte de ir al hospital o ver el doctor.

#### Sección 10 - Empleo/trabajo doméstico

- Mis actividades normales de empleo/trabajo doméstico no causan el dolor.
- Mis actividades normales de empleo/trabajo doméstico aumentan mi dolor, pero puedo realizar todo lo que se requiere de mí.
- Puedo realizar la mayor parte de mis deberes de empleo/trabajo doméstico, pero el dolor me impide realizar las actividades más físicamente estresantes como levantar o limpiar con aspiradora.
- El dolor me impide hacer cualquier trabajo con excepción de trabajo ligero.
- El dolor me impide aun hacer trabajo ligero.
- El dolor me impide realizar cualquier tarea de empleo o de trabajo doméstico.

# INDICE DEL CUELLO

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

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su cuello afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases en una sección describen su condición, por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud.

## Intensidad del Dolor

0. No tengo dolor en este momento.
1. El dolor es muy suave en este momento.
2. El dolor va y viene y es moderado.
3. El dolor es severo en este momento.
4. El dolor es muy severo en este momento.
5. El dolor es el peor que puedo imaginar en este momento.

## Al Dormir

0. No tengo ningún problema durmiendo.
1. Mi sueño esta levemente alterado (desvelado por menos de 1 hora).
2. Mi sueño esta ligeramente alterado (desvelado por 1-2 horas).
3. Mi sueño esta moderadamente alterado (desvelado por 2-3 horas).
4. Mi sueño esta bastante alterado (desvelado por 3-5 horas).
5. Mi sueño esta completamente alterado (desvelando por 5-7 horas).

## Lectura

0. Puedo leer tanto como quiero sin dolor de cuello.
1. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello leve.
2. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo leer tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Difícilmente puedo leer debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo leer debido al dolor de cuello.

## Concentración

0. Puedo concentrarme completamente sin dificultad.
1. Puedo concentrarme completamente con ligera dificultad.
2. Tengo algún grado de dificultad para concentrarme.
3. Tengo mucha dificultad al concentrarme.
4. Tengo muchísima dificultad al concentrarme.
5. No puedo concentrarme.

## Trabajo

0. Puedo hacer tanto trabajo como deseo.
1. Puedo hacer solamente mi trabajo habitual pero no más.
2. Puedo hacer la mayoría de mi trabajo habitual pero no más.
3. No puedo hacer mi trabajo habitual.
4. Difícilmente puedo hacer algo de trabajo.
5. No puedo hacer ningún trabajo.

## Cuidado Personal

0. Puedo cuidar de mí mismo normalmente sin causar más dolor.
1. Puedo cuidar de mí mismo normalmente pero esto causa más dolor.
2. El cuidar de mí mismo es doloroso y soy muy lento y cuidadoso.
3. Necesito alguna ayuda pero puedo hacer la mayor parte de mi cuidado personal.
4. Necesito alguna ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
5. No me visto, me baño con dificultad y permanezco en cama.

## Al Levantar Objetos

0. Puedo levantar objetos pesados sin causar más dolor.
1. Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor.
2. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo hacerlo si los objetos son colocados convenientemente (por ejemplo, en una mesa).
3. El dolor no permite levantar objetos pesados del piso pero puedo levantar objetos ligeros o mediamente pesados si son colocados convenientemente.
4. Puedo levantar solamente objetos ligeros.
5. No puedo levantar o cargar alguna cosa.

## Al Conducir

0. Puedo conducir mi carro sin ningún dolor en el cuello.
1. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello ligero.
2. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo conducir mi carro tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Difícilmente puedo conducir debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo conducir mi carro debido al dolor de cuello.

## Recreación

0. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello.
1. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas con dolor de cuello ligero.
2. Puedo tomar parte en la mayoría pero no en todas mis actividades recreativas habituales debido al dolor de cuello.
3. Puedo tomar parte solamente en unas pocas de mis actividades recreativas debido al dolor de cuello.
4. Difícilmente puedo realizar algunas actividades recreativas debido al dolor de cuello.
5. No puedo realizar ninguna actividad recreativa.

## Dolor de Cabeza

0. No tengo dolores de cabeza.
1. Tengo dolores de cabeza leves los cuales son infrecuentes.
2. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son infrecuentes.
3. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son frecuentes.
4. Tengo dolores de cabeza severos los cuales son frecuentes.
5. Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Index Score = [Sum of all statements selected / (# of sections with a statement selected x 5)] x 100

Neck Index Score \_\_\_\_\_



**CHARSCHAN CHIROPRACTIC**  
AND SPORTS INJURY ASSOCIATES  
FEEL BETTER IN AS LITTLE AS ONE VISIT

William D. Charschan D.C., C.C.S.P., I.C.C.S.P., Director  
490 Georges Rd. No. Brunswick NJ 08902 (732) 846-6400  
1281 Raritan Rd. Scotch Plains NJ 07076 (732) 829-0009  
www.backfixer1.com, www.whypeoplehurt.com

## **Nuestras pólizas para asignación de seguros y planes de salud.**

(Planes con los que estamos actualmente bajo contrato)

1. Nuestra oficina contrata directamente con su compañía de seguros y su compañía de seguros pagará por su atención hasta los límites de la póliza que le explicará nuestro personal. **No somos responsables si excede los límites de su póliza.** Lo tratamos a usted, no a su seguro y algunos planes son restrictivos. Los pacientes deben llevar la cuenta de sus visitas anuales para su plan particular.
2. Los copagos de la oficina vencen el día del servicio antes de su visita o se pagan por adelantado semanalmente si esto es más conveniente. El copago que debe pagar está en su tarjeta o en su comprobante de referencia. Porque los contratos de atención administrada son muy estrictos sobre cómo se administran; No podemos hacer ninguna excepción. Las aseguradoras que muestran mala fe y no nos han pagado son su responsabilidad.
3. No entraremos en una disputa con su operador, pero le ofreceremos ayudarlo a pagar sus reclamos si esto sucede. Facturamos semanalmente y hacemos todo lo posible para asegurarnos de que no se desarrolle un problema.
3. Planes basados en deducibles y planes HSA: se le otorgan nuestros descuentos en las tarifas dentro de la red, sin embargo, debe cumplir con su deducible anual antes de que podamos aceptar la asignación en su nombre. Las visitas al consultorio deben pagarse diariamente hasta que se alcance su deducible, utilizando cualquiera de nuestros métodos de pago, como crédito, débito, cheque o efectivo.
4. Si su plan requiere una referencia para recibir beneficios "dentro de la red", el formulario de referencia debe estar en nuestra oficina en el momento de su visita. Usted es responsable de asegurarse de que nuestro personal tenga el formulario de referencia, incluso si su médico nos ha enviado una copia por fax. Tenga en cuenta que no aceptaremos referencias con fecha anterior bajo ninguna condición.
5. Debe presentar una tarjeta de seguro válida el día de su primera visita con su licencia de conducir (o primera visita bajo un nuevo plan de seguro o primera visita con un nuevo problema). Si no se presenta su tarjeta, se le considerará un paciente de efectivo responsable de nuestras tarifas regulares hasta que presente la tarjeta. Nuestra política (y la de la mayoría de las compañías de seguros) es verificar la cobertura de todos los seguros y precertificar la atención cuando corresponda antes de su segunda visita a nuestra oficina. El incumplimiento nos impide hacer esto, y crea problemas, trabajo extra y errores de facturación. También puede descubrir que su plan puede no permitirnos corregir retroactivamente el problema dejándolo con una factura, por lo tanto, debe presentar la tarjeta.
6. Nuestra oficina no esperará a que su seguro pague dispositivos como aparatos ortopédicos para pies, bocas, cinturones lumbares y otros dispositivos. Estos artículos deben pagarse por adelantado. Aunque los facturaremos en su nombre, estos dispositivos pueden o no estar cubiertos por su plan. Si su compañía de seguros reembolsa a nuestra oficina por dicho dispositivo, le reembolsaremos la cantidad que nos enviaron cuando su cuenta se pague en su totalidad. Dado que estos artículos no son servicios quiroprácticos, el programa de tarifas de la compañía de seguros es irrelevante para estos artículos.
7. Fechas de vencimiento del tratamiento - Bajo ciertos planes de seguro, las certificaciones previas y las referencias tienen límites de tratamiento o límites de tiempo. Las citas faltantes le asegurarán que no recibirá el monto de su beneficio derecho, por lo que es mejor cumplir con sus citas.
8. Nuestra oficina hará todo lo posible para mantenerlo informado de la fecha de vencimiento de su fecha de referencia, aunque no es nuestra responsabilidad. Usted será responsable de nuestras tarifas regulares una vez que expire la referencia / se agoten los beneficios o si viene para recibir atención de mantenimiento periódico. Su compañía de seguros considera estos servicios opcionales y usted es responsable de pagar esas visitas en su totalidad.
9. No facturamos al seguro secundario.

### **Políticas para la atención "fuera de la red"**

(Se aplica a cualquier paciente que elija salir de la red de su plan para venir a nuestra oficina)

Dado que no tenemos contrato con su plan cuando el servicio se realiza "fuera de la red", usted es responsable de nuestras tarifas normales de oficina. Estaremos encantados de tomar la asignación de seguro, que es una forma de crédito, emitida a los pacientes en el momento del servicio. Cuando aceptamos la asignación, estamos dispuestos a esperar a que su seguro nos pague, y se espera que pague el deducible anual y cualquier porcentaje que su seguro no cubra.

**La asignación de seguros se acepta bajo las siguientes condiciones:**

1. Un formulario de seguro completo, si es necesario, debe ser presentado y completado por usted en su segunda visita. También debe presentar una tarjeta de seguro actual y su licencia de conducir en su primera visita a nuestra oficina para permitirnos verificar la elegibilidad de su plan. Sin tarjeta significa que pagas en efectivo.
2. Debe cumplir con su deducible anual antes de que tomemos la asignación, ya que una compañía de seguros no pagará nada hasta que se cumpla el deducible. Los planes HSA funcionan de la misma manera.
3. Debe pagar el porcentaje de su responsabilidad a medida que avanza (por ejemplo, 30%). La mayoría de los pacientes generalmente nos pagan una cantidad fija semanal que aplicamos a su deducible. Este método es más fácil, aunque puede haber un saldo debido al final de la atención.
4. Debe firmar nuestro formulario de "**AUTORIZACIÓN PARA PAGAR AL MÉDICO**" EN SU ARCHIVO Y CUALQUIER OTRO FORMULARIO REQUERIDO POR SU COMPAÑÍA DE SEGUROS ANTES DE SU SEGUNDA VISITA.
5. Si interrumpe la atención sin la autorización del médico, el pago completo se debe realizar sobre cualquier saldo pendiente, independientemente de si su seguro ha sido presentado.
6. Esta cortesía puede ser retirada si su compañía de seguros muestra mala fe.
7. Las compañías de seguros deben pagar por ley dentro de 30 a 60 días o menos. Si la compañía de seguros no lo ha hecho, debe pagar el saldo e ir tras su compañía de seguros para el pago. No entraremos en una disputa con su compañía de seguros ya que no somos los suscriptores.
8. Nuestra oficina nunca garantiza que su compañía de seguros pagará, a pesar de que sugirieron que lo harían durante la verificación inicial del seguro. Usted es responsable de cualquier cosa que su seguro no pague. Las compañías de seguros a veces citan los beneficios por error. Revise su manual de seguro para obtener información precisa sobre los beneficios.
9. Si su compañía de seguros le envía las tarifas asignadas a usted en lugar de a nosotros, debe traer o enviar por correo inmediatamente los cheques y la explicación de los beneficios para nosotros. No hacerlo es una violación directa de este acuerdo y se le facturará el monto total.
10. No facturamos al seguro secundario.

**Sin seguro "fuera de la red"**

1. Si elige salir de la red y no tiene beneficios fuera de la red, desea pagar sobre la marcha y recibir un reembolso directamente o no tiene ninguna cobertura de atención médica, puede pagar sus visitas a medida que avanza o semanalmente si esto es más conveniente. Si no tiene cobertura, debe preguntar sobre nuestro rentable plan de efectivo HMA4. Pídale al médico que discuta esta opción con usted si califica.

**Medicare**

1. Medicare en este momento solo pagará por un servicio, el ajuste quiropráctico. No pagarán por terapias que incluyen liberación miofascial, radiografías o exámenes realizados por quiroprácticos en este momento. También se sabe que Medicare rechaza reclamos válidos calificándolos de médicamente innecesarios. Usted es responsable de todas las tarifas no pagadas o cubiertas por Medicare y su proveedor secundario, si existe. Nuestra oficina acepta la asignación de Medicare, lo que significa que los pagos se envían a nuestra oficina directamente y a los transportistas secundarios si existen. No significa que Medicare pagará por todo.
2. Nuestra oficina no se involucrará con apelaciones o disputas sobre reclamos impagos de Medicare por ningún motivo.

*He leído las políticas anteriores y las entiendo.*

---

FECHA DEL NOMBRE DEL PACIENTE

**Por favor llene, firme y entregue esta copia a nuestro personal de recepción**



**CHARSCHAN CHIROPRACTIC**  
AND SPORTS INJURY ASSOCIATES  
FEEL BETTER IN AS LITTLE AS ONE VISIT

1281 Raritan Rd. Scotch Plains, NJ 07076 (732) 829-0009  
490 Georges Rd. No. Brunswick, NJ 08902 (732) 846-6400  
William D. Charschan D.C., I. C.C.S.P., Director  
[www.Backfixer1.com](http://www.Backfixer1.com)

### **Autorización para que Charschan Chiropractic presente una apelación en mi nombre**

Su compañía de seguros requiere que certifiquemos previamente la atención quiropráctica en su nombre. Es posible que también tengamos que apelar la certificación y las decisiones de reclamación.

Al firmar este formulario, usted autoriza a nuestra oficina a apelar las decisiones de su compañía de seguros. Usted nos autoriza a apelar reclamos, decisiones de tratamiento por parte de las aseguradoras y sus proveedores, así como apelaciones y quejas enviadas al Departamento de Banca y seguros.

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a Charschan Chiropractic and Sports Injury Associates a actuar en mi nombre para garantizar que mi compañía de seguros cubra completamente la atención médicamente necesaria.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente Imprimir

\_\_\_\_\_  
signo de nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha