



### Historial de pacientes nuevos y problemas de salud

*\*Por favor, haga todo lo posible para completar todo en este formulario de admisión. Es importante que comprenda los factores estresantes pasados y actuales que pueden haber afectado o podrían afectar su salud.*

**Verifique el tipo de deseo de atención:** \_\_Temporary Alivio \_\_Stabilization \_\_Family Salud / Prevención

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: (Inicio) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_ Edad: \_\_ Pronombre de género: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Militares activos/ veteranos: \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No embarazada? \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No

Número de hijos: \_\_\_\_\_ Nombres y Ages \_\_\_\_\_

Soltero/Casado/Viudo/Compañero de Vida- Nombre: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Quién lo refirió a nuestra oficina: \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_

#### POR FAVOR, ENUMERE 3 PRINCIPALES PREOCUPACIONES DE SALUD

Lista De preocupaciones principales <sup>1a</sup>	Califique la gravedad 1= leve 10= Sala de emergencias	¿Cuándo empezó esto?	¿Has tenido esto en el pasado?	¿Comenzó el problema con esta lesión?	¿Constante? ¿0 va y viene (intermitente)

Desde que comenzaron estas quejas / preocupaciones, ¿ha visto a alguien más por ellas? \_\_\_\_\_

Si es así, ¿Quién y cuándo? \_\_\_\_\_

¿Sus quejas empeoraron \_\_\_\_\_ mismo \_\_\_\_\_ mejor

¿Qué lo hace mejor? \_\_\_\_\_

Vessel Chiropractic: Declaración de misión Facilitar en Growth y Evolución de Humanidad a través de la Art, Ciencia y Filosofía de Chiropractic



¿Qué lo empeora?\_\_\_\_\_

¿Esta condición empeora durante el día durante ciertos momentos del día? \_\_\_Y \_\_\_N

En caso afirmación, ¿cuándo?\_\_\_\_\_

¿Afecta su \_\_\_work \_\_\_relationship o intimidad \_\_\_decision hacer que \_\_\_exercise o jueguen \_\_\_ actitud, estado de ánimo, paciencia \_\_\_ability relajarse o dormir \_\_\_day a las actividades del día \_\_\_none

¿Qué actividades te gustaría volver a realizar?\_\_\_\_\_

Si alguna operación por favor enumere y fecha:\_\_\_\_\_

Haga una lista de todos los medicamentos que está taking\_\_\_\_\_

¿Se ha fracturado algún hueso, en caso afirmativa, por favor enumere \_\_\_\_\_

¿Alguna vez te han dejado inconsciente? \_\_\_\_\_

Cualquier otro trauma corporal que sea significativo para discutir en este momento \_\_\_\_\_

**Embarazo de mamá/ su nacimiento** (marque todo lo que corresponda)

Si se adopta y no se conocen detalles, consulte aquí \_\_\_\_\_

¿Alguna complicación, enfermedad, medicamento, abuso o lesión durante su nacimiento?\_\_\_\_\_

¿Naciste por vía vaginal o por cesárea?\_\_\_\_\_ Sí No

¿Su madre experimentó alguna enfermedad, cirugía, medicamentos, lesiones o enfermedad mental mientras usted estaba en el útero?

**Infancia (0-18 años):** (marque todos los que correspondan)

**Historia del desarrollo:**

Amamantado: Sí No ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ **Fórmula Alimentado:** \_\_\_\_\_ Dairy \_\_\_\_\_ Soja ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Problemas de lactancia materna / ¿Razón por la que se alimenta con fórmula?

Edad en que se introdujeron los **sólidos:** \_\_\_\_\_ **Alergias alimentarias** Sí No

**Sensibilidades a los Alimentos**\_\_\_\_\_

Vessel Chiropractic: Declaración de misión Facilitar en Growth y Evolución de Humanidad a través de la Art, Ciencia y Filosofía de Chiropractic



VESSEL  
CHIROPRACTIC

**Historial de vacunas:** \_\_\_ Full los CDC \_\_\_ Calendario selectivo \_\_\_ Retrasado,  
Calendario completo \_\_\_ Ninguno

¿Por qué? \_\_\_\_\_

**Historial de salud** Marque cualquier sistema o problema que tenga con **(N) por ahora o (P) por pasado** (incluido el nacimiento hasta ahora)

- \_\_\_ Sistema nervioso \_\_\_ Prostate \_\_\_ Arthrites \_\_\_ Accidentes/ Caídas / Lesiones / Conmociones cerebrales
- \_\_\_ Musculoesquelético \_\_\_ Ojos \_\_\_ Senos paranasales/Alergias \_\_\_ Cirugías/Extracción de órganos
- \_\_\_ Digestivo \_\_\_ Oídos/Nariz/Throat \_\_\_ Convulsiones \_\_\_ Fracturas/Dislocaciones
- \_\_\_ Respiratorio \_\_\_ Dental/Mandíbula \_\_\_ Cáncer \_\_\_ Colesterol/Presión arterial
- \_\_\_ Cardiovascular \_\_\_ Stroke tiroides \_\_\_ Reacciones a vacunas/medicamentos
- \_\_\_ Inmune \_\_\_ Suprarrenales \_\_\_ Escoliosis \_\_\_ Depresión/Ansiedad
- \_\_\_ Reproductiva \_\_\_ Dificultades de aprendizaje \_\_\_ Anemia \_\_\_ Diabetes (Tipo:\_\_\_\_\_)
- \_\_\_ Intestinos/Bladder \_\_\_ Dolores de cabeza/Migrañas \_\_\_ Mareos/Vértigo \_\_\_ Antecedentes familiares significativos \_\_\_ Entumecimiento/hormigueo \_\_\_ Trastorno del espectro autista \_\_\_ Other\_\_\_\_\_

**Historial de pruebas quiroprácticas**

¿Alguna vez ha tenido **atención quiropráctica**? Y N Doctor u

Oficio:\_\_\_\_\_

Última visita: \_\_\_\_\_

Motivo de la visita: \_\_\_\_\_

**Hábitos del hogar**

¿**Filtros** el agua de beber/cocinar/ducha? Sí No \_\_\_\_\_

¿Comes **alimentos orgánicos**? Sí No \_\_\_\_\_

¿Utiliza **productos orgánicos para la salud** (jabones, champús, detergentes)? Sí No  
\_\_\_\_\_

¿**Filtros tu aire** en casa? Sí No \_\_\_\_\_

**Nutrición / Toxinas:** marca sí o no en lo que respecta al consumo. En caso afirmativo, escriba los detalles en el espacio proporcionado.

**Medicamentos:** Prescripción Sí No Tipo y motivo \_\_\_\_\_

Sin receta Sí No Tipo y reason\_\_\_\_\_

Recreativo Sí No Type\_\_\_\_\_

Suplementos: Prescripción Sí No Tipo y razón \_\_\_\_\_

Vessel Chiropractic: Declaración de misión Facilitar en Growth y Evolución de Humanidad a través de la Art, Ciencia y Filosofía de Chiropractic



VESSEL  
CHIROPRACTIC

Sin receta Sí No Tipo y

reason\_\_\_\_\_

**Cafeína:** Sí No Fuente/frecuencia/cantidad: \_\_\_\_\_

**Tabaco:** Sí No Fuente/frecuencia/cantidad: \_\_\_\_\_

**Alcohol:** Sí No Tipo/frecuencia/cantidad: \_\_\_\_\_

**Agua:** Sí No Tipo/cantidad: \_\_\_\_\_

### ¿Qué comiste ayer?

**Desayuno:** \_\_\_\_\_

**Almuerzo:** \_\_\_\_\_

**Cena:** \_\_\_\_\_

**Snacks:** \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Disfrutas de lo que haces? Sí No ¿Es su trabajo física y / o mentalmente estresante? Sí No

Explica: \_\_\_\_\_

### Vida Salud

¿Qué haces para hacer **ejercicio** (tipo, frecuencia, duración)? \_\_\_\_\_

¿Qué te gustaría estar haciendo en el camino de la actividad / ejercicio en el que actualmente no ases.  
\_\_\_\_\_

¿Te consideras **espiritual y/o** religioso? Sí No

En caso afirmación, ¿**ora** o **medita regularmente**? Sí No

¿Trabajas con un **entrenador de vida**? Sí No

Nombre: \_\_\_\_\_ How largo? \_\_\_\_\_

¿Está bajo el cuidado de un **psicólogo y / o terapeuta**? Sí No

Nombre: \_\_\_\_\_ How largo? \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes de **abuso** físico, emocional, verbal, sexual o violación? Sí No

¿Has abordado o estás abordando ese tema con un profesional? Sí No

En caso afirmación, quién: \_\_\_\_\_ Sí No

¿Hay algún aspecto de tu vida que te **agrade** mucho, te traiga alegría o te ayude a sentirte mejor contigo mismo?  
\_\_\_\_\_

Vessel Chiropractic: Declaración de misión Facilitar en Growth y Evolución de Humanidad a través de la Art, Ciencia y Filosofía de Chiropractic



VESSEL  
CHIROPRACTIC

¿Hay algún factor o elemento particular sobre su vida, experiencias, familia, trabajo, recreación, lesiones pasadas, genética, programas dietéticos, ejercicios, perspectivas, etc. que usted sienta que **perjudican** su oportunidad de una salud plena y sin obstáculos?

-----

¿Hay algún factor o elemento particular sobre su vida, experiencias, familia, trabajo, recreación, genética, programas dietéticos, ejercicios, perspectivas, etc. que sienta que le dan una ventaja o **se suman a su salud?** -----



VESSEL  
CHIROPRACTIC

un número y los ejemplos que se aplican a

**Encuesta de estrés: Por favor, marque usted. Si no aparece en la lista, escriba.**

**0** - sin conciencia de ningún estrés

**1**- ligeramente estresante

**2**- moderadamente estresante

**3**- extremadamente estresante

**Estrés físico / trauma general:**

**0 1 2 3**

Incluye: caídas, accidentes, lesiones, estrés postural repetido, impactos, parto difícil, abuso físico/sexual, etc.

Otros: \_\_\_\_\_

**Estrés emocional / mental general:**

**0 1 2 3**

Incluye: pérdida / separación de seres queridos, cambios en la vida, abuso, preocupaciones legales, preocupaciones financieras, reubicación, enfermedad de usted o de un ser querido, estrés laboral, etc.

Otros: \_\_\_\_\_

**Estrés químico general:**

**0 1 2 3**

Incluye: drogas, medicamentos, alcohol, nicotina, cafeína, humo, humos, agentes químicos, contaminación, aditivos alimentarios, mala alimentación (comida rápida, comida frita), pesticidas, alimentos no orgánicos / productos corporales, etc.

Otros: \_\_\_\_\_

¿Hay algo más que pueda ayudarnos a entenderlo a usted, su historia o sus necesidades que no se han discutido en esta encuesta?

Por favor explique: \_\_\_\_\_

Firma del participante:

\_\_\_\_\_

**\* Recuerda, la salud es un proceso. Las elecciones pasadas y presentes afectan este proceso. Gracias por tomarse el tiempo para proporcionarnos la información que necesitamos para ayudarlo mejor a alcanzar sus objetivos de salud. ¡Felicitaciones por dar un paso activo hacia la salud y gracias por darnos la oportunidad de participar en ese proceso!**

Nombre del practicante: \_\_\_\_\_



VESSEL  
CHIROPRACTIC

**Historia de embarazos y nacimientos**

**pasados y actuales**

**¿Estás embarazada actualmente?** Sí No (Si no, salta a la línea azul)

¿Cuántas semanas tienes? \_\_\_\_\_

¿Planea dar a luz en: \_\_\_Home \_\_\_Birthing Center \_\_\_ Hospital

Si no está dando a luz en casa, por favor nombre el lugar de parto: \_\_\_\_\_

¿Planea usar un: (marque todo lo que corresponda) \_\_\_Doula \_\_\_Midwife \_\_\_Nurse partera \_\_\_OB

Nombres: \_\_\_\_\_

¿Planeas amamantar? (Por favor, responda asumiendo que no hay problemas inesperados.)

Sí: ¿Por cuánto tiempo y por qué? \_\_\_\_\_

No: ¿por qué no? \_\_\_\_\_

¿Planea vacunar a este niño? Sí No

En caso afirmación, ¿qué tipo de horario está eligiendo: \_\_\_CDC Full \_\_\_Delayed Full \_\_\_Modified

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Ha hecho su propia investigación sobre las vacunas? \_\_\_\_\_

**Embarazos pasados:**

¿Alguna vez has tenido un aborto? Sí No Edad(es): \_\_\_\_\_

Complicaciones: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido un aborto espontáneo? Sí No Edad(es): \_\_\_\_\_

Complicaciones: \_\_\_\_\_

**Partos pasados:** ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ Complicaciones? \_\_\_\_\_

Detalles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del participante: \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE

## ATENCIÓN MÉDICA

Se me ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad para información de atención médica protegida (PHI). El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi PHI que ocurrirán en mi tratamiento, pago de mis facturas o en la realización de operaciones de atención médica de la oficina quiropráctica.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y deberes del Quiropráctico con respecto a mi información de salud protegida. Por la presente doy permiso a Vessel Chiropractic para usar y / o divulgar PHI de acuerdo con lo siguiente:

### AUTORIZACIONES ESPECÍFICAS:

\_\_\_\_\_ Doy permiso a Vessel Chiropractic para usar mi dirección, número de teléfono y registros clínicos para contactarme con recordatorios de citas, notificación de citas perdidas, tarjetas de cumpleaños, tarjetas relacionadas con las vacaciones, boletines informativos, otra correspondencia relacionada con la práctica, información sobre alternativas de tratamiento u otra información relacionada con la salud.

\_\_\_\_\_ Si Vessel Chiropractic se comunica conmigo por teléfono, les doy permiso para dejar un mensaje telefónico en mi contestador automático o correo de voz.

\_\_\_\_\_ Doy permiso a Vessel Chiropractic para usar mi nombre en una junta de bienvenida, junta de referencia y junta de cumpleaños.

\_\_\_\_\_ Doy permiso a Vessel Chiropractic para usar mi fotografía en sus materiales de marketing, como sus folletos, sitio web y anuncios en medios impresos.

\_\_\_\_\_ Doy permiso a Vessel Chiropractic para usar cualquier testimonio escrito por mí con fines de marketing, como compartir con otros pacientes o pacientes potenciales, en su folleto, en su sitio web o en anuncios en medios impresos.

\_\_\_\_\_ Le doy permiso a Vessel Chiropractic para tratarme en una sala abierta donde otros pacientes también están siendo tratados. Soy consciente de que otras personas en la oficina pueden escuchar parte de mi información médica protegida durante el curso de la atención. Si necesito hablar con el médico en cualquier momento en privado, el médico proporcionará una sala para estas conversaciones.

Al firmar este formulario, le está dando permiso a Vessel Chiropractic para usar y divulgar su PHI de acuerdo con las directivas enumeradas anteriormente.

El uso de este formato está destinado a hacer que su experiencia con nuestra oficina sea más eficiente y productiva, así como a mejorar su acceso a la atención médica de calidad y la información de salud. Esta autorización permanecerá vigente durante la duración de mi atención en Vessel Chiropractic más 7 años o hasta que sea revocada por mí.

**DERECHO A REVOCAR LA AUTORIZACIÓN:** Usted tiene el derecho de revocar esta AUTORIZACIÓN, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, su solicitud por escrito para revocar esta AUTORIZACIÓN no es efectiva en la medida en que hayamos proporcionado servicios o tomado medidas en base a su autorización.

Vessel Chiropractic: Declaración de misión Facilitar en Growth y Evolución de Humanidad a través de la Art, Ciencia y Filosofía de Chiropractic





Puede revocar esta AUTORIZACIÓN enviando por correo o entregando en mano un aviso por escrito al Oficial de Privacidad de Vessel Chiropractic. El aviso por escrito debe contener la siguiente información: Su nombre y fecha de nacimiento; Una declaración clara de su intención de revocar esta AUTORIZACIÓN; La fecha de su solicitud; y Su firma.

La revocación no es efectiva hasta que haya sido recibida por el Oficial de Privacidad.

Esta AUTORIZACIÓN es solicitada por Vessel Chiropractic para su propio uso/ divulgación de PHI. (Se aplican las normas mínimas necesarias.)

Tengo derecho a negarme a firmar esta AUTORIZACIÓN. Si me niego a firmar esta AUTORIZACIÓN, Vessel Chiropractic no se negará a proporcionar tratamiento, sin embargo, no será posible que Vessel Chiropractic se comunique conmigo para programar citas o discutir mi atención. Además, no se renuncia a ninguna actividad de cobro según lo permitido por la ley por negarse a firmar la autorización.

Tengo el derecho de inspeccionar o copiar, dentro de los límites, la PHI que se utilizará/ divulgará. Se aplicará una tarifa razonable por copiar. Se me proporcionará una copia de la AUTORIZACIÓN firmada.

#### AUTORIZACIÓN SANITARIA

He leído y entiendo este Formulario de Autorización de Atención Médica y acuso recibo del Aviso de Práctica de Privacidad para información de salud protegida. Mi firma a continuación representa el acuerdo con estas prácticas.

**DOB:**\_\_\_\_\_

**Nombre del participante (por favor imprima):**\_\_\_\_\_

**Firma del participante:**\_\_\_\_\_

**Padre o Representante Personal (por favor imprima):** \_\_\_\_\_

**Firma de los padres o representantes personales:**\_\_\_\_\_



### **Consentimiento informado para la atención quiropráctica**

Cuando un paciente busca atención médica quiropráctica y aceptamos a un paciente para dicha atención, es esencial que ambos trabajemos por el mismo objetivo. Es importante que cada paciente entienda tanto el objetivo (s) como el método (s) que se utilizará para lograr este objetivo. Esto evitará cualquier confusión o decepción. Usted tiene el derecho, como paciente, de ser informado sobre la condición y la atención recomendada que se debe proporcionar para que tome la decisión de someterse o no a la atención quiropráctica después de ser informado de los beneficios, riesgos y alternativas conocidos.

La quiropráctica es una ciencia, filosofía y arte que se ocupa de la relación entre la estructura espinal y la salud del sistema nervioso. Como quiroprácticos entendemos que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social óptimo, no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia. Una alteración del sistema nervioso se llama subluxación vertebral. Esto ocurre cuando una o más de las 24 vértebras de la columna vertebral se desalinean y / o no se mueven correctamente. Esto causa un cambio poco saludable en la función nerviosa y la interferencia en el sistema nervioso. Esto puede resultar en dolor y disfunción o puede ser completamente asintomático.

Las subluxaciones se corrigen y/o reducen mediante un ajuste quiropráctico. Un ajuste es la aplicación específica de la fuerza para corregir y/o reducir la subluxación vertebral. Nuestro método quiropráctico de corrección es mediante ajustes específicos en la columna vertebral. Los ajustes se realizan a mano donde el médico ejercerá presión sobre los segmentos específicos de la columna vertebral para ajustar las vértebras a una mejor posición.

Si al principio o durante el curso de la atención nos encontramos con hallazgos no quiroprácticos o inusuales, le informaremos de esos hallazgos y le recomendaremos algunas pruebas adicionales o lo derivaremos a otro proveedor de atención médica. Se ha demostrado que la atención quiropráctica es muy segura y efectiva. Sin embargo, no es inusual estar adolorido después de sus primeros ajustes correctivos. Aunque es raro es posible sufrir de otros efectos secundarios; es decir, espasmos musculares, rigidez, fractura de costillas, dolor de cabeza, mareos y accidente cerebrovascular.

Todas las preguntas relacionadas con el objetivo del médico para mi atención en esta oficina han sido respondidas a mi completa satisfacción. Los beneficios, riesgos y alternativas de la atención quiropráctica me han sido explicados a mi satisfacción. He leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y, por lo tanto, acepto la atención quiropráctica sobre esta base.

---

Imprimir fecha de las iniciales del nombre

### **Consentimiento para evaluar y ajustar a un hijo menor de edad**

Yo, \_\_\_\_\_being el padre o tutor legal de \_\_\_\_\_

### **Liberación del embarazo**

Esto es para certificar que, hasta donde yo sé, no estoy embarazada y el médico anterior y sus asociados tienen mi permiso para realizar una evaluación de rayos X. Me han aconsejado que las radiografías pueden ser peligrosas para un feto Fecha del último ciclo menstrual: \_\_\_\_\_

---

Imprimir iniciales de nombreFecha

Vessel Chiropractic: Declaración de misión Facilitar en Growth y Evolución de Humanidad a través de la Art, Ciencia y Filosofía de Chiropractic



### Política de cancelación de No llamar no mostrar

Aquí en Vessel Chiropractic, entendemos que la vida puede arrojarnos emergencias inesperadas. Estas cosas imprevistas no siempre están bajo nuestro control. Debido a que las citas tienen una gran demanda, le pedimos que haga todo lo posible para notificarnos con anticipación sobre cualquier cambio en su cita. Es nuestro compromiso con usted como participante de Vessel que tenga una experiencia excepcional aquí en nuestra oficina. Por respeto a nuestros quiroprácticos y otros participantes de Vessel, agradecemos al menos 24 horas de anticipación de nuestros miembros de práctica cuando no pueden cumplir con su cita programada. Este es un tiempo valioso que se puede dedicar a alguien que puede tener una necesidad inmediata de atención.

Entiendo:

Si no me he presentado dentro de los 15 minutos posteriores a mi cita programada y no he notificado a la oficina, se considerará una cancelación sin llamada, sin 44. En este caso, se me cobrará el 50% del costo de mi cita. \_\_\_\_\_ Inicial

Los pagos de mi plan de atención no cubren el pago por citas perdidas; por lo tanto, soy responsable de estos cargos adicionales cuando aplicable\_\_\_\_\_ Inicial

Los mensajes de texto, correos electrónicos y / o llamadas de recordatorio opcionales se pueden hacer 24 horas antes de mi cita, como cortesía, y se espera que asista a mi cita.

Autorizo a Vessel Chiropractic a usar la tarjeta de crédito que tengo registrada para estos cargos adicionales cuando corresponda. Para reprogramar su cita, llame al (386) 287-1916. Si no puede comunicarse con nosotros, deje un mensaje detallado en nuestro sistema de correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede cancelar por correo electrónico: vesselchiropractic@gmail.com. Gracias por su comprensión. Estamos disponibles para responder a cualquier pregunta que pueda tener. ¡Esperamos cuidarlo aquí en Vessel Chiropractic!

Trate de hacer todos los **ajustes recomendados**. Los ajustes perdidos ralentizarán la mejora y extenderán el tiempo que lleva alcanzar sus objetivos de salud. Si se pierde una visita, intente reprogramarla para más tarde en el mismo día o al día siguiente. Si esto sucede repetidamente, hágale saber al quiropráctico para que su programa de ajuste pueda modificarse.

He leído y acepto los términos de la política de cancelación de Vessel Chiropractic No Call, No Show. Nombre del miembro de la práctica (por favor imprima): \_\_\_\_\_

Iniciales de los miembros de la práctica: \_\_\_\_\_

Firma de la oficina: \_\_\_\_\_

Vessel Chiropractic: Declaración de misión Facilitar en Growth y Evolución de Humanidad a través de la Art, Ciencia y Filosofía de Chiropractic



## Política financiera

Nuestra oficina se esfuerza por proporcionar una comunicación de apoyo con respecto a todos los aspectos de su atención, desde los procedimientos clínicos hasta la forma en que paga por los servicios. Esperamos que esta política financiera explique claramente la gestión de las tarifas adeudadas. Cualquier pregunta que tenga, sin embargo, es bienvenida y debe dirigirse al mostrador de front. Queremos que sus arreglos financieros sea lo más simples posible. Para hacer esto de una manera rentable, le pedimos que se adhiera a las siguientes pautas: (Por favor, inicie cada línea y firme la parte inferior)

\_\_\_ **El pago vence** en el momento del servicio o antes. Los métodos de pago aceptables son Efectivo, Cheque, Visa, MasterCard, American Express y Discover, Apple Pay.

\_\_\_ **Nuestra política** es mantener una tarjeta de crédito o débito registrada en nuestro sistema seguro. Esto nos permite liquidar su cuenta por usted de forma rápida y fácil y asegura que si se encuentra sin su forma habitual de pago, aún pueda ser visto ese día. Al rubricar aquí, nos da permiso para ejecutar la tarjeta que ha elegido mantener en el archivo automáticamente si los servicios se han prestado pero no se han pagado.

\_\_\_ **Facturación de 3ª parte:** Su póliza de seguro de salud es un contrato entre la compañía de seguros y usted. Vessel Chiropractic no acepta asignaciones de beneficios de ninguna 3ª parte; todas las tarifas son su responsabilidad. Como un servicio a nuestros participantes, proporcionaremos los formularios de información necesarios para la presentación de reembolsos a pedido. Para mantener sus costos bajos, también ofrecemos varias opciones de pago con descuento internas. Los planes apropiados para usted y su familia estarán cubiertos en su Informe de Hallazgos (2ª visita) cuando comience la atención aquí y en cada examen de progreso, pero si alguna vez tiene preguntas sobre ellos en un momento diferente, consulte la recepción; estarán encantados de revisar toda la información con usted.

\_\_\_ Se requiere un **aviso de 24 horas** si no puede asistir a su cita para evitar una tarifa de cita perdida de \$ 25.00 para los ajustes quiroprácticos. Todas las demás citas son a precio completo sin previo aviso de 24 horas.

\_\_\_ **Pagos del plan de descuento** Si elige el plan de descuento, todos los pagos vencen en el momento de la primera visita. Al rubricar aquí, nos da permiso para ejecutar la tarjeta que ha elegido para las 11 visitas por adelantado y recibir una visita y un examen de progreso gratis.

\_\_\_ **Para cualquier cheque** devuelto por su banco, se cobrará una tarifa de \$35.00 además del monto del cheque.

He leído y acepto los términos de las políticas financieras anteriores en la oficina de Vessel Chiropractic.

-----  
Imprimir Nombre del participante Firma de la parte responsable

-----  
Fecha

Vessel Chiropractic: Declaración de misión Facilitar en Growth y Evolución de Humanidad a través de la Art, Ciencia y Filosofía de Chiropractic