

Clinic

Начальная Форма Посещения

GENERAL INFORMATION (all clients fill out)

Пациента информация:

Фамилия	Имя	Отчество	Сегодняшняя дата	
Адрес			Как вы услышали о нас?	
Город	Штат	Почтовый индекс	Social Security #	Водительские Права #
Домашний Телефон			Пол	Семейное Положение
			M F	<input type="checkbox"/> Один <input type="checkbox"/> женат <input type="checkbox"/> Разведенный <input type="checkbox"/> Вдова
Рабочий/Сотовый Телефон			Чрезвычайный Контакт	
Электронная Почта			Чрезвычайный Номер	

Insurance Information:

Имя Застрахованного	Дата Рождения	Дата когда произошел несчастный случай (дата несчастного случая)		
Ваши отношения с Застрахованным		Политика #	Претензия #	ID #
Название страховой компании		ДТП / Травма типа (выберите один)		
		<input type="checkbox"/> работа		
Страхование Претензии / Адрес для выставления счета		<input type="checkbox"/> автомобильная катастрофа		
City	State	Zip	<input type="checkbox"/> прочее (просьба указать):	

История болезни (все клиенты заполняют)

1. Когда был ваш последний медицинский осмотр? _____
 2. Кто исполнил ее? _____
- Не помню, когда был мой последний медицинский осмотр.

Были ли у вас предыдущие несчастные случаи аварии / травмы / падения? Да / Нет / Не помню дата: _____

Является ли травма решена? Да / Нет (Если окружили да, переходите к вопросу № 3)

Если нет, есть ли у вас подобные аналогические условия? Да / Нет / Не помню

Если да, то объясните разницу в интенсивности / частоты / длительности боли вы чувствуете в настоящее время: _____

3. Объясните все предыдущие госпитализации:

Не помню предыдущие госпитализации

4. Были ли у вас операции? Да / Нет / Не помню
Какой вид (ы) и дату (ы)?

5. Были ли у вас предыдущие производственные травмы? Да / Нет / Не помню

Дата : _____

Является ли травма решена? Да / Нет (Если да, кружил, перейдите на страницу 2: Главный жалобы)

Если нет, есть ли у вас подобные аналогические условия? Да / Нет / Не помню

Если да, то объясните разницу в интенсивности / частоты / длительности боли вы чувствуете в настоящее время

Основные жалобы (all clients fill out)

Примечание: Рейтинг 1-10: 1-4 = умеренная боль, неудобно; 5-7 = тревожит; 8-10 = интенсивно, невыносимо

A. Отметьте все, что подходит. Сталкиваетесь ли вы с:

Головные боли- Где: всей голове лоб затылок за глазом виски с правой стороны
 с левой стороны другое : _____

Интенсивность: (ранг 1-10) _____

Комментарии : _____

Боль в шее- Где: стреляет в верхней части спины с правой стороны стреляет в верхнюю часть спины на левой стороне

верхней / нижней более правосторонний более левосторонний

другое : _____

Интенсивность: (ранг 1-10): _____

Комментарии : _____

Боль в плече-Где: с левой стороны с правой стороны с обеих сторон

Интенсивность: (ранг 1-10): _____

Комментарии: _____

Боль в середине спины- Где: целой середины спины более правосторонний более левосторонний стрельба вокруг груди другое: _____

Интенсивность: (ранг 1-10): _____

Комментарии : _____

Боль в нижней спине- Где: целой пояснице болше правосторонние более левосторонние стреляет в правой / левой ноге

другое: _____

Интенсивность: (ранг 1-10): _____

Комментарии: _____

Боль Бедра / Тазовая боль- Где: Бедро Тазовая Левая сторона Правая сторона
 Обе Стороны
Интенсивность (ранг 1-10): _____
Комментарии: _____

Боль Руки/Ноги- Где: Левая Рука Правая Рука Оба Рук Левая Нога Правая Нога
 Обе Ноги
Интенсивность (ранг 1-10): _____
Комментарии: _____

Боль Лодыжки- Где: Левая Лодыжка Правая Лодыжка Обе лодыжки
Интенсивность (ранг 1-10): _____
Комментарии: _____

Другая: _____ - Где В частности: _____
Интенсивность (ранг 1-10): _____
Комментарии: _____

- A. Перечислите любые лечения, Вы в настоящее время берете и объясняете любые побочные эффекты: *Не применимый* Инсулин Кортизон Нервные пилюли
 Антидепрессанты Подъемы обуви Лечение кровяного давления Витамины/приложения Аспирин - как часто? _____ Таблетки для удаление боли / Таблетки для ослабления мускул
Другие эффекты: _____
- B. Вы чувствуете: Нечувствительность или покалывание в ногах Потеря баланса
 нечувствительность или покалывание в руках *Не применимый*
- C. Возможные признаки боли челюсти. Отметьте все подходящие:
 Боль уха, зуд, острая боль звон в ушах головокружение Проблемы с зубами
 нечувствительность лица размеление зуб ночью Боли в суставах челюсти
 обилие уха, заложенно ухо
 Другие эффекты: _____
 Не применимый
- D. Возможные мозговые и связанные стволем мозга признаки.: Отметьте все подходящие
 Проблемы с короткой или длинной памятью Проблемы с концентрацией
 ухудшение шумом беспокойство депрессия раздражительность
 проблемы сна усталость сексуальные проблемы изменение в запахе или вкусе
 Другие эффекты: _____
 Не применимый

E. Как часто вы испытываете боль?

- Постоянно Во время дня Во время ночи Больше 6 часов Меньше часа
 в интервалах-как долго каждый раз? _____
 Другие эффекты: _____

F. Что делает признаки лучше?

- аспирин движение - в какое направление: _____
 согревание лед массаж слабители мускул отдых растягиваться
 постельный режим возвышение *ничто*
 Другие эффекты: _____

G. Описать любую деятельность, которая делает признаки хуже:

H. Как и когда боль началась: _____

I. Описать любую дополнительную информацию относительно вашего условия:

J. Несчастный случай/рана/сфера действия боли произошла больше чем две недели назад?

Да / нет

Если да, пожалуйста объясните, почему Вы не входили перед двумя неделями: _____

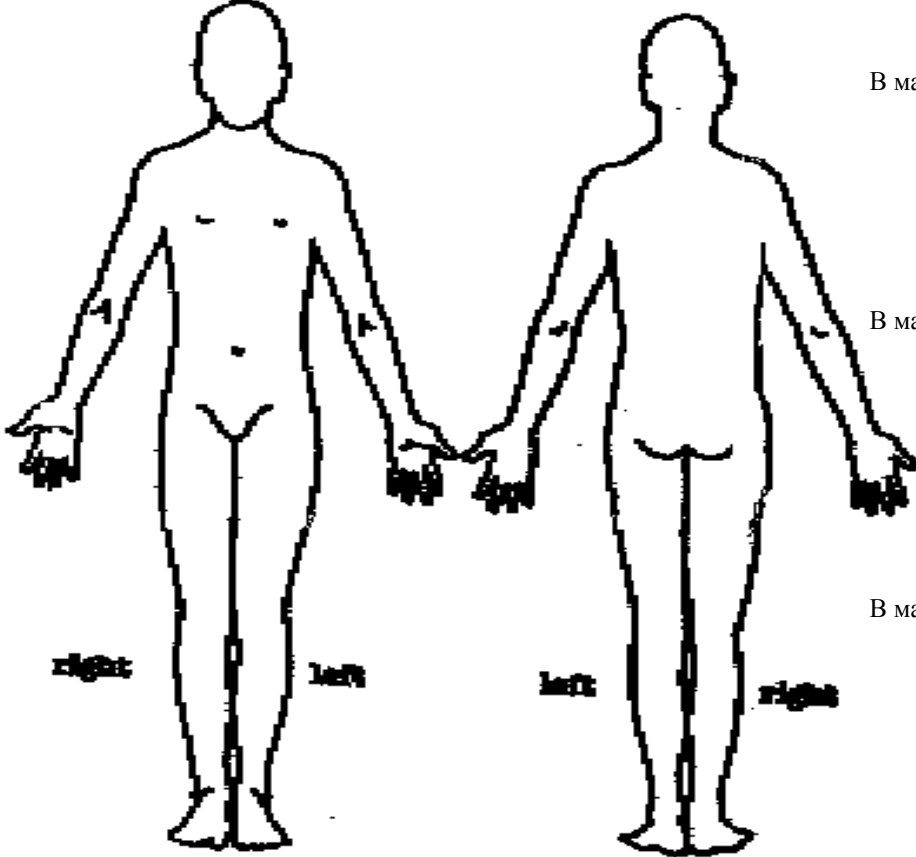
УКАЖИТЕ МЕСТА БОЛИ ИЛИ НЕОБЫЧНОГО ЧУСТВА

Отметьте области на этом теле, где Вы чувствуете описанные сенсации. Используйте соответствующие символы. Области марки радиации (боль, которая распространяется). Включите все затронутые области.

Нечувствительность	Горение	Булавки Иглы	Боль	Нудная	Режающая
-----	#####	0000000	x x x x x x	* * * * *	/////////
-----	#####	0000000	x x x x x x	* * * * *	/////////
-----	#####	0000000	x x x x x x	* * * * *	/////////

Пожалуйста отметьте масштаб боли от Ноля до 10 боль, которую Вы чувствуете с этим условием. 10 являющийся худшей болью Вы чувствовали с этим условием.

Pain Chart



Боль- Руки плеча-шеи
 В масштабе ноля к 10, я оцениваю мой Дискомфорт следующим образом
 (_____)
 0 10
 Нет боли Сильная боль

Боль в середине спины
 В масштабе ноля к 10, я оцениваю мой Дискомфорт следующим образом
 (_____)
 0 10
 Нет боли Сильная боль

Низ спины и боль в ногах
 В масштабе ноля к 10, я оцениваю мой Дискомфорт следующим образом
 (_____)
 0 10
 Нет боли Сильная боль

ДАТА: _____

ПОДПИСЬ: X _____

ОБЗОР СИСТЕМ

Пожалуйста рассмотрите следующий список условий. Если Вы имели условие, в прошлом проверяют колонку 1. Если Вы имеете условие Теперь, проверьте Колонку 2.

Прошлм	Теперь	Основное	Прошлм	Теперь	GASTRO-INTESTINAL		
		780.6	Лихорадка		783	Плохой Appetit	
		780.9	Холод		536.8	Плохое Вываривание	
		780.8	Вечерние Поты		994.2	Чрезмерный Голод	
		780.2	Потеря Сознания		787.3	Отрыжка газом	
		780.4	Головокружение		787	Тошнота	
		780.3	Конвульсии		787	Рвота	
		780.52	Потеря Сна		578	Рвущая кровь	
		780.7	Усталость		536.8	Боль по животу	
		799.2	Нервозность		564	Запор	
		783	Потеря веса		558.9	Диарея	
		782	Боль онемение конечностей		789	Неприятности Двоеточия	
		995.3	Аллергия			кровь в корме	
		786.09	Хрипение		455.6	Геморрой/Груды	
		729.2	Невралгия		785.1	Неприятность Печени	
					782.4	Желтуха	
						Неприятность Желчного пузыря	
					575.98		
Прошлм	Теперь		Глаза, Ухо, Нос, Горло	Прошлм	Теперь	для ЖЕНЩИН ТОЛЬКО	
		368.9	Плохое Зрение			786.2	Болезненные Периоды
		378.9	Глаза Крестятся			626.2	Чрезмерный Поток
		379.91	Боль в глазах			626.4	Нерегулярные Циклы
		689.9	Глухота			627.2	Горячие Вспышки
		388.7	Боль в ухе				Судороги/Боль в пояснице
						625.3	Выкидыш
		388.3	Шум в ушах			634.6	Влагалищная Разгрузка
		388.6	Разряд в ушах			623.5	Беременность
		478.1	Заложенный Нос				
		784.7	Нос Кровоточит				
		462	Ангина				
		784.49	Хрипота				
		477.9	Сенная лихорадка				
		793.9	Астма				
		460	Частые Холода				
			Увеличенная Щитовидная железа			719	Раздутое Соединение
		240.9				781	Сотрясения
		463	Тонзилит			729.5	Неприятности Ноги
		686.9	Неприятности Пазухи			724.79	Болезненная Кость Хвоста
Прошлм	Теперь		CARDIO-VASCULAR	Прошлм	Теперь	МУСКУЛ и СОЕДИНЕНИЕ	
		783	Быстрое Сердце			724.5	Боль между плечами
		427.89	Медленное Сердце			553.9	Грыжа
		401.9	Высокое кровяное давление			737.3	Спинное Искривление
		458.9	Пониженное давление				
		786.51	Боль по Сердцу				
		438	Сердечный приступ				
		719.07	Опухоль Лодыжки				
		459.9	Бедное Обращение				
			Варикозные Вены				
		436	Удары				
Прошлм	Теперь		GENTAL-URNIARY	Прошлм	Теперь	КОЖА ИЛИ АЛЛЕРГИИ	
		788.3	Частое Мочеиспускание			368.9	Извержения Кожи
			Боль в течение			698.9	Зудящий
		788.1	Мочеиспускания			287.8	Ушиб Легко
		599.7	Кровь в Моче			701.1	Засуха
		592	Почечная Инфекция				Кипение
		788.3	ночное недержание мочи			782	Чувствительная Кожа
			Не может Управлять			708.9	Ульи/Аллергия
		788.1	Мочеиспусканием			692.9	Экзема
		601.9	Неприятность Простаты				

Last Pap Date: _____

Дата Начала прошлого Периода : _____

ОБЗОР СИСТЕМ

Пожалуйста рассмотрите следующий список условий. Если Вы имели условие, в прошлом проверяют колонку 1. Если Вы имеете условие Теперь, проверьте Колонку 2

Прошлм	Теперь	N/A	ПРИВЫЧКИ	Прошлм	Теперь		ДЫХАТЕЛЬНЫЙ		
			Курение пакет (ы) /день			786.2	Хронический Кашель		
			Алкоголь_напиток (ки) /день			766.3	Харкание кровью		
			Кофе чашка (ки) /день			933.1	Плюющая Мокрота		
			Нет упражнения			786.5	Боль Груды		
			Умеренное упражнения			786.09	Дыхание Трудности		
			Ежедневно упражнения						
			Съешьте низкую диету соли/жира						
			Имейте хорошо-уравновешенную диету						
			Напряжение в домашнем / работа						
СЕМЕЙНАЯ ИСТОРИЯ				Диабет	Сердце	Почка	Рак	Спина	Нет
Мать:	Живы	Покойный	(Округлите)						
Отец:	Живы	Покойный	(Округлите)						
Братья:			Сколько? _____						
Сестры:			Сколько? _____						

ПРОВЕРЬТЕ ЛЮБУЮ БОЛЕЗНЬ, КОТОРУЮ ВЫ ИМЕЛИ:							
		541	Аппендицит			285.9	Ветряная оспа
		541	Пневмония			285.9	Анемия
		541	Ревматическая лихорадка			285.9	Корь
		541	Полиомиелит			285.9	Свинка
		541	Туберкулез			285.9	Диабет
		541	Судорожный кашель			285.9	Рак
		429.9	Болезнь сердца			716.9	Артрит
		429.9	Зоб			716.9	Эпилепсия
		429.9	Грипп			716.9	Расстройство психики
		429.9	Плеврит			716.9	Лямбаго
		429.9	Алкоголизм			716.9	Экзема
		429.9	Венерическое заболевание				

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЛЮБЫЕ АЛЛЕРГИИ, КОТОРЫЕ ВЫ ИМЕЕТЕ:							

N/A

ИНФОРМАЦИЯ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ АВТОМАШИНЫ

1. Дата несчастного случая: _____ Числ автомобилей, вовлеченных в несчастный случай: _____

2. Машина в которой вы были: Год: _____ Сделана: _____ Модель: _____
Повреждение: Малое Сильное Totaled Около. \$ _____ Стоимость

3. Вы были владельцем автомобиля? **Да / Нет**

4. Другое авто (с): Год: _____ Сделана: _____ Модель: _____

5. Название(я)/Улицы/Пересечения: _____

Город/Государство: _____

6. Было это: пересечение Светофор/стоп (округлите) не пересечение
Если на светофоре, горел: зеленый красный желтый стрелка поворота
Уличная поверхность: сухой влажный пленка ледяной гравий
 другой: _____

Как быстро и в каком направлении был ваш автомобиль перемещение, когда он ударил? _____

Как быстро и в какое направлении другой автомобиль двигал когда вы ударили? _____

7. Где вы сидели в автомобиле?

водитель передний пассажир пассажир в левом/правом/центре задней части (пожалуйста округ)
 поездка в кровати грузовика водитель/пассажир мотоцикла (пожалуйста круг)
 другой, _____ пожалуйста
определить: _____

Как ваше тело было помещено во время несчастного случая?

смотреть вниз делая что-то еще смотрение на прибытие несчастного случая
 смотрение на пассажира взгляд прямо вперед
 Повернут в правую левую сторону (округлить) смотрение на движение приближения
 Смотрели в зеркало На водителя
 другой: _____

8. Какая область (и) на вашем автомобиле были поражены?

передний угол стороны водителя задний угол стороны водителя сторона водителя
 передний пассажирский угол угол заднего пассажира пассажирская сторона
 передний бампер задний бампер задний трейлер
 Передние столкновение подытожено другой: _____

9. Было вторичное влияние? **Да / Нет**

Enterprise Chiropractic Clinic
Dr. Albert Noble, D.C.
Phone
Fax

9900 S.W. Greenburg Rd. Suite 225
Tigard, OR 97223
(503) 624-0416
(503) 639-2052

10576 S.E. Washington St.
Portland, OR 97213
(503) 252-5320
(503) 252-1374

10. Если да, где было влияние на ваш автомобиль? _____

11. Мое тело ударило руль подголовник
 бортовая панель место с моей грудью/животом/главой/лицом (пожалуйста круг)
 приборная панель дверь спинка водителя тротуар пульт
 другое объясните: _____

12. Следующие части моего тела ударили: лицо лоб нос шея плечо
рукоятка рука запястье пальцы грудь живот бедро бедренная кость
колени голень
 другое объясните: _____

13. Дополнительное описание аварии: _____

14. Было ли перед влиянием предупреждение? **Да / Нет**

15. Подушка безопасности выпрыгнула? **Да / Нет**

16. Имеет ли автомобиль подголовник? **Да / Нет**

17. В результате несчастного случая были вы: предоставленный без сознания
ошеломленный
 неспособный перемещать определенное тело пожалуйста объясните то что отделяется
и почему: _____
 ушибленный или кровотечение (пожалуйста опишите повреждения):

 встряхнулся, но мог функционировать в состоянии встать / из машины и ходить без
посторонней помощи неопределенный о том, что случилось

18. Вы помните удар головы? Не помню если ударял голову
 Да, Я помню удар головы Нет, Я не ударял голову

После несчастного случая

19. Был аварийный персонал на месте? **Да / Нет**

20. были ли вы доставлены в отделение неотложной помощи больницы? **Да / Нет**
Если да, имя госпиталя: _____
Какие области были проверены? _____

21. Делали ли вы последующие обработки для повреждений? **Да / Нет**
Если да, какой госпиталь?

22. Были взяты рентгены? **Да / Нет**

Если да, какие области? _____

Кем? _____

23. Вы сообщили об аварии, в свою страховую компанию? **Да / Нет**

24. Вы взяли адвоката представлять вас за эту аварию? **Да / Нет**

Если да, пожалуйста обеспечьте следующее для наших отчетов:

Имя адвоката: _____ Телефон

Адресс

адвоката: _____

Город/Государство/Почтовый индекс: _____

Имя: _____ Дата: _____ Число
требования: _____

CONSENT TO TREAT & FINANCIAL AGREEMENT *(Please read and sign)*

I hereby authorize the Doctor to treat my condition/the condition of my child or legal ward (*please circle*) as he deems appropriate.

The primary treatment used by the Doctor is spinal manipulative therapy; this will be used for treatment. Hands or a mechanical instrument may be used upon my body in such a way as to move my joints. That may cause an audible “pop” or “click,” and I may feel a sense of movement. Other treatment options include: self-administered, over-the-counter analgesics and rest, medical care and prescription drugs such as anti-inflammatory, muscle relaxants and pain killers, hospitalization, and surgery. If one of these “other treatment” options is chosen, I am aware that there are risks and benefits of such options and that I may want to discuss these with my primary care physician.

I fully understand that I am directly and fully responsible to the Clinic for all bills incurred for services rendered to me, and that this agreement is made solely for the Clinic’s additional protection and in consideration contingent on any settlement, judgment or verdict by which I may eventually recover. I am personally responsible for my bills, regardless of the outcome of any legal claim or cause.

I authorize my insurance company to issue payment directly to this office. The Doctor will not be held responsible for any pre-existing medically diagnosed conditions.

We will call to verify eligibility and benefits as a courtesy to our patients. As the insurance policy is a contract between the patient and the insurance company, we cannot guarantee these benefits. Any amount that the insurance company does not cover becomes the responsibility of the patient, regardless of any reduction, denials or arbitrary determination of usual and customary fees. We advise our patients to verify their own insurance.

In order to have insurance billing privileges extended to me, I understand that I must: report my accident to my auto insurance company claims office and provide the auto insurance company with all necessary PIP (Personal Injury Protection) applications.

I have read the above explanation of the chiropractic adjustment and related treatment. I have discussed it with Dr. Noble and have had my questions answered to my satisfaction. By signing below, I state I have weighed the risks involved in undergoing treatment and have decided that it is in my best interest to undergo the treatment recommended. Having been informed of the risks, I hereby give my consent to that treatment.

I have also read, understand, and agree to the financial agreement stated above.

_____	X	_____
Date		Patient Signature, or Parent/Legal Guardian for patient under 18 years
_____		_____
Date		Witness' Signature

Name: _____ **Date:** _____ **Claim Number:** _____

OUR CANCELATION POLICY & OFFICE NOTICE

An appointment is a commitment by yourself and the Doctor to set aside time to treat you. Therefore, we request that our patients notify us at least 24 hours in advance when canceling or rescheduling an appointment so that we may make the appointment available to those who need it.

We reserve the right to charge a Missed Appointment Fee of \$25.00 to those patients who miss their appointment without notifying us, or who cancel/ reschedule an appointment with less than 24-hour notice. This fee is not covered by insurance and will need to be paid by the patient.

So as not to inconvenience those who arrive at their appointed time, late comers may receive shortened treatment at the regular treatment fee. Those who arrive for their scheduled appointments will be served first.

Also, we are not responsible for lost or stolen personal items. We are not responsible for your children or any children that might be with you during your visit. We are not responsible for any injuries that occur at home from doing exercises the Doctor gives you.

We value your business and strive to ensure that we are always available to you when you need us. Thank you.

I understand and agree to the above:

X _____
Patient Signature Date

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I, _____ (your name), acknowledge that I have received, reviewed, understand, and agree to the Notice of Privacy Practices of Enterprise Chiropractic, which describes the Practice's policies and procedures regarding the use and disclosure of any of my Protected Health Information created, received or maintained by the Practice.

X _____
Patient Signature Date

Print Name

For Office Use Only

The Practice has made a good-faith effort to obtain an acknowledgement of _____'s receipt of our Notice of Privacy Practices. In an effort to obtain it, the Practice has attempted to provide patient with a Notice of Privacy Practices in the following manner: Personally Mail Phone Follow-up Other _____

In spite of these efforts, the Practice has been unable to obtain a signed acknowledgement of receipt for the following reasons:

Patient unavailable Patient physically unable Patient unwilling.

Signature/Date _____

IRREVOCABLE DOCTOR'S LEIN
AND ASSIGNMENT OF RIGHT TO RECOVERY

Name: _____ Date: _____ Claim Number: _____

In consideration and exchange for not having to immediately pay a debt owed and in consideration for receiving future care at or by the Clinic and Doctor on whose letterhead this document is printed (hereinafter "Clinic"), I, the undersigned, hereby assign and convey to the Clinic a legal and equitable interest in any and all causes of action or rights of recovery I may have arising out of that certain accident or injury-producing event which occurred on or about _____, to the full extent of the cost and treatment provided or to be provided to me by the Clinic.

I hereby authorize and direct my attorney(s) to hold in trust, and to pay directly the Clinic such sums as may be due and owing the Clinic for treatment and other professional services rendered me both by reason of this accident and by reason of any other bills that are due the Clinic and to withhold such sums from any given, grant and convey a lien on my case to the Clinic against any and all proceeds of any and all causes of action, settlements, judgments or verdicts which may be paid to or through my attorney, or myself, as the result of injuries or conditions for which I have been treated by the Clinic.

If no attorney is trusted with my case, I understand that the insurance will directly pay the Clinic for all services rendered as a result of this accident and any other bills that are due.

I fully understand that I am directly and fully responsible to the Clinic for all bills incurred for services rendered me and that this agreement is made solely for the Clinic's additional protection and in consideration contingent on any settlement, judgment or verdict by which I may eventually recover. I am personally responsible for my bills, regardless of the outcome of any legal claim or cause.

I fully understand that if my attorney(s) does/do not protect the Clinic's interest, the Clinic may require me to make payments on a current basis. The Clinic may also bring a cause of action against my attorney(s) for failing to honor this binding and irrevocable agreement between me and the Clinic.

I further understand and agree that the Clinic *is not* responsible for paying any of my attorneys' fees and the Clinic *does not* agree to pay my attorney fees for honoring this agreement between me and the Clinic.

"I HAVE READ AND FULLY UNDERSTAND THIS DOCUMENT, AND I AM VOLUNTARILY SIGNING THIS DOCUMENT. I AM DIRECTING MY ATTORNEY(S) TO PROTECT THE CLINIC'S AND DOCTOR'S INTEREST AT TIME OF SETTLEMENT, AND I AM ASSIGNING AND CONVEYING CERTAIN LEGAL RIGHTS TO THE CLINIC. I ALSO KNOW I MAY NOT REVOKE THIS AGREEMENT AT ANY TIME WITHOUT PRIOR WRITTEN AUTHORIZATION FROM THE CLINIC. I UNDERSTAND THAT, AMONG OTHER THINGS, THIS IS A BINDING AND ENFORCEABLE CONTRACT, ASSIGNMENT AND LEIN.

_____	X	_____
Print Patient Name	Patient Signature	Date
_____	_____	_____
Print Lawyer/Adjuster Name	Lawyer/Adjuster Signature	Date

AUTHORIZATION TO DISCLOSE MEDICAL RECORDS

Oregon Revised Statute 192.525, 1997

Name: _____ **Date:** _____ **Claim Number:** _____

This authorization must be written, dated and signed by the patient or by a person authorized by law to give authorization.

I authorize _____ (name of hospital/health care provider) to release a copy of the medical information for _____ (name of patient) to Enterprise Chiropractic Clinic, 9900 SW Greenburg Rd. Suite 225, Tigard, OR 97233 (name and address of recipient).

The information will be used on my behalf for the following purpose(s):

By **initialing** the spaces below, I specifically authorize the release of the following medical records, if such records exist:

- ___ *All hospital records (including nursing records and progress notes)*
- ___ Transcribed hospital reports
- ___ Medical records needed for continuity of care
- ___ Most recent five year history
- ___ Laboratory reports
- ___ Pathology reports
- ___ Diagnostic imaging reports
- ___ Clinician office chart notes
- ___ Dental records
- ___ Physical therapy records
- ___ Emergency and Urgency care records
- ___ Billing statements
- ___ Other

___ **Please send the entire medical record (all information) to the above named recipient. The recipient understands this record may be voluminous and agrees to pay all reasonable charges associated with providing this record.**

- ___ *HIV/AIDS-related records
- ___ *Mental Health information
- ___ *Genetic testing information _____ *Must be initialed to be included in other documents.
- ___ **Drug/alcohol diagnosis, treatment or referral information: **Federal Regulation, 42 CFR Part 2, requires a description of how much and what kind of information is to be disclosed. _____

___ This authorization is limited to the following treatment:

___ This authorization is limited to the following time period:

___ This authorization is limited to a worker's compensation claim for injuries of _____ (date)

This authorization may be revoked at any time. The only exception is when action has been taken in reliance on the authorization. Unless revoked earlier, this consent will expire 180 days from the date of signing or shall remain in effect for the period reasonably needed to complete the request.

_____ **X** _____
(Date) (Signature of Patient)

_____ _____
(Date) (Signature of person authorized by law)

Name: _____ **Date:** _____ **Claim Number:** _____

Enterprise Chiropractic Clinic
Dr. Albert Noble, D.C.
Phone
Fax

9900 S.W. Greenburg Rd. Suite 225
Tigard, OR 97223
(503) 624-0416
(503) 639-2052

10576 S.E. Washington St.
Portland, OR 97213
(503) 252-5320
(503) 252-1374

ENTERPRISE CHIROPRACTIC
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.

PLEASE REVIEW IT CAREFULLY

Our practice is dedicated, and we are required by applicable federal and state laws, to maintain the privacy of your health information. These laws also require us to provide you with this Notice of Our Privacy Practices, and to inform you of your rights, and our obligations, concerning your health information. We are required to follow the privacy practices described below while this Notice is in effect. This Notice is effective as of 04/15/03, and will remain in effect until we replace it.

CHANGES TO NOTICE:

We reserve the right to change this Notice and the Privacy Practices described below at any time in accordance with applicable law. Prior to making significant changes to our Privacy Practices, we will alter this Notice to reflect the changes, and make the revised Notice available to you upon request. Any changes we make to our Privacy Practices and/or this Notice may be applicable to health information created or received by us prior to the date of the changes.

You may request a copy of our Notice at any time. For more information about our Privacy Practices, or for additional copies of this Notice, please contact us using the information listed at the end of this Notice.

PERMITTED USES AND DISCLOSURES OF HEALTH INFORMATION:

A. TREATMENT, PAYMENT, and HEALTH CARE OPERATIONS: You should be aware that during the course of our relationship with you, we will likely use and disclose health information about you for treatment, payment, and health care operations. Examples of these activities are as follows:

- Treatment: We may use or disclose your health information to a physician or other healthcare provider providing treatment to you.
- Payment: We may use and disclose your health information to obtain payment for services we provide to you.
- Healthcare Operations: We may use and disclose your health information in connection with our healthcare operations. Healthcare Operations include quality assessment and improvement activities, reviewing the competence or qualifications of healthcare professionals, evaluating practitioner and provider performance, and other business operations.

B. AUTHORIZATIONS: You may specifically authorize us to use your health information for any purpose or to disclose your health information to anyone, by submitting such an authorization in writing. Upon receiving an authorization from you in writing we may use or disclose your health information in accordance with that authorization. You may revoke an authorization at any time by notifying us in writing. Your revocation will not affect any use or disclosures permitted by your authorization while it was in effect. Unless you give us a written authorization, we cannot use or disclose your health information for any reason except those permitted by this Notice.

C. **DISCLOSURES TO FAMILY AND PERSONAL REPRESENTATIVES:** We must disclose your health information to you, as described in the Patient Rights section of this Notice. Such disclosures will be made to any of your personal representatives appropriately authorized to have access and control of your health information. We may disclose your health information to a family member, friend or other person to the extent necessary to help with your healthcare or with payment for your healthcare only if authorized to do so. In the event of your incapacity or in emergency circumstances, we will disclose health information based on a determination using our professional judgment, disclosing only health information that is directly relevant to the person's involvement in your healthcare.

D. **MARKETING:** We will not use your health information for marketing communications without your written authorization.

E. **USES OR DISCLOSURES REQUIRED BY LAW:** We may use or disclose your health information when we are required to do so by law, including for public health reasons (e.g., disease reporting). In some instances, and in accordance with applicable law, we may be required to disclose your health information to appropriate authorities if we reasonably believe that you are the possible victim of abuse, neglect, or domestic violence or the possible victim of other crimes.

F. **PATIENT AND THIRD PARTY PROTECTION:** Only as permitted by law, we may disclose your health information to the extent necessary to avert a serious threat to your health or safety or the health or safety of others.

G. **LAW ENFORCEMENT / NATIONAL SECURITY:** Under certain circumstances we may disclose health information relating to members of the Armed Forces to military authorities. Under certain circumstances we may also disclose health information relating to inmates or patients to correctional institutions or law enforcement personnel having lawful custody of those individuals. We may disclose health information in response to judicial proceedings and law enforcement inquiries as permitted by law and to authorized federal official's health information required for lawful intelligence, counterintelligence, and other national security activities.

H. **APPOINTMENT REMINDERS:** We may use or disclose your health information to provide you with appointment reminders (such as voicemail messages, postcards, or letters).

PATIENT RIGHTS:

A. **ACCESS TO RECORDS:** Upon submission of a written request to us, you have the right to review or receive copies of your health information, with limited exceptions. You may obtain a form to request access by using the contact information listed at the end of this Notice. You may request that we provide copies in a format other than photocopies and we will use the format you request if it is readily available. We will charge you a reasonable cost-based fee relating to the production of such copies. If you request copies, we will charge you \$0.25 for each page, and postage if you want the copies mailed to you. If you request an alternative format, we will charge a reasonable cost-based fee for providing your health information in that format. If you prefer, we will prepare a summary or an explanation of your health information for a fee. Contact us using the information listed at the end of this Notice if you are interested in receiving a summary of your information instead of copies.

Name: _____ **Date:** _____ **Claim Number:** _____

Enterprise Chiropractic Clinic
Dr. Albert Noble, D.C.
Phone
Fax

9900 S.W. Greenburg Rd. Suite 225
Tigard, OR 97223
(503) 624-0416
(503) 639-2052

10576 S.E. Washington St.
Portland, OR 97213
(503) 252-5320
(503) 252-1374

B. ACCOUNTING OF CERTAIN DISCLOSURES: Upon written request, you have the right to receive a list of instances in which we, or our business associates, disclosed your health information for purposes, other than treatment, payment, healthcare operations and other activities authorized by you, for the last 6 years, but not before **April 14, 2003**. If you request this accounting more than once in a 12-month period, we may charge you a reasonable, cost-based fee for responding to these additional requests.

C. RESTRICTIONS AND ALTERNATIVE COMMUNICATIONS: You have the right to request that we place additional restrictions on our use or disclosure of your health information for treatment, payment and healthcare operations purposes. Depending on the circumstances of your request we may, or may not agree to those restrictions. If we do agree to your requested restrictions, we must abide by those restrictions, except in emergency treatment scenarios. You have the right to request that we communicate with you about your health information by alternative means or to alternative locations (e.g., at your place of business rather than at your home). Such requests must be made in writing, must specify the alternative means or location, and must provide satisfactory explanation how payments will be handled under the alternative means or location you request.

D. AMENDMENTS TO RECORDS: You have the right to request that we amend your health information. Such requests must be made in writing, and must explain why the information should be amended. We may deny your request under certain circumstances.

E. ELECTRONIC NOTICES: If you receive this Notice on our Web site or by electronic mail (e-mail), you are entitled to receive this Notice in written form as well.

QUESTIONS AND COMPLAINTS:

If you want more information about our Privacy Practices or have questions or concerns, please contact us.

If you are concerned that we may have violated your privacy rights, or you disagree with a decision we made or any decision we may make regarding the use, disclosure, or access to your health information you may complain to us using the contact information listed below. You also may submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services.

Please direct any of your questions or complaints to:

CONTACT: Dr. Albert Noble, Enterprise Chiropractic Clinic
FAX: 503-639-2052
E-MAIL: info@drnoble.net

Name: _____ **Date:** _____ **Claim Number:** _____

DYANOMETER READINGS

Left Hand

- 1.) _____
- 2.) _____
- 3.) _____

Right Hand

- 1.) _____
- 2.) _____
- 3.) _____

Average for Left Hand: _____

Average for Right Hand: _____

PHYSICAL EXAMINATION

Height: _____ Weight: _____ B.P. ____/____ Pulse: _____

DATE CALLED:

ECC EMPLOYEE NAME VERIFYING:

MVA PIP Coverage Questions:

*Is this a third party insurance or is this the patient's personal insurance? Third party____Personal____
(Third Party is only accepted if the injured is not at fault, but has no personal insurance)
If you answered **third party** to the above question; did the other insurance company accept liability? ____
*If third party, you must send the signed Doctor's Lien to the adjuster (or lawyer if they have one) and
have them sign it and send it back to us**

Patient Name: _____

DOB: _____

Date of Injury: _____

Spoke with: _____

Claim number: _____

Policy Number (Optional): _____

PIP Adjuster Name: _____

Phone number w/ext.: _____

Fax number: _____

Medical PIP available and is it open? _____

What address do we send the bills to? _____

I verified and contacted the insurance company on Date: _____.

Signature: _____.

*Group people in same car together so you can ask all the questions on the same phone call.

*PIP coverage is through your own insurance no matter who is at fault in the ac