



Elite Chiropractic & Wellness LLC

300 Ave. F R de Gautier Suite 9
Las Vistas Shopping Village
San Juan, PR, 00926
T. 787.777.1171 / 1172

Consentimiento para Usar y/o Divulgar información de Salud para Propósitos de Tratamiento, Pago u Operaciones (TPO) para el Cuidado de la Salud

La ley federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) de 1996 requiere se le notifique al paciente la política de privacidad y confidencialidad de la entidad u oficina en quiropráctica y que se evidencie dicha notificación. La Carta de Derechos y Obligaciones del Paciente requiere que para poder proveerle nuestros servicios debemos obtener su consentimiento para utilizar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y otras transacciones u operaciones para el cuidado de la salud que lleva a cabo nuestra oficina.

Para cumplir con estas dos disposiciones de ley, **Elite Chiropractic & Wellness LLC**, le hace entrega de la notificación de la política de Privacidad y Confidencialidad y de este consentimiento para usar y divulgar su información de salud. Al firmarlo, usted reconoce haber sido notificado sobre nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad y consiente el uso y divulgación de su información de salud protegida según se describe en este documento.

Por favor, revise este consentimiento con mucho cuidado. Si luego de revisarlo usted lo entiende y está de acuerdo con sus términos y condiciones, firmelo y anote la fecha en el espacio que indica. Al firmar este consentimiento usted autoriza y está de acuerdo con que **Elite Chiropractic & Wellness LLC** use y divulgue su información de salud protegida para llevar a cabo su tratamiento, pagos o cualquier otra transacción u operación para el cuidado de su salud.

Usted tiene el derecho a solicitar de nuestra oficina restricciones con relación y en cuanto al uso y divulgación que hagamos de su información de salud para efectos de tratamiento, pagos o cualquier otra transacción u operación para el cuidado de su salud. No obstante, **Elite Chiropractic & Wellness LLC** no está obligado a aceptar su solicitud de restricciones. Sin embargo, si **Elite Chiropractic & Wellness LLC** aceptara las restricciones de uso o divulgación solicitadas por usted, dichas restricciones se convierten en obligatorias y nuestra oficina de quiropráctica deberá cumplirlas.

Con la firma de este consentimiento usted autoriza a que **Elite Chiropractic & Wellness LLC**, sus empleados (de acuerdo a la Ley federal HIPAA, incluye además de los empleados(as), las personas que realizan trabajo voluntario o de práctica educativa para la oficina quiropráctica) y sus asociados de negocio usen y divulguen su información de salud protegida para efectos de tratamiento, pago, transacciones y operaciones para el cuidado de su salud.

Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en tanto y en cuanto **Elite Chiropractic & Wellness LLC**, sus empleados y/o asociados de negocio hayan tomado alguna acción de uso y/o divulgaciones basadas en el mismo.



Elite Chiropractic & Wellness LLC

300 Ave. F R de Gautier Suite 9

Las Vistas Shopping Village

San Juan, PR, 00926

T. 787.777.1171 / 1172

De usted necesitar o interesar examinar en más detalle nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad antes de firmar este documento, puede solicitar la misma en nuestra oficina. Por favor, observe que **Elite Chiropractic & Wellness LLC**, se ha reservado el derecho de revisar, cambiar o enmendar la política y práctica sobre uso y divulgación descrita en la notificación en cualquier momento. De usted interesar la notificación revisada y enmendada, favor de comunicarse con nuestra oficina a la dirección o teléfonos encabezados de esta forma.

Revisada: 27 de marzo de 2017.

Nombre de Paciente

Firma de Paciente

Fecha

Elite Chiropractic & Wellness
300 Ave. FR De Gautier, Ste. #9
Las Vistas Shopping Village
San Juan, PR, 00926
Phone: (787) 777-1171 Fax: 787-777-1172



Aviso de Privacidad para Consentir Confirmación de Citas

Como parte de la coordinación de su tratamiento, hemos contratado un servicio automatizado de recordatorio y confirmación de asistencia a sus citas programadas. Es importante el cumplimiento con su tratamiento y supervisión médica para asegurar su salud. Usted podría recibir llamadas, mensajes de texto y/o e-mails a los medios que nos han brindado para comunicarnos con usted respecto a una futura cita. Durante el proceso la información de su nombre y la fecha de su cita, podría incidentalmente ser accedido por terceros. Este es un servicio opcional al que usted podría negarse por razones de privacidad o seguridad. Si desea mayor información puede solicitarla a nuestros empleados e incluso solicitar ser excluido del servicio.

Reconozco haber recibido este comunicado de parte de **Elite Chiropractic & Wellness** para el recordatorio de citas.

Sí Acepto

No acepto

Nombre Completo

Firma

Fecha

Dra. Adamari Gómez Villegas



ELITE
CHIROPRACTIC
& WELLNESS

Las Vistas Shopping Village, Suite #9
Ave. Felisa Rincon de Gautier, San Juan, PR
787-777-1171 / 787-600-4094

Estimado paciente:

En **Elite Chiropractic & Wellness LLC** consideramos lo valioso que es el tiempo de todos nuestros pacientes, incluyendo el suyo, por lo tanto le solicitamos lea a continuación nuestra Política de Cancelación de citas.

De necesitar cancelar o re-programar una cita, ya existente, muy gustosamente le asistiremos con 48 horas de anticipación a la misma. De lo contrario, tendrá un cargo de \$55.00 que será cobrado en su próxima cita.

Recuerde que nuestro servicio se ofrece por cita previa y estimamos el tiempo para tratar a cada uno de nuestros pacientes.

Yo, _____ certifico que leí y entendí la Política de Cancelación de citas.

Firma Paciente

Fecha



Política de Elite Chiropractic & Wellness LLC.

1. Las recomendaciones de visitas son un aproximado basado en nuestra experiencia al ayudar a pacientes con casos similares al suyo; de ninguna manera representan una garantía de corrección o resultados. Cada caso debe ser abordado individualmente.
2. EC&W, se compromete en proveer todo el cuidado que justamente considere necesario entre las fechas acordadas.
3. Toda cita perdida que no se cancele o re programe por el paciente con anterioridad de 48 horas, tendrá un costo igual a la Tarifa Básica de una Visita Regular.
 - Su plan médico no cubre visitas perdidas, estas serán responsabilidad del paciente.
 - Es importante tomar nota de la hora en que se llamó y el nombre de la persona que lo atendió.
4. Si el paciente se ha ausentado de su cuidado por 4 citas consecutivas sin contacto telefónico directo con uno de nuestros empleados se entiende que el paciente ha elegido **descontinuar el cuidado**.
 - Solo su doctor puede cancelar su cuidado. Si el paciente decide descontinuar cuidado es necesario hablar directamente con uno de los doctores para que el mismo pueda hacer una consulta final y autorizar al personal a cancelar el cuidado y proceder con el reembolso o cobro aplicable.
5. Al descontinuar cuidado, EC&W LLC procederá a calcular los servicios provistos en base a las Tarifas Básicas de la Oficina o tarifas acordadas sin el descuento e inmediatamente cargará a su cuenta en archivo el balance adeudado o efectuará pago por balance pagadero.
6. Al regresar, luego de no asistir a la oficina por el periodo de **3 meses** o más se conducirá una Re-Evaluación.
7. Al regresar, luego de no asistir a la oficina por el periodo de **1 año** o más, se conducirá una Re-Iniciación.
8. Al regresar luego de 3 meses o 1 Año de ausencia, de considerarse necesario, se harán nuevas recomendaciones y se hará un nuevo acuerdo económico.
9. Se me ha informado que Medicare y sus afiliadas solo cubren cuidado quiropráctico durante los primeros 3 meses. Luego de este periodo el paciente acepta pagar por sus servicios quiroprácticos sin derecho a reembolso de parte de su aseguradora.
10. De usted tener plan médico:
 - En todo balance adeudado por el plan médico por más de 90 días se le solicitará al paciente asistencia de cobro del balance.
 - En todo balance adeudado por el plan médico por más de 120 días se procederá a cobrar al paciente por el balance adeudado cargándola a la cuenta en el archivo.

Firma del Paciente

Fecha



Hoja Informativa del Plan Médico
Información Personal del Paciente (Demográfico)

Fecha: _____
Nombre: _____ Apellidos _____
Edad: _____ Sexo: ()F ()M Estado Civil: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Día Mes Año
Dirección Postal: (lugar al cual su plan médico le envía todos los documentos relacionados a el mismo):
Dirección Residencial: _____
Teléfono Residencial: _____
Celular: _____ Compañía de Celular: ATT T-Mobile Sprint Otro: _____
Lugar de Trabajo: _____ Email: _____
En caso de Emergencia Notificar a: _____ Teléfono: _____
Parentesco: _____

Información Planes Médicos

Plan Primario: _____ Cubierta: _____ Plan Secundario: _____ Cubierta: _____
Numero de Contrato: _____ Numero de Contrato: _____
Número de Grupo: _____ Número de Grupo: _____
Fecha de Expiración: _____ Fecha de Expiración: _____
Asegurado Principal: _____ Asegurado Principal: _____
Parentesco: _____ Parentesco: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____
De Asegurado Principal De Asegurado Principal

Copia de Tarjeta de Plan Médico e Identificación con Foto

Cubierta:
VI: ____ VSB ____ Manip ____ Aprobado ____ TF ____ Cubierta ____ Año ____ Refer ____



SPINAL FUNCTIONAL INDEX (SFI)

FECHA: _____

NOMBRE: _____ LESIÓN: _____ CERVICALES DORSALES LUMBARES

POR FAVOR, COMPLETE: Su columna puede hacer que sea difícil realizar algunas cosas que normalmente hace. Esta lista contiene frases que la gente usa para describirse a sí mismos con este tipo de problemas. Piense en usted durante los últimos días. Si hay una pregunta que le describe, márkela. Si no, déjela en blanco. Si una casilla le describe sólo en parte, marque la mitad de esa casilla.

SOBRE SU COLUMNA

- 1. Me quedo en casa la mayor parte del tiempo.
- 2. Cambio frecuentemente de postura para aliviar el dolor.
- 3. Evito hacer trabajos pesados. (ej. limpiar, levantar más de 10lbs, trabajar el jardín, etc.)
- 4. Paro a descansar más a menudo.
- 5. Pido a los demás que hagan las cosas por mí.
- 6. Tengo dolor/problema casi todo el tiempo.
- 7. tengo dificultad para levantar y cargar peso. (ej. Bolsas, compra de hasta 10lbs, etc.)
- 8. Mi apetito es diferente.

- 9. El caminar o el hacer mis actividades deportivas y recreativas están afectadas.
- 10. Tengo dificultad con las tareas normales de la casa y la familia.
- 11. Duermo peor.
- 12. Necesito ayuda con mi cuidado personal (ej. Higiene, la ducha)
- 13. Mis actividades normales diarias. (trabajo, actividades sociales) están afectadas.
- 14. Estoy más irritable y/o de peor humor.
- 15. Me siento débil y/o rígido/a.
- 16. Mi independencia en el transporte está afectada (conducir, transporte público.)

- 17. Necesito Ayuda o soy más lento/a al vestirme.
- 18. Tengo dificultad para moverme en la cama.
- 19. Tengo dificultad para concentrarme y/o para leer.
- 20. Sentado no me encuentro cómodo.
- 21. Tengo dificultad para sentarme y levantarme de la silla.
- 22. Sólo me quedo de pie durante cortos periodos de tiempo.
- 23. Tengo dificultad para ponerme en cuclillas o de rodillas.
- 24. Tengo problemas para agacharme (ej. Para coger cosas, ponerme los calcetines)
- 25. Uso las escaleras más lentamente o uso el pasamanos.

SFI PUNTUACIÓN: Para puntuar la parte superior, sumar las casillas marcadas.

Total Puntos (SFI) _____

100 Escala: $100 - (\text{total} \times 4) = \text{_____} \%$

MDC (90% CI) Cervicales = 6.9% o 1.7 SFI puntos; Dorsales y Lumbares = 5.9% o 1.5 SFI puntos; Toda la columna = 6.5 % o 1.6 SFI puntos. Una puntuación menor a éstas puede ser debido a error.

Spanish translation courtesy of Dr. Cuesta-Vargas, Faculty of Health Sciences, University of Malaga, Spain.



RESEARCH

Open Access

Validation of a Spanish version of the Spine Functional Index

Antonio I Cuesta-Vargas^{1,2*} and Charles P Gabel³

Abstract

Background: The Spine Functional Index (SFI) is a recently published, robust and clinimetrically valid patient reported outcome measure.

Objectives: The purpose of this study was the adaptation and validation of a Spanish-version (SFI-Sp) with cultural and linguistic equivalence.

Methods: A two stage observational study was conducted. The SFI was cross-culturally adapted to Spanish through double forward and backward translation then validated for its psychometric characteristics. Participants ($n = 226$) with various spine conditions of >12 weeks duration completed the SFI-Sp and a region specific measure: for the back, the Roland Morris Questionnaire (RMQ) and Backache Index (BADIX); for the neck, the Neck Disability Index (NDI), for general health the EQ-5D and SF-12. The full sample was employed to determine internal consistency, concurrent criterion validity by region and health, construct validity and factor structure. A subgroup ($n = 51$) was used to determine reliability at seven days.

Results: The SFI-Sp demonstrated high internal consistency ($\alpha = 0.85$) and reliability ($r = 0.96$). The factor structure was one-dimensional and supported construct validity. Criterion specific validity for function was high with the RMQ ($r = 0.79$), moderate with the BADIX ($r = 0.59$) and low with the NDI ($r = 0.46$). For general health it was low with the EQ-5D and inversely correlated ($r = -0.42$) and fair with the Physical and Mental Components of the SF-12 and inversely correlated ($r = -0.56$ and $r = -0.48$), respectively. The study limitations included the lack of longitudinal data regarding other psychometric properties, specifically responsiveness.

Conclusions: The SFI-Sp was demonstrated as a valid and reliable spine-regional outcome measure. The psychometric properties were comparable to and supported those of the English-version, however further longitudinal investigations are required.

Keywords: Spine, Psychometrics, Outcome measure, Spanish

Introduction

Patient reported outcome (PRO) measures [1,2] are a required and integral part of the patient health management process. The PROs provide objective responses on status and function that assist clinicians, surgeons and researchers to track a patients progress and determine if status has changed. These changes, or the lack, can be a

consequence of natural healing or an intervention, be that conservative or surgical [3]. This external quantification process has been progressively adopted and accurately reflects the patient's health status by means of a self-report methodology. This process has progressively superseded the traditional model of therapist determined clinical signs and symptoms and generic quality of life measures. In this way the clinicians' and researchers' understanding of how the patient's function and symptoms have changed, over time or in response to an intervention, can be rapidly assimilated. This is applicable for a wide range of conditions, diseases and injuries and assists the progressive management through recognition of the effects on the patient's capabilities [4]. As this patient focused paradigm

* Correspondence: acuesta@uma.es

¹Universidad de Málaga, Andalucía Tech, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Psiquiatría y Fisioterapia, Instituto de Biomedicina de Málaga (IBIMA), Grupo de Clínica (AE-14), Av/ Arquitecto Penabazán s/n, Centro Campus Expansión, Málaga, Spain

³School of Clinical Science, Faculty of Health at the Queensland University of Technology, Brisbane, Australia

Full list of author information is available at the end of the article



Atención:

Debido a la pandemia que estamos enfrentando se está llevando a cabo los siguientes protocolos:

1. Al llegar a su cita todo paciente debe notificar que llegó y **esperar en su vehículo a ser llamado para ser atendido.**
2. Todo paciente debe **traer su propia mascarilla y tenerla puesta** para ser recibido y **en todo momento** dentro de nuestra oficina.
3. No se permiten acompañantes. A menos que el paciente no pueda caminar por su cuenta.
4. Antes de entrar a la oficina es compulsorio tomarle la temperatura a todo paciente.
5. Será necesario posponer la cita de todo paciente de haber presentado los siguientes síntomas en los pasados 14 días:
 - a. Tos
 - b. Dolor de Garganta
 - c. Fiebre
 - d. Fatiga
 - e. Dificultad para Respirar
6. Todo paciente será dirigido a lavarse las manos con agua y jabón inmediatamente entre a la oficina. Para luego proceder con el registro en el Ipad. De traer guantes es compulsorio que sean nuevos.
7. **De necesitar hacer uso de los servicios sanitarios preferimos que lo haga en su casa o en el baño del estacionamiento, ya que esto nos consume tiempo adicional para la desinfección del mismo.**
8. Agradecemos que mientras es atendido evite el uso del teléfono celular.
9. Se compromete a realizar cuarentena de al menos 14 días si ha viajado fuera de Puerto Rico.
10. Se compromete a avisar si usted ha dado positivo a prueba Covid19.

Nota: Todos estos protocolos son llevados a cabo no solamente para protegernos a nosotros como equipo si no para la protección de todos nuestros pacientes.

Firma

Fecha