

10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052 (702) 614.6777 fax (702) 614.6778  
 Website: [www.drderekday.com](http://www.drderekday.com) Email: [drday1@lvcoxmail.com](mailto:drday1@lvcoxmail.com)

### INFORMACION DEL PACIENTE

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

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Mano Dominante: R L

Dirreccion: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: (cell): \_\_\_\_\_ Numero de Licencia de Manejo: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Numero de Licencia de Manejo: \_\_\_\_\_

Su compañía de seguros para su automovil: \_\_\_\_\_ Numero de Poliza: \_\_\_\_\_

Dirreccion: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Ajustador: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Numero de Poliza: \_\_\_\_\_ Numero de Reclamo: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros del auto de la otra persona: \_\_\_\_\_

Ajustador: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_

Agente: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_

Numero de Poliza: \_\_\_\_\_ Numero de Reclamo: \_\_\_\_\_

Tiene cobertura de pago medico? \_\_\_\_\_ Tiene cobertura de automovilista sin Seguro? \_\_\_\_\_

Tiene representation legal? \_\_\_\_\_ Que oficina de abogados lo representa? \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de su Abogado/a: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado en la poliza de su aseguranza de carro: \_\_\_\_\_

Fecha de su accidente: \_\_\_\_\_ Fecha del primer dia cuando fue aver un doctor despues de su accidente: \_\_\_\_\_

Costos de todos los tratamientos medicos desde su accidente: \$ \_\_\_\_\_

Cuantos ingresos ha perdido desde su accident? \$ \_\_\_\_\_

Cual es el monto de reparacion de daños a la propiedad de su automovil? \_\_\_\_\_

Nombre de su doctor medico. \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

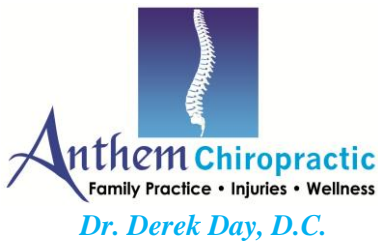
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Alguna lesion automovilistica previa?: \_\_\_\_\_ Lesiones relacionadas con el trabajo?: \_\_\_\_\_

Escriba cualquier Doctor, Ambulancia, Hospitales, Quiropractico, Dentista, Acupunturista etc.. que haiga visto desde el accidente.

Nombre	Tipo	Numero de telefono	Monto de la factura
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

**Porfavor de marcar todos los sintomas que tiene acutalmente y que NO TENIA antes del accidente.**



10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052 (702) 614.6777 fax (702) 614.6778  
 Website: [www.drderekday.com](http://www.drderekday.com) Email: [drday1@lvcoxmail.com](mailto:drday1@lvcoxmail.com)

### Sintomas ortopedicos y musculoesqueleticos

Sonido “Clunk” con movimiento en el cuello  
 Dolor de cuello  
 Dolor de espalda superior  
 Dolor de espalda baja  
 Dolor de hombro R / L  
 Dolor en la parte superior del brazo R / L  
 Dolor de codo R / L  
 Dolor de antebrazo R / L  
 Dolor de muñeca R / L  
 Dolor de mano R / L  
 Dolor de cadera R / L  
 Dolor en la parte superior de la pierna R / L  
 Dolor de rodilla R / L  
 Dolor en la parte inferior de la pierna R / L  
 Dolor de tobillo R / L  
 Dolor de pie R / L  
 Dolor de mandibula  
 Haciendo clic en la mandibula  
 Dolor cuando mastica  
 Dolor de cara  
 Dolor en el pecho  
 Dolor de estomago  
 Moreton/contusion \_\_\_\_\_  
 Raspon/Cortada \_\_\_\_\_  
 Otros Sintomas \_\_\_\_\_

### Sintomas Neurologicos:

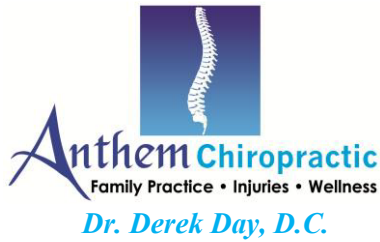
Entumecimiento/Hormigueo de brazo/mano R / L  
 Entumecimiento/Hormigueo de pierna/pie R / L  
 Debilidad de brazo/mano R / L  
 Debilidad de pierna/pie R / L  
 Poca Atencion  
 Dificultad para sumar/restar

### Sintomas asociados con la lesion:

Problemas de rango de movimiento  
 Dolores de cabeza  
 Espasmos Musculares  
 Mareos  
 Alteraciones Visuales  
 Interrupcion del sueño  
 Irradiando Dolor  
 Ansiedad  
 Depresion  
 Estoy tomando analgesicos de venta libre

### Sintomas cerebrales/neuropsiquiatricos/MTBI

Ganas de estar solo/a  
 Somnolencia  
 Nausea/Vomitando  
 Dificultad para concentrarse  
 Soñando/Mirando sin sentido  
 Cambios de humor  
 Agitacion  
 Triste o Llorosa/o  
 Vision Borrosa  
 Double Vision  
 Desorientada/o  
 Confundido/a  
 Dificultad para hablar  
 Sentimientos de aislamiento de los demas  
 Problemas de atencion  
 Cambio en apetito  
 Pupilas de diferente tamaño  
 La habitacion gira/Sensacion de mareo  
 Problemas de equilibrio  
 Dificultad para caminar  
 Dificultad para concentrarme  
 Muy cansado/a  
 Dormitandome durante el dia  
 Cambios de personalidad  
 No puede recordar numeros  
 Problemas para leer  
 Problemas para escribir  
 Dificultad aprendiendo cosas nuevas  
 Dificultad para entender  
 Dificultad recordando cosas  
 Releyendo cosas para poder entender  
 Coraje/Enojo  
 Dificultad para tomar decisiones  
 Cambio en el funcionamiento sexual  
 Confianza reducida  
 No te importa nada  
 Irritable  
 Cambios en el gusto de sentido/olfato  
 Recuerdos del accidente  
 Problemas para escuchar  
 Dificultad para plantificar/organizer



10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052 (702) 614.6777 fax (702) 614.6778  
Website: [www.drderekday.com](http://www.drderekday.com) Email: [drday1@lvcoxmail.com](mailto:drday1@lvcoxmail.com)

## INFORMACION DEL PACIENTE

Sexo:  M  F      Circule:  Soltero  Casado  Viudo  Menor  Separado  Divorciado  Juntado

Empleo/Escuela: \_\_\_\_\_

Dirreccion: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de telefono de Empleador/Escuela: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_

### Informacion del su esposa/o:

Nombre de su esposa/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador de su esposa/a: \_\_\_\_\_ Empleador de su esposo/a: \_\_\_\_\_

**In Caso de Emergencia:** \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

### Informacion de Seguro Medico :

Nombre de compañía de Seguro Medico: \_\_\_\_\_

Numero de Grupo: \_\_\_\_\_ Identificacion del Miembro: \_\_\_\_\_

Tiene Seguro Medico adicional?  Y  N      Nombre de compañía de Seguro Medico: \_\_\_\_\_

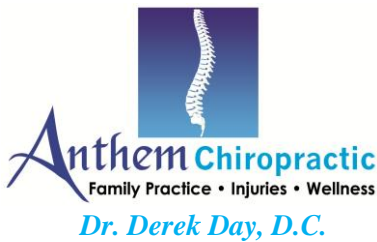
Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Numero de Grupo: \_\_\_\_\_ Identificacion del Miembro: \_\_\_\_\_

Quien es su Doctor Medico? \_\_\_\_\_



10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052 (702) 614.6777 fax (702) 614.6778  
 Website: [www.drderekday.com](http://www.drderekday.com) Email: [drday1@lvcoxmail.com](mailto:drday1@lvcoxmail.com)

**Historia De Salud: (antes del accidente):** Fecha de su ultimo: Examen fisico: \_\_\_\_\_  
 Radiografias de la columna: \_\_\_\_\_ Pueba de sangre: \_\_\_\_\_ Examen de la columna: \_\_\_\_\_  
 Radiografia de pecho: \_\_\_\_\_ Examen de orina: \_\_\_\_\_ Radiografia Dentales: \_\_\_\_\_  
 MRI, CT-Scan, Escaneo de hueso: \_\_\_\_\_

Marque si **TIENE** o ha **TENIDO** lo siguiente:

- |                           |                           |                         |
|---------------------------|---------------------------|-------------------------|
| SIDA/HIV                  | Glaucoma                  | Marcapasos              |
| Alcoholismo               | Coto                      | Enfermedad de Parkinson |
| Vacunas contra la alergia | Gonorrhea                 | Pneumonia               |
| Anemia                    | Gout                      | Polio                   |
| Anorexia                  | Enfermedad de Corazón     | Prosthesis              |
| Apendicitis               | Hepatitis                 | Atencion Psiquiatrica   |
| Artritis                  | Hernia                    | Reuma Articular         |
| Asma                      | Hernia de Disco           | Fiebre Reumatica        |
| Trastornos Hemorragicos   | Presion Alta              | STD                     |
| Bultos en los senos       | Cholesterol Alta          | Derrame Cerebral        |
| Bronquitis                | Enfermedad de Riñón       | Intentos de suicido     |
| Bulimia                   | Enfermedad de Hígado      | Problemas de Tiroides   |
| Cancer                    | Lupus                     | Amigdalitis             |
| Cataratas                 | Dolores de Cabeza/Migraña | Fiebre Tifoidea         |
| Dependencia quimica       | Aborto Espontáneo         | Ulcers                  |
| Varicela                  | Mononucleosis             | Infecciones Vaginales   |
| Diabetes                  | Esclerosis Multiple       | Tos Ferina              |
| Enfisema                  | Paperas                   | Otro: _____             |
| Epilepsia                 | Osteoporosis              |                         |
| Fibromialgia              | Osteopenia                |                         |

**Estas Embarazada?** \_\_\_ Si \_\_\_ No Fecha de Parto: \_\_\_\_\_ **Ejercicio:** \_\_\_ Ninguno \_\_\_ Moderado \_\_\_ Diario \_\_\_ Pesado

**Actividades de Trabajo:** \_\_\_ Sentado \_\_\_ En Pie \_\_\_ Trabajo Ligero \_\_\_ Trabajo Pesado

**Habitos:** \_\_\_ Fumar: Paquetes al Dia: \_\_\_\_\_ \_\_\_ Tomar alcohol: Bebidas a la semana: \_\_\_\_\_ \_\_\_ Café/Cafeina:  
 Copas al Dia: \_\_\_\_\_ \_\_\_ Razon de alto nivel de estres: \_\_\_\_\_

**Caídas:** \_\_\_ Sí \_\_\_ No **Cuándo:** \_\_\_\_\_

**Describir:** \_\_\_\_\_

**Lesiones en la cabeza / conmoción cerebral:** \_\_\_ Sí \_\_\_ No **Cuándo:** \_\_\_\_\_

**Describir:** \_\_\_\_\_

**Huesos rotos:** \_\_\_ Sí \_\_\_ No **Cuándo:** \_\_\_\_\_

**Describir:** \_\_\_\_\_

**Dislocaciones:** \_\_\_ Sí \_\_\_ No **Cuándo:** \_\_\_\_\_

**Describir:** \_\_\_\_\_

**Lesiones automovilísticas / lesiones laborales:** \_\_\_ Sí \_\_\_ No **Cuándo:** \_\_\_\_\_

**Describir:** \_\_\_\_\_

**Cirugías previas de cuello / espalda:** \_\_\_ Sí \_\_\_ No **Cuándo:** \_\_\_\_\_

**Describir:** \_\_\_\_\_

**Otras cirugías:** \_\_\_ Sí \_\_\_ No **Cuándo:** \_\_\_\_\_

**Describir:** \_\_\_\_\_



*Dr. Derek Day, D.C.*

10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052 (702) 614.6777 fax (702) 614.6778  
Website: [www.drderekday.com](http://www.drderekday.com) Email: [drday1@lvcoxmail.com](mailto:drday1@lvcoxmail.com)

**¡Lea, firme la última página y guarde las primeras 2 páginas para sus registros!**

## **Aviso de prácticas de privacidad**

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

**Tratamiento:** Los miembros del personal pueden usar su información médica o divulgarla a otros profesionales de la salud con el fin de evaluar su salud, diagnosticar afecciones médicas y brindar tratamiento. Por ejemplo, los resultados de las pruebas y procedimientos de laboratorio estarán disponibles en su historia clínica para todos los profesionales de la salud que puedan brindar tratamiento o que puedan ser consultados por miembros del personal.

**Pago:** los miembros del personal pueden utilizar su información médica para solicitar el pago de su plan de salud, de otras fuentes de cobertura como una aseguradora de automóviles o de compañías de tarjetas de crédito que puede utilizar para pagar los servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar y recibir información sobre las fechas de servicio, los servicios prestados y la afección médica que está tratando.

**Operaciones de atención médica:** Su información médica puede usarse según sea necesario para respaldar las actividades diarias y la administración de Anthem Chiropractic. Por ejemplo, la información sobre los servicios que se brindan se puede utilizar para respaldar la elaboración de informes financieros y presupuestarios, y las actividades para evaluar y promover la calidad, como la capacitación. Además, también podemos usar una hoja de registro donde se le pedirá que proporcione su nombre e indique su médico. También podemos llamar su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para atenderlo.

**Cumplimiento de la ley:** Su información médica puede ser divulgada a agencias de salud pública para respaldar las auditorías e inspecciones gubernamentales, para facilitar las investigaciones del cumplimiento de la ley y cumplir con los informes exigidos por el gobierno.

**Informes de salud pública:** su información médica puede ser divulgada a agencias de salud pública según lo requiera la ley. Por ejemplo, estamos obligados a informar sobre ciertas enfermedades transmisibles al departamento de salud pública del estado.

**Otros usos y divulgaciones requieren su autorización:** La divulgación de su información médica o su uso para cualquier propósito distinto de los enumerados anteriormente requiere su autorización específica por escrito. Si cambia de opinión después de autorizar un uso o divulgación de su información, puede enviar una revocación por escrito de la autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectará ni deshará ningún uso o divulgación de información que haya ocurrido antes de que nos notificara su decisión de revocar su autorización.

### **USOS ADICIONALES DE LA INFORMACIÓN**

**Recordatorios de citas:** nuestro personal puede utilizar su información médica para enviarle recordatorios de citas.

**Información sobre tratamientos:** Su información de salud se puede utilizar para enviarle información que puede resultar interesante sobre el tratamiento y manejo de su condición médica. También podemos enviarle información que describa otros productos y servicios relacionados con la salud que creemos que pueden interesarle.



**Dr. Derek Day, D.C.**

10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052 (702) 614.6777 fax (702) 614.6778  
Website: [www.drderekday.com](http://www.drderekday.com) Email: [drday1@lvcoxmail.com](mailto:drday1@lvcoxmail.com)

## **DERECHOS INDIVIDUALES**

### **Tiene ciertos derechos según los estándares federales de privacidad. Éstas incluyen:**

- El derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información médica protegida.
- El derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su condición médica y su tratamiento.
  - El derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida.
  - El derecho a enmendar o enviar correcciones a su información médica protegida.
- El derecho a recibir y rendir cuentas de cómo ya quién se ha divulgado su información médica protegida.
  - El derecho a recibir una copia impresa de este aviso.

### **Deberes quiroprácticos de Anthem**

La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica protegida y proporcionarle este aviso de prácticas de privacidad. También estamos obligados a cumplir con las políticas y prácticas de privacidad que se describen en este aviso.

### **Derecho a revisar las prácticas de privacidad**

Según lo permita la ley, nos reservamos el derecho de enmendar o modificar nuestras prácticas y políticas de privacidad. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en las leyes y regulaciones federales y estatales. Si lo solicita, le proporcionaremos el aviso revisado más recientemente en cualquier visita al consultorio. Las políticas y prácticas revisadas se aplicarán a toda la información médica protegida que mantenemos.

### **Solicitudes para inspeccionar información médica protegida**

Generalmente, puede inspeccionar o copiar la información médica protegida que mantenemos. Según lo permitido por la regulación federal, requerimos que las solicitudes para inspeccionar o copiar información médica protegida se presenten por escrito.

Puede obtener un formulario para solicitar acceso a sus registros comunicándose con el secretario de registros médicos o el gerente de la oficina. Su solicitud será revisada y generalmente aprobada a menos que existan razones legales o médicas para rechazar la solicitud.

### **Quejas**

Si desea enviar un comentario o una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede hacerlo enviando una carta que describa sus inquietudes a:

Attn: Privacy Officer  
Anthem Chiropractic  
10170 S. Eastern Avenue Ste 110  
Henderson, NV 89052

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, comuníquenoslo enviando una carta a la dirección indicada anteriormente.

**\*\* No se le sancionará ni se tomarán represalias en su contra por presentar una queja. \*\***

### **Persona de contacto**

Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con nosotros en:

Attn: Office Administrator  
Anthem Chiropractic  
10170 S. Eastern Avenue Ste 110  
Henderson, NV 89052  
(702) 614-6777

**\*\*Anthem Chiropractic se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso.\*\***



10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052 (702) 614.6777 fax (702) 614.6778  
Website: [www.drderekday.com](http://www.drderekday.com) Email: [drday1@lvcoxmail.com](mailto:drday1@lvcoxmail.com)

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad para Anthem Chiropractic.

---

**Nombre del Paciente**

**Fecha**

---

**Firma del Paciente**

**Fecha**

---

**Firma del representante del paciente** **Relación al Paciente**  
**\*\*Obligatorio si el paciente es un menor o un adulto que no puede firmar este formulario.\*\***

\*\*\*\*\*Sólo para uso de oficina\*\*\*\*\*

**DOCUMENTACIÓN DE INTENTO DE OBTENER RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Se intentó obtener un acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad el \_\_\_\_\_.

El reconocimiento no se obtuvo porque:

- El paciente estaba recibiendo tratamiento de emergencia.
- El paciente se negó a firmar el reconocimiento.
- Otro

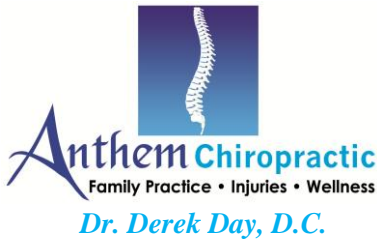
---

**Nombre del Paciente**

---

**Nombre del Miembro del Personal**

**Fecha**



10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052 (702) 614.6777 fax (702) 614.6778  
Website: [www.drderekday.com](http://www.drderekday.com) Email: [drday1@lvcoxmail.com](mailto:drday1@lvcoxmail.com)

## **CONSETNIMIENTO INFORMADO PARA EL CUIDADO QUIROPRÁCTICO**

Por la presente solicito y doy mi consentimiento para la realización de ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluidos varios modos de fisioterapia y radiografías de diagnóstico, en mí mismo (o en el paciente nombrado a continuación, de quien soy legalmente responsable) por el Doctor en Quiropráctica nombrado sobre.

He tenido la oportunidad de hablar con el médico y / o con otro personal de la oficina o de la clínica, el propósito y los beneficios de los ajustes quiroprácticos y otros tratamientos que se describen a continuación. Se revisarán varios procedimientos médicos y se proporcionará una remisión si se considera médicamente necesario.

Aunque los ajustes y tratamientos quiroprácticos suelen ser beneficiosos y rara vez causan problemas, entiendo y estoy informado de que existen algunos riesgos en el tratamiento. Los riesgos incluyen, entre otros: fracturas, lesiones de disco, derrames cerebrales, hematomas, dislocaciones y esguinces. Entiendo que puedo estar recibiendo el siguiente tratamiento:

TERAPIA CALIENTE / FRÍO, HIELO MINERAL, ULTRASONIDO, EMS, TRACCIÓN MANUAL / FLEXIÓN, TERAPIA DE PUNTO DE GATILLO, MASAJE VIBRATORIO / DE TEJIDOS PROFUNDOS, DIEZ, EJERCICIOS TERAPÉUTICOS, ESTILO DE VIDA Y INSTRUCCIONES ERGONÓMICAS, AJUSTE DE LA ARTICULACIÓN ESPINAL Y TÉCNICA DE AJUSTE CORICIONAL, POSTRACIÓN Y TÉCNICA CORICIONAL DE MOVIMIENTO RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS.

Reconozco que nadie ha hecho ninguna garantía o aseguramiento con respecto al tratamiento quiropráctico que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer este formulario y hacer preguntas. Mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Doy mi consentimiento al tratamiento propuesto.

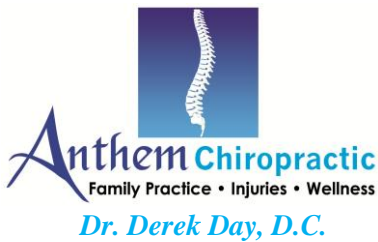
Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\*\*Obligatorio si el paciente es un menor o un adulto que no puede firmar este formulario\*\***





10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052 (702) 614.6777 fax (702) 614.6778  
Website: [www.drderekday.com](http://www.drderekday.com) Email: [drday1@lvcoxmail.com](mailto:drday1@lvcoxmail.com)

## **POLÍTICA DE NOMBRAMIENTOS PERDIDOS**

En un esfuerzo por evitar citas perdidas, recibirá una llamada de recordatorio automatizada y / o una confirmación por mensaje de texto de nuestra oficina la noche antes de su cita programada.

La política de nuestra oficina con respecto a las citas perdidas es la siguiente:

Cualquier cita cancelada con menos de 24 horas de anticipación, incluido "no llamar, no presentarse", se facturará como cita perdida. La tarifa de cita perdida de \$ 25.00 debe pagarse antes o en el momento de su próxima cita. Esta cantidad no es elegible para la facturación del seguro y es responsabilidad del paciente..

Gracias por su comprensión y consideración,

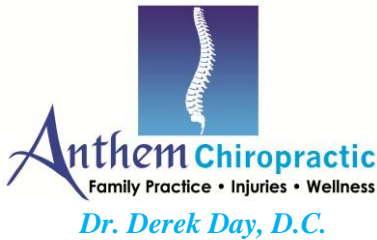
Dr. Day y su equipo quiropráctico de Anthem

HE LEÍDO Y ENTIENDO LA POLÍTICA DE NOMBRAMIENTOS PERDIDOS DESCRITOS ANTERIORMENTE. SERÉ RESPONSABLE DE TODAS LAS CITAS QUE NO SEAN CANCELADAS CON 24 HORAS DE AVISO, INCLUYENDO NO LLAMAR, NO MOSTRAR NOMBRAMIENTOS. ESTO RESULTARÁ EN UNA TARIFA DE \$ 25.00 NO FACTURABLE A MI SEGURO, QUE SE DEBE PAGAR EN O ANTES DE LA FECHA DE LA PRÓXIMA CITA.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

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



10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052 (702) 614.6777 fax (702) 614.6778  
Website: [www.drderekday.com](http://www.drderekday.com) Email: [drday1@lvcoxmail.com](mailto:drday1@lvcoxmail.com)

## **AVISO DE GRAVAMEN DE DOCTORES**

Por la presente autorizo al médico anterior a proporcionarle a usted, mi abogado, un informe completo de su examen, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc. de mí mismo con respecto al accidente en el que estuve involucrado recientemente.

Por la presente autorizo y le ordeno a usted, mi abogado, que pague directamente a dicho médico las sumas que le sean adeudadas y adeudadas por los servicios médicos prestados a mí en razón de este accidente que se adeudan a su oficina y que retenga dichas sumas de cualquier acuerdo, juicio o veredicto que sea necesario para proteger adecuadamente a dicho médico. Por la presente, otorgo un gravamen sobre mi caso a dicho médico contra cualquier producto de mi acuerdo, sentencia o veredicto que pueda pagarse a usted, a mi abogado o a mí mismo como resultado de las lesiones por las que he sido tratado o lesiones. en relación con el mismo.

Estoy de acuerdo en no rescindir nunca este documento y que mi abogado no aceptará la rescisión. Por la presente instruyo que en caso de que otro abogado sea sustituido en este asunto, el nuevo abogado honrará este gravamen como inherente al acuerdo y exigible sobre el caso como si lo hubiera ejecutado él / ella.

Además, otorgo a Anthem Chiropractic, un gravamen, independiente del gravamen de cualquier abogado, sobre cualquier reclamo, acuerdo o sentencia que obtenga o al que tenga derecho de cualquier aseguradora, corporación o persona, como resultado de mi accidente, por la totalidad y satisfacción total de todos y cada uno de los cargos en los que incurro en Anthem Chiropractic, y ordeno expresamente a dicha aseguradora, corporación o persona, que pague a Anthem Chiropractic todos y cada uno de los cargos en los que incurra como resultado de mi accidente. Es mi intención que este gravamen permanezca en vigor hasta que se satisfagan todos mis cargos en Anthem Chiropractic, independientemente de si mi abogado firma un gravamen con Anthem Chiropractic, mi abogado se retira o yo libero o sustituyo a uno o más abogados durante el curso de mi lesión, reclamo o caso.

Entiendo plenamente que soy directa y totalmente responsable ante dicho médico por todas las facturas médicas enviadas por él por los servicios prestados y este acuerdo se hace únicamente para la protección adicional de dicho médico y en consideración de su pago pendiente. Además, entiendo que dicho pago no está sujeto a ningún acuerdo, sentencia o veredicto por el cual eventualmente pueda recuperar dicha tarifa.

Acepte esta carta firmando a continuación y devolviéndola al consultorio del médico. Se me ha informado que si mi abogado no desea cooperar para proteger los intereses del médico, el médico no esperará el pago, pero me pedirá que haga los pagos al día.

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_

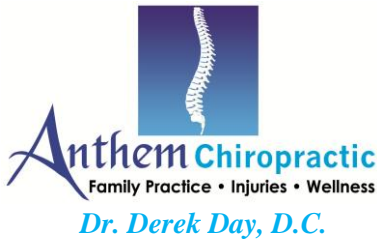
Firma del Paciente / Tutor \_\_\_\_\_

El abajo firmante, que es el abogado registrado del paciente anterior, por la presente acepta observar todos los términos de lo anterior y acepta retener dichas sumas de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto, según sea necesario para proteger adecuadamente a dicho médico, mencionado anteriormente.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Abogado \_\_\_\_\_

\*\*Por favor firme, feche y devuelva una copia al consultorio del médico. También guarde uno para sus registros.\*\*



10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052 (702) 614.6777 fax (702) 614.6778  
Website: [www.drderekday.com](http://www.drderekday.com) Email: [drday1@lvcoxmail.com](mailto:drday1@lvcoxmail.com)

## ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

# de reclamo: \_\_\_\_\_ DOI: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ SSN/ID #: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Por la presente instruyo y ordeno a la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ que pague los beneficios de mi póliza con un cheque a nombre de y enviado directamente a:

**Anthem Chiropractic  
Dr. Derek T. Day, D.C.  
10170 S. Eastern Ave, Ste. 110  
Henderson, NV 89052**

Si mi póliza prohíbe el pago directo a un médico, por la presente también le instruyo y le ordeno a usted, mi compañía de seguros, que me haga el cheque y lo envíe por correo como sigue:

**C/O Anthem Chiropractic  
Dr. Derek T. Day, D.C.  
10170 S. Eastern Ave, Ste. 110  
Henderson, NV 89052**

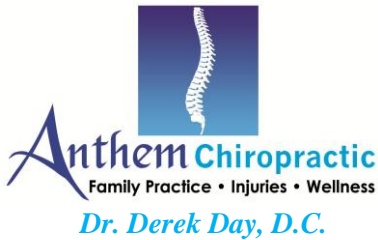
Por los beneficios profesionales o quiroprácticos / médicos permitidos, y pagaderos de otro modo bajo mi póliza de seguro actual como pago de los cargos totales por los servicios procesionales prestados. Esta es una cesión directa de mis derechos y beneficios bajo esta póliza y es irrevocable, incluso por mi abogado. No le pague los beneficios de mi póliza a mi abogado y no envíe ningún cheque de beneficios a mi abogado. Dicho pago no excederá mi deuda con el Dr. Derek T. Day, D.C. y he acordado pagar, de manera actual, cualquier saldo de dichos honorarios por servicios profesionales por encima de este pago del seguro. Si mi póliza es una póliza de indemnización, por la presente le ordeno a usted, mi compañía de seguros, que me indemnice contra el daño que ocurriría si el Dr. Derek T. Day, DC tuviera que facturarme los honorarios profesionales que contraté y que usted, mi compañía de seguros, no paga o no paga en su totalidad.

Una fotocopia de esta Cesión se considerará tan efectiva y válida como el original.

También autorizo al Dr. Derek T. Day, D.C. a divulgar cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado involucrado en este caso. Además, autorizo al Dr. Derek T. Day, D.C. a presentar una queja en mi nombre ante el Comisionado de Seguros de Nevada.

Firma del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del reclamante, si no es el titular de la póliza: \_\_\_\_\_



10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052 (702) 614.6777 fax (702) 614.6778  
Website: [www.drderekday.com](http://www.drderekday.com) Email: [drday1@lvcoxmail.com](mailto:drday1@lvcoxmail.com)

## **PENA DE FALSO TESTIMONIO**

Yo \_\_\_\_\_, declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo con las leyes del estado de Nevada, que el accidente / lesión fechado \_\_\_\_\_ es legítimo, no artificial o fingido de ninguna manera y que las lesiones que sufrí fueron como resultado del accidente / incidente mencionado anteriormente.

Además, declaro que he estado presente y recibido terapia en todas las fechas que he firmado/rubricado.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Tutor

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



*Dr. Derek Day, D.C.*

10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052 (702) 614.6777 fax (702) 614.6778  
Website: [www.drderekday.com](http://www.drderekday.com) Email: [drday1@lvcoxmail.com](mailto:drday1@lvcoxmail.com)

## **RENUNCIA AL SEGURO MÉDICO**

Por la presente le ordeno, como mi proveedor médico, que no facture ni utilice mi seguro médico personal por ninguno de los tratamientos prestados por usted y su oficina por las lesiones sufridas en el incidente por el cual ahora estoy buscando tratamiento.

Creo, y le he dicho como mi proveedor, que el incidente no fue culpa mía. No deseo ser sancionado de ninguna manera por las malas acciones de otra persona. Mis derechos de seguro médico pueden verse afectados negativamente, como limitar mi número total de visitas al consultorio a un máximo anual y si los uso para las lesiones de este incidente, perderé el derecho al seguro para futuras visitas al consultorio. O no deseo ser responsable de ningún copago, deducible o servicios no cubiertos por estas mismas razones. Deseo, y elijo, conservar mis visitas de seguro médico y copagos o deducibles para cualquier atención médica futura similar en la que luego pueda optar por utilizar mi cobertura de atención médica.

En consecuencia, si bien se le permite facturar mi póliza de pago médico automático si el pago médico está disponible, se le indica que no facture a mi seguro médico. Esta directiva entra en vigencia de inmediato y me cubre desde la fecha de mi primera visita a su oficina relacionada con este incidente, y continúa hasta la conclusión de mi tratamiento para estas lesiones. Hago esta directiva voluntariamente, por mi propia preferencia y sin ningún tipo de coerción o coacción por parte de usted o los miembros de su personal.

Entiendo que al elegir esta opción, estoy de acuerdo en que no rescindiré esta directiva una vez dada, a menos que yo dé la rescisión por escrito dentro de los catorce (14) días calendario posteriores a la firma de esta directiva. De lo contrario, es probable que usted, como mi proveedor médico, haya superado la fecha límite para la presentación de mis facturas para el pago a mi aseguradora de salud, o yo estaría creando otros problemas para el pago de sus servicios bajo mi plan de atención médica. Seré el único responsable de notificar a cualquier abogado que yo tenga ahora o más adelante sobre esta directiva. En el caso de cualquier litigio que surja bajo esta directiva, la parte ganadora tendrá derecho a recuperar los honorarios y costos razonables de sus abogados. El lugar para cualquier litigio que surja de este incidente será donde se prestaron los servicios médicos.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente / Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_



*Dr. Derek Day, D.C.*

10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052 (702) 614.6777 fax (702) 614.6778  
Website: [www.drderekday.com](http://www.drderekday.com) Email: [drday1@lvcoxmail.com](mailto:drday1@lvcoxmail.com)

## POLÍTICA DE ASIGNACIÓN FINANCIERA Y DE SEGUROS

Nuestra oficina se complace en aceptar su asignación de seguro, tan pronto como la parte responsable verifique su cobertura exacta. Presentaremos sus formularios de reclamo y lo ayudaremos en todo lo que podamos..

Sin embargo, debe entenderse plenamente que el contrato es entre usted y su compañía de seguros y que usted es totalmente responsable de cualquier monto que no pague su seguro.

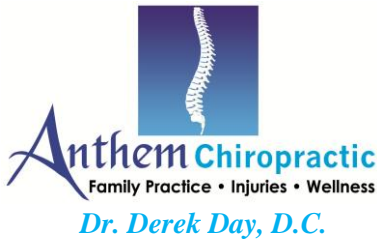
1. Al contratar su seguro en la cesión, tenemos que esperar el pago, esta cortesía puede retirarse si las circunstancias lo justifican.
2. Red versus fuera de la red: Si su proveedor tiene una "red" de proveedores, es su responsabilidad asegurarse de que estemos en la red. Podemos brindar atención "fuera de la red", pero su porción tal vez sea mayor. Es su responsabilidad asegurarse de que su compañía de seguros y la información de facturación sean precisas. Your insurance should pay within 30 days. If you're insurance has not paid within 60 days you must pay the balance due and be reimbursed by your insurance company, when and if it pays. There will be an interest charge of 7% per annum (year) charged on all unpaid balances over 60 days.
3. Le facturaremos a su seguro semanalmente siempre que reciba atención quiropráctica en esta oficina. Los pacientes en efectivo pagarán en la fecha del servicio según nuestro programa de tarifas por tiempo de servicio.
4. Si lo desea, puede pagar un porcentaje de su responsabilidad a medida que avanza hasta que se reciba el cheque del seguro. Verificaremos su porción de coseguro antes del tratamiento. Esta oficina acepta efectivo, cheque o tarjeta bancaria como forma de pago.
5. O le facturaremos a su compañía de seguros semanalmente y cuando recibamos un cheque de seguro, le facturaremos cualquier saldo o interés adeudado en ese momento.
6. Debe firmar un formulario de "Asignación para pagar al médico" y cualquier otro documento de asignación requerido por su compañía de seguros en su primera visita al consultorio.
7. Nuestra oficina NO garantiza que su seguro pague. Haremos todo lo posible, al comienzo de su atención médica, para recibir la verificación de su póliza y lo que cubre. Sin embargo, si por alguna razón se niega su reclamo de seguro, usted es responsable del monto total de su factura.
8. Nuestra oficina NO entablará una disputa con su compañía de seguros sobre su reclamo. Ésta es su responsabilidad y obligación.
9. Todos los arreglos especiales relacionados con las finanzas deben estar firmados por el médico y el paciente y / u otro representante.
10. Póliza de lesiones de automóviles: para las pólizas de automóviles, facturamos el pago médico primario / PIP. Si su atención excede su límite de cobertura, es posible que podamos facturarle a su seguro médico o ponerlo en nuestro plan de tiempo de servicio. Si está representado por un abogado, debe firmar un gravamen médico que se enviará a su abogado. Tenga en cuenta que usted es responsable de su factura independientemente de las circunstancias. El seguro de terceros no reembolsará directamente a nuestra oficina, por lo que NO se facturará el seguro de terceros.
11. Cheques devueltos: se le cobrará \$ 25.00 por un cheque devuelto.
12. Registros médicos: puede solicitar una copia de sus registros médicos. Cobramos \$ 0.60 por página cuando las recoge.

Si comprende y está de acuerdo con todas las políticas anteriores, firme con su nombre a continuación y aceptaremos su asignación de seguro. Por la presente autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a dicho médico. Soy responsable del saldo adeudado y autorizo al médico o al asegurador. para divulgar mi información personal para pagar este reclamo.

(\_\_\_) Deseo NO utilizar mi cobertura de seguro médico y elijo ser un Paciente en efectivo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052 (702) 614.6777 fax (702) 614.6778  
Website: [www.drderekday.com](http://www.drderekday.com) Email: [drday1@lvcoxmail.com](mailto:drday1@lvcoxmail.com)

## **Autorización para obtener información médica**

**Nombre del paciente (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_

**Fecha de cumpleaños:** \_\_\_\_\_ **Número de seguridad social:** \_\_\_\_\_

Autorizo a cualquier médico, dentista, quiropráctico, hospital, farmacéutico, profesional médico, cuidado de la salud proveedor, compañía de seguros, proveedor de compensación para trabajadores o empleador para divulgar toda la información sobre la atención médica pasada y presente, antecedentes, condición física y lesiones, incluidas las detalladas declaraciones a Anthem Chiropractic.

Acepto que esta autorización seguirá siendo válida hasta un año después de la fecha de la firma, a menos que sea revocada por entrega de notificación por escrito a Anthem Chiropractic.

Por la presente designo a la empresa mencionada anteriormente y a su personal de reclamaciones como mi representante designado, de conformidad con NCGS Sec 90-411 con el fin de obtener copias de mis registros médicos, la producción de los cuales se autoriza en este documento. Es mi intención específicamente que esta designación proporcione a la empresa mencionado anteriormente el beneficio de las tarifas máximas establecidas en NCGS Sec 90.41.

Entiendo que yo (o mi representante) tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de este formulario puede aceptarse como original.

Yo (o el paciente mencionado anteriormente) he recibido tratamiento de atención médica de los siguientes proveedores:

_____	_____
Provider Name	Phone
_____	_____
Provider Name	Phone
_____	_____
Provider Name	Phone

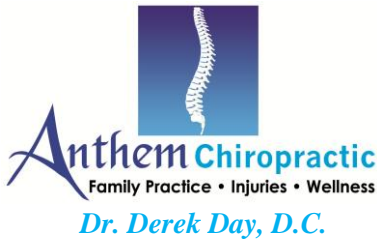
**Envíe los registros a:**

**Anthem Chiropractic**  
10170 S Eastern Ave., Ste. 110  
Henderson, NV 89052  
Teléfono: 702.614.6777  
Fax: 702.614.6778

**Firma del Paciente o Representante Legal**

**Relación con el paciente**

**Fecha**



10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052 (702) 614.6777 fax (702) 614.6778  
Website: [www.drderekday.com](http://www.drderekday.com) Email: [drday1@lvcoxmail.com](mailto:drday1@lvcoxmail.com)

## **Autorización para obtener información médica**

**Nombre del paciente (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_

**Fecha de cumpleaños:** \_\_\_\_\_ **Fecha de la lesión:** \_\_\_\_\_

Autorizo a cualquier médico, dentista, quiropráctico, hospital, farmacéutico, profesional médico, cuidado de la salud proveedor, compañía de seguros, proveedor de compensación para trabajadores o empleador para divulgar toda la información sobre la atención médica pasada y presente, antecedentes, condición física y lesiones, incluidas las detalladas declaraciones a Complete Injury Management con el propósito de revisión y evaluación en relación con un reclamación legal.

Acepto que esta autorización seguirá siendo válida hasta la conclusión de mi reclamo. Entiendo que tengo el derecho revocar esta autorización en cualquier momento y debe hacerlo por escrito.

Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización. Entiendo cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por reglas federales de confidencialidad.

Entiendo que la firma de esta autorización no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios.

**Para:** \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de atención médica / médico / centro

Teléfono

**Envíe los registros a:**  
**Manejo completo de lesiones**  
7380 West Sahara Avenue, Suite 110  
Las Vegas, NV 89117  
Teléfono: 702.227.4878  
Fax: 702.272.2013

**Firma del Paciente o Representante Legal**

**Relación con el paciente**

**Fecha**