



10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052

P: (702) 614.6777

C: (702) 840.9154 | F: (702) 614.6778

www.drderekday.com | info@drderekday.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): _____ Otro: _____

Correo Electronico: _____ Numero de Licencia de Manejo # _____

Su compañía de seguros para su automovil: _____

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 person: _____

Dirreccion: _____ Ciudad/Estado: _____ Codigo Postal: _____

Ajustador: _____ Numero de telefono: _____ Ext. _____

Agente: _____ Numero de telefono: _____ Ext. _____

Numero de Poliza #: _____ Numero de Reclamo #: _____

Tiene cobertura de pago medico? Sí No

Tiene cobertura de automovilista sin Seguro? Sí No (Proporcione una copia de nuestra tarjeta de seguro.)

Tiene representation legal? _____

Dirreccion: _____ 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: _____

Dirreccion: _____ 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
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

SÍNTOMAS

Pacient _____ Fecha _____ Fecha de accidente _____

Por Favor Marque todos los Síntomas que ha sentido recientemente que no sentia antes del accidente.

Síntomas Ortopédicos y Musculo-esqueléticos

- Sonidos Torpes Con Movimiento del Cuello
- Dolor de Cuello
- Dolor de Espalda
- Dolor de Cintura
- Dolor de Hombro Izquierdo Derecho
- Dolor de Brazo Izquierdo Derecho
- Dolor de Codo) Izquierdo Derecho
- Dolor de Antebrazo Izquierdo Derecho
- Dolor de Mufieca Izquierdo Derecho
- Dolor de Mano Izquierdo Derecho
- Dolor de Cadera Izquierdo Derecho
- Dolor del Muslo Izquierdo Derecho
- Dolor de Rodilla Izquierdo Derecho
- Dolor de Pierna Izquierdo Derecho
- Dolor de Tobillo Izquierdo Derecho
- Dolor del Pie Izquierdo Derecho
- Dolor de la Quijada
- Tronidos en la Quijada
- Dolor al Masticar
- Dolor en la Cara
- Dolor en el Pecho
- Dolor de Estomago
- Moreton en: _____
- Raspon/Cortadas en: _____
- Otros Sintomas: _____

Brain/Neuropsych/MTBI/PTSD Symptoms

- Deseos de Estar Solo
- Deseos De Dormir
- Nausea 0 Vomitos
- Dificultad para
- Soñar Despierto
- Agitado
- Cambios en su Actitud
- Visión Borrosa
- Tristesa
- Desorientado
- Ver Doble
- Dificultad al Hablar
- Confundido
- Problemas con la Atención
- Sentimiento de Soledad
- Pupilas de Diferentes Tamaños
- Cambios con el Apetito
- Dificultad al Caminar
- Mareos
- Muy Cansado/a
- Problemas con el Balance
- Casi se Duerme Durante el Dia
- Dificultad en Enfocarse/Se Distrae Facilmente
- Dificultad para Leer
- Cambio de Personalidad
- Dificultad Poniendo Atención
- Dificultad Recordando Números
- Dificultad para Aprender Cosas Nuevas
- Dificultad para Escribir
- Dificultad Recordando Cosas
- Dificultad para Sumar y Restar
- Dificultad en hacer Decisiones
- Dificultad Comprendiendo
- Reducción de Confianza en si Mismo
- Tener que volver a leer algo para comprenderlo
- Irritable
- Ira/Enojo
- Cambios en el Sentido del Olfato
- Cambios en el funcionamiento sexual
- Frustración
- Sentimientos de Desamparo
- Inpaciencia
- Apatía (No me importa)
- Dificultades en Planear o de Organizar
- Cambios en el Sentido de Sabor
- Memorias Recurrente del Accidente
- Problemas al Oir
- Dificultad en Cordinación Manual

Síntomas Neurológicos

- Entumecimiento en los Brazos / Manos Iz Der
- Entumecimiento en las Piemas / Pies Iz Der
- Hormigueo en los Brazos / Manos Iz Der
- Hormigueo en las Piemas / Pies Iz Der
- Debilidad de los Brazos / Manos Iz Der
- Debilidad de las Piemas / Pies Iz Der

Síntomas Asociados con sus Lastimaduras

- Problemas con sus Movimientos
- Dolores de Cabeza
- Espasmos 0 Tensión Muscular
- Mareos
- Problemas con su Vista
- Interrupción con el Sueño, Mal Dormir
- Dolor que se corre a sus extremidades
- Ansiedad
- Depreción
- Estoy tomando Medicamentos no de Prescripción.
- I am taking the following medications

Patient Signature _____ Dr. Signature _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Fecha de hoy: _____

A. CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN: Fecha de la lesión _____ Reporta: Paciente Padres Esposa/o Otro _____

1. Descripción de la lesión _____

- 1a. Hay alguna evidencia de un golpe fuerte en la cabeza (directo o indirecto)? Si No Desconocido
 1b. Hay alguna evidencia de una lesión intracraneal o fractura del cráneo? Si No Desconocido
 1c. Lugar del impacto: Frontal Temporal izq. Temporal derecho Parietal izq. Parietal derecho Occipital Cuello Fuerza indirecta
2. Causa: Accidente automovilístico Accidente Peatonal Caída Asalto Deportes (específica) _____ Otro _____
3. Amnesia Antes: Hay algo que no recuerde que ocurrió justo antes del accidente (incluso breve)? Si No Duración _____
4. Amnesia Después: Hay algo que no recuerde que ocurrió justo después del accidente (incluso breve)? Si No Duración _____
5. Pérdida de Conciencia: Perdió la conciencia? Si No Duración _____
6. Síntomas Tempranos: Parece aturdido Esta confundido acerca de los eventos Responde las preguntas lentamente
 Repite las preguntas Olvidadizo (información reciente)
7. Convulsiones: Se observaron convulsiones? Si No Detalles _____

B. LISTA DE SÍNTOMAS* Desde la lesión o accidente, ha experimentado cualquiera de estos síntomas más de lo usual hoy o en los días pasados? Indica la presencia de cada síntoma (0=No, 1=Si).

Físico (10)	0	1	Cognitivo (4)	0	1	Sueño (4)	0	1	N/A
Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensación de niebla mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adormilado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentirse lento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durmiendo menos de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durmiendo más de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para recordar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para conciliar el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cognitivo Total (0-4)	_____		Sueño Total (0-4)	_____		
Problemas Visuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emocional (4)			Esfuerzo: Empeoran estos síntomas con: Physical Activity <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Cognitive Activity <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Calificación General: Qué tan diferente está actuando en comparación de antes del accidente? Normal 0 1 2 3 4 5 6 Muy Diferente			
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sensibilidad al ruido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mas emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Entumecimiento/hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Físico Total (0-10)	_____		Emocional Total (0-4)	_____					
(Sume el total del Físico, Cognitivo, Emocional, Desorden del sueño)				Puntuación total de síntomas (0-22)		_____			

C. FACTORES DE RIESGO para una recuperación prolongada (Marque todo lo que corresponda)

Historial de Contusión? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Historial de Dolores de Cabeza? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Historial de Desarrollo	Historial Psiquiátrico
Previo # 1 2 3 4 5 6+	<input type="checkbox"/> Tratamiento previo para dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Dificultades de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Ansiedad
Duración del síntomas más largo Días _____ Semanas _____ Meses _____ Años _____	<input type="checkbox"/> Historial De Migrañas	<input type="checkbox"/> Déficit de atención/ Desorden de hiperactividad	<input type="checkbox"/> Depresión
Múltiples contusiones, menos fuerza causo esta lesión? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Familiar _____	<input type="checkbox"/> Otro trastorno del desarrollo _____	<input type="checkbox"/> Otro desorden psiquiátrico _____

Anote cualquier otro trastorno comórbido o medicación que esté usando (ej. convulsiones, hipotiroideo) _____

D. SENALES DE ALERTA para manejo de emergencia aguda: Consulte al departamento de emergencia con inicio repentino de cualquiera de los siguientes:

- Dolores de cabeza que empeoran
- Dolor de cuello
- Se ve muy somnoliento/ No puede despertar
- No puede reconocer gente o lugares
- Convulsiones
- Vomito constante
- Aumenta confusión o irritabilidad
- Cambio de comportamiento inusual
- Signos neurológicos focales
- Habla arrastrado
- Debilidad o entumecimiento de brazos/piernas
- Cambio en el estado de conciencia consciousness

E. Diagnosis (ICD): Concussion w/o LOC 850.0 Concussion w/ LOC 850.1 Concussion (Unspecified) 850.9
 Other (854) _____ No diagnosis

F. Follow-Up Action Plan: Complete ACE Care Plan and provide copy to patient/family.

- No Follow-Up Needed Physician/Clinician Office Monitoring: Date of next follow-up _____
- Referral: Neuropsychological Testing
 Physician: Neurosurgery Neurology Sports Medicine Physiatrist Psychiatrist Other
 Emergency Department

ACE Completado por: _____



10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052

P: (702) 614.6777

C: (702) 840.9154 | F: (702) 614.6778

www.drderekday.com | info@drderekday.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 esposo/: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Empleador de su esposo/a: _____ Numero de telefono#: _____

In Caso de Emergencia: _____ Phone#: _____

Relacion al paciente: _____

Informacion de Seguro Medico:

Nombre de compañía de Seguro Medico: _____

Numero de Grupo#: _____ Identificacion del Miembro#: _____

Tiene Seguro Medico adicional Si No 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? _____

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:

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

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: _____

LESIONES ANTERIORES:

Caídas: Sí No When: _____

Describir: _____

Lesiones en la cabeza / conmoción cerebral: Sí No When: _____

Describir: _____

Huesos rotos: Sí No When: _____

Describir: _____

Dislocaciones: Sí No When: _____

Describir: _____

Lesiones automovilísticas / lesiones laborales: Sí No When: _____

Describir: _____

Cirugías previas de cuello / espalda: Sí No When: _____

Describir: _____

Otras cirugías: Sí No When: _____

Describir: _____

¡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 resultarle 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.

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



10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052

P: (702) 614.6777

C: (702) 840.9154 | F: (702) 614.6778

www.drderekday.com | info@drderekday.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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Al paciente: Lea este documento en su totalidad antes de firmarlo. Es importante que comprenda la información que contiene. Haga preguntas antes de firmar si hay algo que no le quede claro.

La naturaleza del ajuste quiropráctico:

El tratamiento principal que utilizan los médicos quiroprácticos es la terapia manipulativa espinal. Utilizaré ese procedimiento para tratarlo. Puedo usar mis manos o un instrumento mecánico sobre su cuerpo de tal manera que mueva sus articulaciones. Eso puede causar un "pop" o "clic" audible, muy parecido al que ha experimentado cuando "cruje" sus nudillos. Puede sentir una sensación de movimiento.

Análisis/Examen/Tratamiento:

Como parte del análisis, examen y tratamiento, usted acepta los siguientes procedimientos:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Terapia manipulativa espinal | <input type="checkbox"/> Palpación | <input type="checkbox"/> Signos vitales |
| <input type="checkbox"/> pPrueba de rango de movimiento | <input type="checkbox"/> Prueba ortopédica | <input type="checkbox"/> Prueba neurológica básica |
| <input type="checkbox"/> Prueba de fuerza muscular | <input type="checkbox"/> Prueba de análisis postural | <input type="checkbox"/> Ultrasonido |
| <input type="checkbox"/> Terapia de frío/calor | <input type="checkbox"/> EMS | <input type="checkbox"/> Estudios radiográficos |
| <input type="checkbox"/> Otros: hielo mineral, tracción, masajes, ejercicios terapéuticos, instrucciones ergonómicas y de estilo de vida, suplementos nutricionales y recomendaciones dietéticas | | |

El paciente debe poner sus iniciales en cada procedimiento al que esté dando su consentimiento.

El riesgo inherente al ajuste quiropráctico:

Al igual que con cualquier procedimiento de atención médica, existen ciertas complicaciones que pueden surgir durante la manipulación y la terapia quiropráctica. Estas complicaciones incluyen, entre otras : fracturas, lesiones de disco, dislocaciones, distensiones musculares, mielopatía cervical, distensiones y separaciones costovertebrales y quemaduras. En algunos casos, la manipulación del cuello se ha asociado con lesiones en las arterias del cuello que conducen o contribuyen a complicaciones graves, incluido el accidente cerebrovascular. Algunos pacientes sentirán algo de rigidez y dolor después de los primeros días de tratamiento. El médico hará todos los esfuerzos razonables durante el examen para detectar las contraindicaciones para la atención; sin embargo, si tiene una afección que de otro modo no llegaría a la atención del médico, es su responsabilidad informarle.

La probabilidad de que ocurran esos riesgos:

Las fracturas son casos poco frecuentes y generalmente son consecuencia de alguna debilidad subyacente del hueso, que comprobamos durante la toma de su historia clínica y durante el examen y la radiografía. El accidente cerebrovascular y/o la disección arterial causados por la manipulación quiropráctica del cuello han sido objeto de constantes investigaciones y debates médicos. Las investigaciones más actuales sobre el tema no son concluyentes en cuanto a un incidente específico de esta complicación. Si existe una relación causal, es extremadamente rara y remota. Lamentablemente, no existe un procedimiento de detección reconocido para identificar a los pacientes con dolor de cuello que corren el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular arterial.

La capacidad y la naturaleza de otras opciones de tratamiento:

Otras opciones de tratamiento para su afección pueden incluir:

- Analgésicos de venta libre autoadministrados y reposo
- Atención médica y medicamentos recetados como antiinflamatorios, relajantes musculares y analgésicos
- Hospitalización
- Cirugía

Si decide utilizar una de las opciones de “otros tratamientos” mencionadas anteriormente , debe tener en cuenta que existen riesgos y beneficios de dichas opciones y es posible que desee analizarlos con su médico de cabecera.

Los riesgos y peligros que conlleva no recibir tratamiento:

Si no se trata, pueden formarse adherencias y reducirse la movilidad, lo que puede desencadenar una reacción dolorosa que reduzca aún más la movilidad. Con el tiempo, este proceso puede complicar el tratamiento, haciéndolo más difícil y menos eficaz cuanto más se posponga.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR (MENOR DE EDAD)

Por la presente solicito y autorizo a Anthem Chiropractic a realizar pruebas de diagnóstico y brindar ajustes quiroprácticos y otros tratamientos a mi hijo/hija menor de edad: _____. Esta autorización se extiende a todos los demás médicos y miembros del personal del consultorio y tiene como objetivo incluir un examen radiográfico a discreción del médico.

A partir de esta fecha, tengo el derecho legal de seleccionar y autorizar servicios de atención médica para el menor mencionado anteriormente. (Si corresponde) Según los términos y condiciones de mi divorcio, separación u otra autorización legal, no se requiere el consentimiento de mi cónyuge/ex cónyuge u otro padre. Si mi autoridad para seleccionar y autorizar esta atención se revoca o modifica de alguna manera, notificaré de inmediato a esta oficina.

NO FIRME HASTA QUE HAYA LEÍDO Y ENTENDIDO LO ANTERIOR. MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE Y FIRME A CONTINUACIÓN

He leído o me han leído la explicación anterior sobre el ajuste quiropráctico y el tratamiento relacionado. Lo he comentado con Anthem Chiropractic y he obtenido respuestas a mis preguntas de forma satisfactoria. Al firmar a continuación , declaro que he sopesado los riesgos que implica someterse al tratamiento y he decidido que lo mejor para mí es someterme al tratamiento recomendado. Tras haber sido informado de los riesgos, doy mi consentimiento para dicho tratamiento.

Fecha _____

Fecha _____

Nombre del paciente _____

Nombre del médico _____

Firma del paciente /padre o tutor

Firma del médico



10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052

P: (702) 614.6777

C: (702) 840.9154 | F: (702) 614.6778

www.drderekday.com | info@drderekday.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

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 oa 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 lesion: _____ **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

P: (702) 614.6777

C: (702) 840.9154 | F: (702) 614.6778

www.drderekday.com | info@drderekday.com

AUTORIZACIÓN PARA LA PÁGINA DE DECLARACIONES DE LA PÓLIZA

PARA: _____

Información del Pacient:

Nombre: _____ Número de Teléfon Number: _____

Dirección: _____

Número de Póliz: _____

Nombre del Agent: _____ Teléfono del Agent: _____

Información a ser divulgada a: ANTHEM CHIROPRACTIC

Información a ser divulgada: Declaración de la póliza de seguro, incluyendo: límites de lesiones corporales, límites de infraseguro, límites de no asegurado, deducible de cobertura amplia y colisión, límites de cobertura de alquiler de vehículos, límites de pagos médicos y prima de la póliza.

Autorización y Derechos del Paciente: Por la presente, autorizo a divulgar la información solicitada a ANTHEM CHIROPRACTIC. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y debo hacerlo por escrito. Entiendo que la revocación no se aplica a la información ya divulgada en respuesta a esta autorización. Esta autorización expira al finalizar mi tratamiento.

Esta autorización permite que ANTHEM CHIROPRACTIC tenga comunicación directa con _____, junto con sus agentes y representantes de servicio al cliente. Por favor, envíe por fax o correo electrónico mi página de declaraciones a su oficina a **info@drderekday.com** o **(702) 614-6778**, dentro de una hora.

Firma del Asegurado o Representante Leg

Fecha

Si firma el Representante Legal, Relación con el Asegura: _____

Firma del Testigo

Se entiende que una fotocopia de esta Autorización tendrá la misma validez y efecto que el original. Esta autorización permanecerá vigente durante un período de 2 años a partir de la fecha de la firma.



10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052

P: (702) 614.6777

C: (702) 840.9154 | F: (702) 614.6778

www.drderekday.com | info@drderekday.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

P: (702) 614.6777

C: (702) 840.9154 | F: (702) 614.6778

www.drderekday.com | info@drderekday.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.

Firma del Paciente / Tutor

Fecha

Nombre del Paciente

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

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.
3. Su seguro debe pagar dentro de los 30 días. Si su seguro no ha pagado dentro de los 60 días, usted deberá pagar el saldo adeudado y ser reembolsado por su compañía de seguros, cuando y si paga. Se aplicará un cargo por intereses del 7% anual sobre todos los saldos impagos de más de 60 días.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Nuestra oficina NO entablará una disputa con su compañía de seguros sobre su reclamo. Ésta es su responsabilidad y obligación.
10. Todos los arreglos especiales relacionados con las finanzas deben estar firmados por el médico y el paciente y / u otro representante.
11. 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.
12. Cheques devueltos: se le cobrará \$ 25.00 por un cheque devuelto.
13. 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.



10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052

P: (702) 614.6777

C: (702) 840.9154 | F: (702) 614.6778

www.drderekday.com | info@drderekday.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:

Nombre del proveedor

Teléfono

Nombre del proveedor

Teléfono

Nombre del proveedor

Teléfono

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

P: (702) 614.6777

C: (702) 840.9154 | F: (702) 614.6778

www.drderekday.com | info@drderekday.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.

Nombre del proveedor de atención médica / médico / centro

Teléfono

Envíe los registros a:

**Complete Injury Management
3217 E. Warm Springs Road
Las Vegas, NV 89120
Teléfono: (702) 227-4878
Fax: (702) 272-2013**

Firma del Paciente o Representante Legal

Relación con el paciente

Fecha

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ **(Ultimos cuatro numeros) de SS:** _____ **Numero de Lic.:** _____

Compañía de seguros: _____

Numero de Reclamación: _____

ASIGNACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Yo, el paciente abajo firmante (o tutor legal de un menor de edad), (también denominado en lo sucesivo como "paciente") de Anthem Chiropractic ("centro médico"), para siempre e irrevocablemente asignar cualquier y todas las ganancias que paciente recibe de la Compañía de seguros por dicho encima, que se pagará directamente al abogado del centro médico, CRAIG K. PERRY & ASSOCIATES, para servicios prestados al paciente en relación con la Fecha del incidente indicado a continuación. Yo autorizo y doy dirección a la Compañía de seguros de retener de cualquier acuerdo, fallo o veredicto de la cantidad total de los servicios médicos no remunerados prestados a los pacientes según centro médico. Yo entiendo y acepto que dicho bufete de abogados está autorizado a ponerse en contacto conmigo en nombre de la institución de tratamiento médico para obtener información sobre los hechos y el estado de El caso de paciente (por ejemplo, la finalización de la atención, el estado de liquidación, información de la compañía de seguros, etc.).

Yo autorizo y doy permiso al centro médico para compartir con Compañía de seguros con todos los informes, hallazgos, interpretaciones, las impresiones, los tratamientos, diagnósticos, estudios de diagnóstico o centro médico que puede realizar el paciente en relación con cualquier lesión en la que el paciente se involucró en o alrededor de la fecha del incidente.

Yo entiendo perfectamente que soy directa y plenamente responsable al servicio médico para todos los gastos médicos asociados con los servicios prestados a mí, si hay o no hay ninguna recuperación financiera de la compañía aseguradora o otra fuente. También entiendo y acepto que esta asignación de los peajes de ningún tipo de limitaciones que comienza el momento de tomar medidas para cobrar las cantidades que le debo al centro médico por los servicios rendidos, y que mis obligaciones de pago de estas facturas no están supeditadas a la obtención de una recuperación del producto en el caso del paciente

Si el paciente no tiene un abogado y más tarde decide retener uno, entonces estoy de acuerdo con lo antes posible (1) notificar al centro médico con información de contacto relativa de el abogado y (2) notificar al abogado referente a la existencia de esta Asignación de Procedimiento. En el caso que se pague al paciente en concepto de acuerdo, fallo veredicto, estoy de acuerdo de no aceptar ningún dinero de cualquiera del abogado o de la compañía de seguros o el abogado del paciente de cualquiera de las ganancias que he asignado y que está previsto para este centro médico. Fondo para el médico será pagado en su totalidad fuera de los primeros ingresos recibidos pagado por la compañía de seguros o el fiscal.

Fecha de Incidente: _____ **Imprimir Nombre del paciente:** _____

Fecha: _____ **Firma del paciente o tutor legal del paciente menor de edad:** _____

Anthem Chiropractic reconoce que el bufete de abogados de CRAIG K. Perry & Associates es el abogado de Anthem Chiropractic y otorga a la firma de abogados poder limitado para hacer cumplir este Procedimiento de Asignación, y para recibir, endosar y depositar en su cuenta de fideicomiso los fondos recibidos.

Fecha

Representante autorizado de Anthem Chiropractic

DERECHO DE RETENCIÓN MÉDICA

Yo, el paciente firmante (o tutor legal de un menor de edad), otorgo a Anthem Chiropractic (en lo sucesivo "centro médico") un derecho de retención sobre la recuperación de cualquier y todos los ingresos de cualquier fuente obtenidos a través de la liquidación, el juicio, para cualquier servicios médico prestados a mí o al menor de edad, para el tratamiento de las lesiones sufridas o la exacerbación de alguna condición médica (en lo sucesivo "tratamiento") que yo o el menor he indicado, creer o de hecho si surgen de un incidente que se produjo el o sobre la fecha se indica a continuación (en adelante "incidente"). Además, autorizo a la institución médica para proporcionar mi abogado con un informe completo de los exámenes, diagnósticos, tratamientos, pronósticos, así como la facturación para el tratamiento de este incidente. Por la presente notificación y en que, autorizo a mi abogado, a pagar directamente al centro médico la cantidad no pagada por los servicios prestados.

Entiendo que aparte de este derecho de retención, soy directa y plenamente responsable a la instalación médica para todas las cuentas médicas presentadas por ella por los servicios prestados. Incluso para las factures incurridos para el menor (Como se indica a continuación) que puede llegar a la mayoría de edad, por lo que puedo ser requerido para realizar un pago único o pagos periódicos, en la elección de la instalación médica. Este derecho de retención está hecho exclusivamente para la protección adicional de dicho centro médico, y en consideración de su pago en espera. Salvo que se disponga lo contrario a continuación, mi intención es que este derecho de retención, continúe hasta que todos los cargos han sido satisfechos. Estoy de acuerdo en que el estatuto de limitaciones de mi obligación de pago se suspende y no empieza a correr mientras que el centro médico está a la espera de pago a través de este derecho de retención. Además, entiendo que el pago de servicios no está supeditada a ningún acuerdo, sentencia o veredicto que el menor de edad o que pueden llegar a recuperarse.

Salvo que a continuación, estoy de acuerdo que nunca rescindir este derecho de retención, y yo no concedo cualquier abogado que pueda representar al menor o a mí el derecho de rescindirlo. Sin embargo, si mi primer abogado no firma puntualmente, reconocer y devolver este derecho de retención a la instalación médica dentro de los 10 (diez) días siguientes a la recepción de este derecho de retención, o si el primer abogado por cualquier motivo (por ejemplo, se retira, renuncia, es liberado por mí, o sustituido por otro abogado) ya no yo o el menor de edad por lesiones derivadas de este siniestro representa, a continuación, la cesión irrevocable de ganancias que he firmado con este centro médico fuera superior a este derecho de retención y produce efectos inmediatos. Por otra parte, si un abogado modifica este derecho de retención de ninguna manera, entonces el Procedimiento de Asignación fuera superior a este derecho de retención y produce efectos inmediatos cuando se produzca la modificación. Estoy de acuerdo en notificar prontamente al centro médico de cualquier cambio de mi dirección o cambio o adición de abogado(s).

Para mi abogado: Por favor, reconocer este derecho de retención médica firmando abajo y devolverlo a la oficina del centro médico.

Fecha de Incidente: _____ **Imprima Nombre:** _____

Fecha: _____ **Firma del paciente o tutor legal de un menor:** _____

Yo, el abogado firmante, el estado que yo soy el abogado de registro para este paciente; Reconozco que estoy en la recepción de este derecho de retención; y yo de acuerdo en observar sus términos mediante la retención de las sumas de cualquier arreglo, juicio o sentencia que se le deben a la instalación médica, para su compensación o beneficio. También estoy de acuerdo con prontitud (1) notificar a la instalación médica si interrumpo representación de este paciente/cliente, y (2) proporcionar cualquier abogado posterior del paciente por este incidente una copia de este derecho de retención, junto con todas las instalaciones médicas de registros y facturas en mi o posesión de mi bufete de abogados. En el evento se litigó este derecho de retención, la parte ganadora se adjudicará honorarios de abogados y costos.

Nombre de Abogado: _____ **Firma de Abogado:** _____

Número de Teléfono: _____ **Dirección:** _____

Por favor, de firmar, fecha y devolver una copia a la oficina del centro médico dentro de 10 días siguientes a la recepción. También hay que tener una para sus registros.