

## **BIENVENIDO(A) A FALLS CHIROPRACTIC AND INJURY**

**INFORMACION DEL PACIENTE** (La siguiente información se requiere por propósitos de seguro de salud)

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ S.I. \_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ APODO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ # DE SUITE/APT: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

# DE TELEFONO: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ # DEL TRABAJO: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ EXT: \_\_\_\_

GENERO: MASCULINO FEMENINO

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) CASADO(A) OTRO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

# DE LICENCIA DE CONDUCIR: \_\_\_\_\_ ESTADO DE EXPEDICION: \_\_\_\_\_

Ocupacion: (por favor circule una) EMPLEADO ESTUDIANTE OTRO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGURO** (Informacion obligatoria si usted, el paciente, **NO** es el (la) dueño(a) del seguro)

RELACION CON EL DUEÑO DEL SEGURO: ESPOSO(A) HIJO(A) OTRO: \_\_\_\_\_

PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ S.I. \_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_

# DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

GENERO: MASCULINO FEMENINO

**REFERIDO POR:** \_\_\_\_\_

Para continuar su cuidado de una manera adecuada, nos gustaría mandarle un resumen de su visita inicial a su médico de atención primaria. Si usted nos autoriza a hacer esto, por favor escriba sus iniciales aquí \_\_\_\_\_ y llene la siguiente informacion:

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Iniciales) Al leer esto, reconozco que se me ha informado de que una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de HIPAA está disponible para mí para revisar o recibir una copia si la solicito. Entiendo que esta oficina sigue todos los requisitos de cumplimiento de HIPPA.

## Paciente Cuestionario de Salud

**Nobre Del Paciente:** \_\_\_\_\_

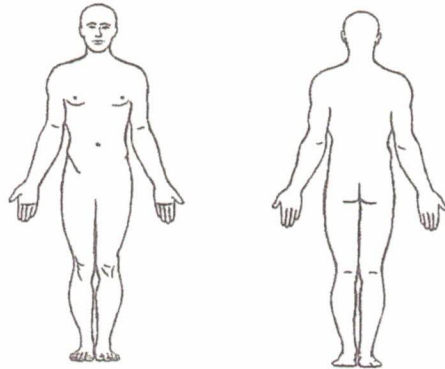
HISTORIA DE ENFERMEDAD ACTUAL (99203: min de 4,99213:1-3)

1. Describe sus síntomas ACTUALES \_\_\_\_\_
2. ¿Cuándo comenzó sus síntomas? \_\_\_\_\_
3. ¿Cómo comenzó sus síntomas? (Ejemplo: despertó con él, me agaché, gradualmente etc...) \_\_\_\_\_

• EN LA IMAGEN DE ABAJO, por favor indique donde usted tiene dolor o otros síntomas:

4. ¿Con que frecuencia usted experimenta sus síntomas?  
\_\_\_\_ Constante (76-100% del día)  
\_\_\_\_ Frecuente (51-75% del día)  
\_\_\_\_ A veces (26-50% del día)  
\_\_\_\_ Intermitentemente (0-25% del día)

5. Que describe la naturaleza de sus síntomas:  
\_\_\_\_ Agudo    \_\_\_\_ Punzadas    \_\_\_\_ Dolor sordo  
\_\_\_\_ Ardiente    \_\_\_\_ entumecimiento    \_\_\_\_ Hormigueo



SIN DOLOR

INAGUANTABLE

6. Indique la intensidad de sus síntomas: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Cuánto ha interferido el dolor con sus actividades normales de la vida diaria, tanto para el hogar y el trabajo:  
\_\_\_\_ Nunca    \_\_\_\_ Un Poco    \_\_\_\_ Moderadamente    \_\_\_\_ Bastante    \_\_\_\_ Extremadamente

• 8. Que hace que su síntomas EMPEOREN: \_\_\_\_\_

• 9. Que hace que su síntomas MEJOREN? \_\_\_\_\_

10.Cuál es su ocupación? (ayuda a determinar la mecánicas relacionadas con el tema) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Tiempo completo    \_\_\_\_ Tiempo parcial    \_\_\_\_ Auto empleado    \_\_\_\_ Desempleado    \_\_\_\_ otro

11. Ha tenido síntomas similares en el pasado? \_\_\_\_ SI    \_\_\_\_ NO

12. Ha recibido tratamiento por estos síntomas? De quien? \_\_\_\_ Esta clínica (Cuándo?) \_\_\_\_  
\_\_\_\_ Medico    \_\_\_\_ Fisioterapeuta    \_\_\_\_ Otro Quiropractico    \_\_\_\_ Otro (\_\_\_\_\_)

13. Has visto a alguien más para este episodio de síntomas? \_\_\_\_ Medico    \_\_\_\_ Otro Quiropractico    \_\_\_\_ otro

Qué tratamiento recibió usted y cuando: \_\_\_\_\_

Qué pruebas ha tenido para sus síntomas y cuándo fueron realizados? \_\_\_\_ Radiografías, Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ CT SCAN, fecha \_\_\_\_\_    \_\_\_\_ MRI, fecha \_\_\_\_\_    \_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_

**Firma Del Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Descripcion del Accidente Automovilistico

Conteste las siguientes preguntas. Si no sabe la respuesta, no conteste esa pregunta.

Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_

### 1. Clase de vehiculo

Carro Station Wagon  
Van Pickup truck  
Camion grande Bus  
Otro \_\_\_\_\_

### 2. Su posicion en el vehiculo

Chofer Pasajero adelante  
Pasajero atras (lado izquierdo)  
Pasajero atras (lado derecho)  
Otro \_\_\_\_\_

### 3. Que estaba haciendo su carro en el momento del accidente?

Parado en interseccion Parado en trafico Parado en la luz  
Volteando a la derecha Girando a la izquierda Parqueado  
En movimiento Disminuyendo velocidad Acelerando  
Otro \_\_\_\_\_

### 4. Hora / Velocidad / Daño

Hora del accidente \_\_\_\_\_

Velocidad de su

Vehiculo: \_\_\_\_\_ mph

Velocidad del otro

Vehiculo: \_\_\_\_\_ mph

### Daño de su vehiculo

Minimo Moderado

Total \_\_\_\_\_

### 5. Detalles del Accidente

Visibilidad en el sitio:

Pobre Aceptable Buena

### Quien golpeo a Quien / Que?

Usted golpeo al otro vehiculo

El otro vehiculo lo golpeo

Usted golpeo...(objeto)

\_\_\_\_\_

### 6. Condiciones de la carretera

Condiciones de la via al momento del accidente:

Congelada Mojada Arenosa Oscura Limpia y seca

### Sitio de impacto

De frente Adelante a la izquierda Adelante a la derecha

Atras (bumper) Atras a la izquierda Atras a la derecha

### 7. Posicion de su cuerpo, etc.

Se dio cuenta del accidente?

Si No

Se preparo para el impacto?

Si No

Tenia puesto el cinturon?

Si No

Tenia puesto el cinturon del hombro? Si No

Su vehiculo tiene recostador de cabeza? Si No

Cual era la posicion de su cabecera al momento del impacto?

Nivel alto de cabeza Nivel bajo de cabeza Mitad del cuello

En que posicion estaba su cabeza al momento del impacto?

Mirando al frente

Volteada a la derecha

Volteada a la izquierda

### 8. Informacion adicional del accidente

En el caso de un accidente automovilistico, escriba cualquier informacion adicional que cree importante y que no fue cubierta arriba

### 9. Durante el accidente:

Su cuerpo golpeo el interior de su vehiculo? Si No

Si repuesta fue SI, describa: \_\_\_\_\_

Perdio el conocimiento en el accidente Si No

Si respuesta fue SI, por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Daño estimado del vehiculo en dolares? \_\_\_\_\_

Daño de su vehiculo: Minimo Moderado Total

Se presento la policia en el lugar? Si No

La policia hizo un reporte del accidente? Si No

### 10. Despues del accidente:

Marque los sintomas que experimento despues del accidente

Dolor cabeza Mareo Dolor de espalda Manos frias

Dolor cuello Nausea Dolor de cintura Pies frios

Rigidez cuello Confusion Nerviosismo Diarrea

Desmayo Fatiga Perdida del sabor Depresion

Ruido oidos Tension Dedos adormecidos Ansiedad

Perdida de olor Irritabilidad Estreñimiento Dolor de pecho

Dolor de ojos Dificultad al respirar Dificultad al dormir

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

### 11. Hospital / cuarto de emergencia?

A donde fue despues del accidente?

Casa Trabajo Emergencias Medico particular

Como llego alli?

Usted mismo manejo Otra persona Ambulancia Policia

Tomaron X-Rays? Si No Examen de sangre? Si No

Areas del cuerpo radiografiadas \_\_\_\_\_

Que examen de sangre? \_\_\_\_\_

Las Radiografias mostraron: \_\_\_\_\_

Tratamientos: Collar cervical Hielo Otro: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Que intrucciones le dieron? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 12. Tratamiento:

Escriba que doctores lo vieron antes de venir a esta oficina?

1. Dr. \_\_\_\_\_ Fecha 1ra visita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ Radiografias? Si No

Tratamiento recibido: \_\_\_\_\_

Cuantos tratamientos recibio? \_\_\_\_\_ Esta en tratamiento Si No

El tratamiento le ayudo? Si No

Fecha de la ultima visita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Dr. \_\_\_\_\_ Fecha 1ra visita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tratamiento recibido: \_\_\_\_\_

Cuantos tratamientos recibio? \_\_\_\_\_ Esta en tratamiento Si No

El tratamiento le ayudo? Si No

Fecha de la ultima visita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

Nobre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Revisión de los Sistemas:** *Marque la casilla que corresponda a cada condición. Marque NO si ninguno.*

(99203: 2 pertinent, 99213: 1 pertinent)

| Cardiovascular              | Antes | Ahora | No | Respiratorio        | Ant | Ahora | No | Alérgico/Inmunológica         | Ant | Ahora | No |
|-----------------------------|-------|-------|----|---------------------|-----|-------|----|-------------------------------|-----|-------|----|
| Mala circulación            |       |       |    | Asma                |     |       |    | Ronchas                       |     |       |    |
| Hipertension                |       |       |    | Tuberculosis        |     |       |    | Enfermedad imune              |     |       |    |
| Aneurisma aortico           |       |       |    | Corta respiración   |     |       |    | VIH/SIDA                      |     |       |    |
| Enfer. del corazón          |       |       |    | Enfisema            |     |       |    | Vacunas contra alergia        |     |       |    |
| Ataque al corazón           |       |       |    | Gripe               |     |       |    | Uso de cortisona              |     |       |    |
| Dolor de pecho              |       |       |    | Tos                 |     |       |    |                               |     |       |    |
| Colesterol alto             |       |       |    | Silbar del pecho    |     |       |    |                               |     |       |    |
| Marcapasos                  |       |       |    |                     |     |       |    | <b>Oído, nariz y garganta</b> |     |       | No |
| Dolor de mandibula          |       |       |    | <b>Ojos</b>         |     |       | No |                               | Ant | Ahora |    |
| Latidos irregulares         |       |       |    |                     | Ant | Ahora |    | Dificultad para tragar        |     |       |    |
| Piernas hinchadas           |       |       |    | Glaucoma            |     |       |    | Mareo                         |     |       |    |
|                             |       |       |    | Visión doble        |     |       |    | Pérdida de la audición        |     |       |    |
| <b>Genitourinario</b>       |       |       | No | Visión borrosa      |     |       |    | Dolor de garganta             |     |       |    |
|                             | Antes | Ahora |    |                     |     |       |    | Hemorragias nasales           |     |       |    |
| Enfer. del riñón            |       |       |    | <b>Psiquiátrico</b> |     |       | No | Sangrado de las encías        |     |       |    |
| Ardor al orinar             |       |       |    |                     | Ant | Ahora |    | Infecciones sinusales         |     |       |    |
| Urinación Frecuente         |       |       |    | Depresión           |     |       |    |                               |     |       |    |
| Sangre en la orina          |       |       |    | Ansiedad            |     |       |    | <b>Gastrointestinal</b>       |     |       | No |
| Cálculos renales            |       |       |    | Estrés              |     |       |    |                               | Ant | Ahora |    |
| Dolor lateral inferior      |       |       |    |                     |     |       |    | Problemas de vesícula         |     |       |    |
|                             |       |       |    | <b>Endocrino</b>    |     |       | No | Problemas intestinales        |     |       |    |
| <b>Neurológica</b>          |       |       | No |                     | Ant | Ahora |    | Estreñimiento                 |     |       |    |
|                             | Antes | Ahora |    | Tiroides            |     |       |    | Problemas del hígado          |     |       |    |
| Accidente cerebrovascular   |       |       |    | Perdida de cabello  |     |       |    | úlceras                       |     |       |    |
| Convulciones                |       |       |    | Diabetes            |     |       |    | Diarrea                       |     |       |    |
| Lesion en la cabeza         |       |       |    | Menopáusia          |     |       |    | Náuseas / Vómitos             |     |       |    |
| Aneurisma                   |       |       |    | Menstrual           |     |       |    | Feces con sangre              |     |       |    |
| Entumecimiento              |       |       |    |                     |     |       |    | Poco apetito                  |     |       |    |
| Dolor de Cabeza             |       |       |    | <b>Hematológica</b> |     |       | No |                               |     |       |    |
| Nervios pinzados            |       |       |    |                     | Ant | Ahora |    | <b>Musculoskeletal</b>        |     |       | No |
| Parkinsonismo               |       |       |    | Hepatitis           |     |       |    |                               | Ant | Ahora |    |
| Síndrome del túnel carpiano |       |       |    | Coágulos de sangre  |     |       |    | Gota                          |     |       |    |
| Vértigo                     |       |       |    | Cáncer              |     |       |    | Artritis                      |     |       |    |
|                             |       |       |    | Moretones           |     |       |    | Rigidez de coyunturas         |     |       |    |
| <b>Constitucional</b>       |       |       | No | Sangradura          |     |       |    | Músculos débiles              |     |       |    |
|                             | Antes | Ahora |    | Fiebre              |     |       |    | Osteoporosis                  |     |       |    |
| Perdida/gano de peso        |       |       |    | Sudación            |     |       |    | Huesos rotos                  |     |       |    |
| Energia baja                |       |       |    |                     |     |       |    |                               |     |       |    |
| Dificultad para dormir      |       |       |    |                     |     |       |    | Reemplazos de coyunturas      |     |       |    |

**Historia Médica:**

PSFH (99203: 1 pertinent)

Lista de todos los **medicamentos** prescritos actuales, medicamentos de venta libre y suplementos:

---



---



---

**Estatura:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_

**Alergias:** Ninguno conocido \_\_\_\_\_ Latex \_\_\_\_\_ Medicamentos (nombre) \_\_\_\_\_

Otras Alergias: \_\_\_\_\_

Enumerar todas las cirugías y hospitalizaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumerar todas las enfermedades graves: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lista de todos los traumatismos o accidentes significativos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*Por favor incluya fechas aproximadas**

### **Historial médico familiar para la herencia y riesgo:**

Indique si un familiar directo (padres, abuelos, hermanos) tiene actualmente o ha tenido cualquiera de las siguientes condiciones:

\_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Escoliosis \_\_\_\_\_ Lupus \_\_\_\_\_ Cáncer \_\_\_\_\_

### **Historia social:**

Uso de Alcohol \_\_\_\_\_ frecuentemente \_\_\_\_\_ de vez en cuando \_\_\_\_\_ socialmente \_\_\_\_\_ nunca

Tobaco \_\_\_\_\_ frecuentemente \_\_\_\_\_ de vez en cuando \_\_\_\_\_ socialmente \_\_\_\_\_ nunca

Ejercicio \_\_\_\_\_ frecuentemente \_\_\_\_\_ de vez en cuando \_\_\_\_\_ esporádicamente

Tipo de Ejercicio \_\_\_\_\_ caminar frecuencia/distancia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ correr frecuencia/distancia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nadar frecuencia/distancia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ levantar pesas tipo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ clases tipo y frecuencia \_\_\_\_\_

**Otras preocupaciones o cuestiones que le gustaría consultar:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA DE PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**ESCRIBA EL NOMBRE:** \_\_\_\_\_

( Blood Pressure \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Pulse \_\_\_\_\_ Temp \_\_\_\_\_ )

# **FALLS CHIROPRACTIC AND INJURY**

Por favor enumere las actividades diarias que **han sido afectadas por el accidente:**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

Por favor califique su dolor hoy usando la siguiente escala:

Are you in pain? (¿Tiene Dolor?)



**0**

very happy,  
no pain  
(Muy feliz  
Sin dolor)



**1 - 2**

hurts just  
a little bit  
(Duele un  
poquito)



**3 - 4**

hurts a  
little more  
(Duele un  
poco más)



**5 - 6**

hurts even  
more  
(Duele  
aún más)



**7 - 8**

hurts a  
whole lot  
(Duele  
mucho)



**9 - 10**

hurts as much  
as possible  
(Duele tanto como  
pueda imaginar)

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

Firma del doctor: \_\_\_\_\_

## **INFORMACION DEL SEGURO PARA ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO**

### **SEGURO DE LA OTRA PERSONA:**

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Número de reclamo: \_\_\_\_\_

Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_ Número de tel: \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_

### **INFORMACION DE SU SEGURO:**

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de reclamo: \_\_\_\_\_ Número de la póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_ Número de tel: \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_

### **¿USTED TIENE ABOGADO PARA ESTE CASO?** ( ) Si ( ) No

Si tiene, cuál es su nombre: \_\_\_\_\_ # de Tel: \_\_\_\_\_ # de Fax: \_\_\_\_\_

### **SEGURO DE SALUD**

¿Usted tiene seguro de salud? ( ) Si (Por favor provea una copia de la tarjeta) ( ) No

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado (Si diferente al paciente) \_\_\_\_\_

Member ID: \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_

**Nota: REQUERIMOS QUE LOS COPAGOS SE PAGUEN EL MISMO DIA DEL SERVICIO.** DE ACUERDO A REQUISITOS ESPECIALES DE ALGUNOS SEGUROS, ES POSIBLE QUE NO PODAMOS HACER RECLAMOS RETROACTIVOS. ALGUNOS RECLAMOS TIENEN QUE HACERSE A TRAVEZ DE OTRA COMPAÑIA COMO OPTUM HEALTH Y HEALTH NETWORK SOLUTIONS.

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Al paciente: Lea este documento por completo antes de firmarlo. Es importante que comprenda la información que contiene este documento. Si algo no queda claro, pregunte antes de firmar.

### La naturaleza del ajuste quiropráctico

El primer tratamiento que yo uso como médico quiropráctico es una terapia de manipulación de la columna. Utilizaré ese procedimiento para tratarlo. Es posible que utilice las manos o un instrumento mecánico en su cuerpo de tal forma que mueva sus articulaciones. Esto puede ocasionar un "pop" o "clic" audible parecido al que usted ha experimentado cuando hace crujir los nudillos. Puede que experimente una sensación de movimiento.

### Análisis, examen y tratamiento

Como parte del análisis, el examen y el tratamiento, usted da su consentimiento para los siguientes procedimientos.

- |                             |                                  |                                         |                     |
|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|---------------------|
| - signos vitales            | - estudios radiográficos         | - examen de amplitud de movimiento      | - examen ortopédico |
| - examen de fuerza muscular | - examen neurológico básico      | - terapia de manipulación de la columna | - palpación         |
| - análisis postural         | - terapia de uso de calor y frío | - estimulación eléctrica                | - tracción mecánica |
| - liberación miofacial      |                                  |                                         |                     |

### Los riesgos materiales inherentes en el ajuste quiropráctico.

Como ocurre en cualquier procedimiento de atención de salud, existen ciertas complicaciones que pueden aparecer durante la manipulación quiropráctica y la terapia. Entre estas complicaciones se encuentran, entre otras: Fracturas, lesiones al disco, dislocaciones, tensión muscular, mielopatía cervical, tensión y separación costovertebral y quemaduras. Algunos tipos de manipulación del cuello se asocian a lesiones en las arterias en el cuello que llevan o contribuyen a generar graves complicaciones, como por ejemplo un ataque cerebrovascular. Algunos pacientes sentirán rigidez y dolor después de los primeros días del tratamiento. Haré todos los esfuerzos razonables durante el examen para evaluar las contraindicaciones de la atención; sin embargo, si tiene una afección de la que no se me haya informado, es su responsabilidad informarme.

### La probabilidad de que se ocurran estos riesgos.

Las fracturas se presentan en casos aislados y generalmente son el producto de una debilidad subyacente del hueso, la cual verifico cuando pregunto por sus antecedentes y durante el examen y las radiografías. El ataque cerebrovascular ha sido sujeto de tremendos desacuerdos. Las incidencias de ataques cerebrovasculares son extremadamente poco probables y se estima que ocurran entre uno en un millón y uno en cinco millones cuando se trata de ajustes cervicales. Por lo general, las otras complicaciones también se describen como raras.

### La disponibilidad y la naturaleza de las otras opciones de tratamiento

Entre las otras opciones de tratamiento para su condición se encuentran:

- Autoadministración de analgésicos de venta sin receta médica
- La atención médica y los medicamentos de venta con receta médica como por ejemplo, antiinflamatorios, relajantes musculares y analgésicos.
- Hospitalización
- Cirugía

Si elige utilizar uno de las opciones que se indican como "otros tratamientos" mencionadas anteriormente, debe estar consciente de que existen riesgos y beneficios de tales opciones y es posible que quiera analizar estas opciones con su médico de atención primaria.

### Los riesgos y peligros que conlleva no recibir tratamiento

No recibir tratamiento puede permitir la formación de adherencias y reducir la movilidad la cual puede establecer una reacción al dolor además de la reducción de la movilidad. Con el tiempo este proceso puede complicar el tratamiento haciendo que sea más difícil y menos efectivo mientras más tiempo se pospone.

**NO FIRME HASTA QUE HAYA LEÍDO Y COMPRENDA LO ANTERIOR. MARQUE LA CASILLA APROPIADA Y FIRME DEBAJO**

Leí [ ] o me leyeron [ ] la explicación anterior sobre el ajuste quiropráctico y el tratamiento relacionado. Me respondieron mis preguntas satisfactoriamente. Mediante la firma a continuación declaro que consideré los riesgos implicados al someterme al tratamiento y he decidido que es lo mejor para mí someterme al tratamiento recomendado. Habiendo sido informado sobre los riesgos, por el presente doy mi consentimiento para el tratamiento.

|                                                   |                                                                     |                                                                        |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| _____<br><b>Nombre del Paciente</b>               | _____<br><b>Richard A. Laviano D.C.</b><br><b>Nombre del Doctor</b> | _____<br><b>Natalia Lopez Vazquez D.C.</b><br><b>Nombre del Doctor</b> |
| _____<br><b>Firma del Paciente/Guardian Legal</b> | _____<br><b>Firma del Doctor</b>                                    | _____<br><b>Firma del Doctor</b>                                       |
| _____<br><b>Fecha</b>                             | _____<br><b>Fecha</b>                                               | _____<br><b>Fecha</b>                                                  |

## Poliza de Lesiones de Auto/Personales de Falls Chiropractic and Injury

Richard A Laviano D. C

Natalia Lopez Vazquez D.C.

Falls Chiropractic and Injury le acepta como un paciente de accidente de automovil/lesiones personales basado en nuestro examen clínico y en nuestra creencia de que el cuidado quiropráctico será un tratamiento eficaz para sus lesiones.

Su responsabilidad con esta oficina será la de seguir las recomendaciones del doctor para su cuidado y proporcionar la información financiera oportuna para que el pago de los servicios se pueda facturar en su nombre y el pago sea recibido en tiempo y forma.

El saldo de la cuenta es siempre responsabilidad del paciente. Falls Chiropractic and Injury hace extender el crédito durante el tratamiento y hasta 90 días después de haber sido liberado de la atención a la lesión. Usted todavía puede optar por continuar atención quiropractica con nosotros si lo desea. Después de 90 días, si la cuenta no se paga a través de las partes de facturación que usted ha proporcionado, usted será responsable de pagar la cuenta en su totalidad o hacer arreglos de pago mensuales aceptables. Después de 30 días de la liberación de la atención si no se paga en su totalidad su cuenta será evaluada un cargo financiero mensual de 1,5%. Si el seguro o el abogado no paga, este cargo será su responsabilidad. **Nosotros NO vamos a reducir o negociar las tarifas de nuestros cargos en ningun momento.** Nuestros cargos son razonables y habituales.

Podemos facturar al seguro de parte responsable, su Medpay con su póliza de automóvil y / o seguro de salud. Se le dará una hoja para proporcionar esta información. Cualquier sobrepago será reembolsado a usted, a menos de que usted nos notifique para devolver los fondos al partido que hizo el pago. Usted es responsable de determinar si es necesario reembolsar el pago o podremos conservarlo.

Tras la finalización de su tratamiento, se le pedirá que firme una liberación de la atención por el accidente / lesión. Entonces nosotros le notificamos al partido responsable y le mandamos todas las facturas y expedientes médicos directamente a ellos. Por favor, avísenos con antelación si desea una copia de sus expedientes médicos para su uso personal, ya que es más fácil hacer varias copias de una sola vez.

Nuestra póliza de cancelación/reprogramación de su cita es un aviso de 4 horas. El costo de aviso de corto plazo o de citas perdidas es de \$50 y no puede ser cubierta por la parte responsable o seguro de salud. Tenemos un sistema de mensajes con fecha y hora para permitir cancelaciones oportunas.

---

Nombre del Paciente

---

 / 

---

 / 

---

Fecha

---

Firma del Paciente

---

Firma del Testigo

## **Elección De No Presentar Solicitudes de Reembolso A Seguros De Salud (Daños Corporales/Accidente Automovilístico)**

Los quiroprácticos en esta clínica están participando en la “red” de proveedores de su póliza del seguro de salud. Como proveedores participantes, están obligados a presentar una solicitud de reembolso con su aseguradora por todos los servicios proporcionados cubiertos a menos que usted nos indique lo contrario por escrito.

Usted ha optado en solicitar el pago de terceras partes tal como el seguro de responsabilidad del conductor que tuvo la culpa, en lugar de utilizar su propio seguro médico. Para ayudarle a tomar una decisión informada, por favor revise cuidadosamente la siguiente información.

### **Si decide no presentar solicitud de reembolso a su seguro de salud:**

1. La clínica dependerá de su decisión y le extenderá el crédito por el costo de la atención basada en la asunción que su factura será pagada por fuentes distintas de su seguro médico. La clínica le requerirá asignarle el derecho a recibir el dinero pagado por las aseguradoras de responsabilidad, aseguradoras pagos médicos u otros terceras partes en la medida necesaria para satisfacer su proyecto de ley.
2. Usted no tendrá que pagar los copagos/coaseguros y/o deducibles que se requieren normalmente por su póliza de beneficios de salud.
3. El costo de su tratamiento será facturado a precios habituales de la clínica en lugar de las tasas de descuento que se aplican rutinariamente a los servicios cubiertos por su póliza de beneficios de salud.
4. Si los pagos combinados recibidos de otras fuentes no cubren totalmente su factura, usted será personalmente responsable de cualquier saldo pendiente de pago.
5. Ninguno de los cargos de su tratamiento serán aplicados para alcanzar los deducibles anuales asociados con su póliza de beneficios de salud.

### **Si decide presentar solicitudes de reembolso a su seguro de salud:**

1. Su seguro de salud debe pagar el costo de los servicios cubiertos asociados con este accidente / lesión SALVO copagos, coaseguros y/o deducibles, que se esperan que el paciente pague a la clínica directamente cuando los servicios son prestados.
2. Usted será responsable de pagar a la clínica el costo de los servicios que usted elija y que no cubre su aseguradora, y deberán ser pagados en el momento que se reciban.
3. Si su plan de beneficios de salud inicialmente paga a la clínica por su tratamiento y después determina que no es legalmente responsable por el pago, el administrador de su póliza puede requerir a la clínica la devolución en su totalidad o parte de los pagos recibidos. Si eso sucede, usted se convertirá en responsable de pagar a la clínica la cantidad que esta devolvió a su aseguradora.
4. Su póliza de beneficios de salud requiere que la clínica solicite reembolso en el momento oportuno y mientras que los requisitos de presentación oportuna varían, la mayoría de las pólizas requieren que los reclamos se presenten de 3-6 meses de la fecha de servicio. Si su acción u omisión causa que la solicitud se presente con retraso, esta puede ser negada, y usted será el responsable del pago a la clínica para aquellos servicios que fueron negados.

### **Elección a no presentar solicitudes de reembolso al seguro de salud:**

1. Con mi firma, doy fe que he leído y comprendido la información anterior con respecto a las opciones disponibles para mí y me han dado la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas.
2. Por la presente instruyo a la clínica a no presentar solicitud de reembolso a mi seguro de salud para los servicios asociados a este accidente/lesión, y autorizo a la clínica a buscar el pago y el envío de mis registros de tratamiento a terceras partes que son fuentes potenciales de pago.
3. Entiendo que la clínica se basa en mi decisión de no presentar solicitudes de reembolso al seguro de salud, y que en lo que respecta a las reclamaciones relacionadas con este accidente/lesión, esta decisión es irrevocable.
4. Entiendo que ninguna acción posterior por mi parte perjudicará el derecho de la clínica a cobrar y recibir pagos de terceras partes; sujeta sólo a cualquier obligación contractual que clínica pueda tener con mi póliza de beneficios de salud.

---

**Nombre Del Paciente**

---

**Fecha**

---

**Representante de la Clínica**

---

**Firma Del Paciente o Responsable**

---

**Firma Del Representante de la Clínica**

## Falls Chiropractic and Injury

**Para cualquier compañía de seguros con cobertura aplicable a mí (s) reclamo (s) y para cualquier abogado que me representa:**

### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

En consideración de la voluntad de Falls Chiropractic and Injury a tratarme a crédito sin demanda de pago en el momento que los servicios son prestados, por medio de la presente yo estoy de acuerdo y estipulo la siguiente manera:

Yo asigno irrevocablemente a Falls Chiropractic and Injury cualquier producto o compensación que tengo o pueda tener derecho a recibir como consecuencia de las lesiones que se produjeron en \_\_\_\_\_, en la medida de los servicios quiroprácticos prestados. Hago este acuerdo sin perjuicio de cualquier derecho que pueda tener para perseguir demandas legales contra cualquier parte que pueda ser responsable por mis lesiones, pero por medio de la presente autorizo e instruyo a pagar directamente a Falls Chiropractic and Injury, desde cualquier beneficio por incapacidad, beneficios de pagos médicos, beneficios de responsabilidad, beneficios de salud y de accidentes, beneficios de compensación de trabajadores, resoluciones, transacciones, o producto de cualquier tipo que de otro modo me sería pagado, las sumas que se deben a Falls Chiropractic and Injury por sus servicios prestados.

Nombro Falls Chiropractic and Injury como mi apoderado para fijar mi nombre en el respaldo de cualquier cheque o giro sobre el que soy un beneficiario nombrado y depositar dicho cheque o giro y aplicar el producto a cualquier saldo pendiente de pago que pueda tener con Falls Chiropractic and Injury.

Autorizo Falls Chiropractic and Injury para liberar a cualquier compañía de seguros con cobertura aplicable o con mi abogado o sucesor abogado cualquier información sobre mis lesiones, historial médico previo, o tratamiento que sea necesario para facilitar la recaudación de los fondos bajo esta asignación.

Reconozco que sigo siendo personalmente responsable por la cantidad total a pagar a Falls Chiropractic and Injury por los servicios prestados, incluyendo cualquier saldo restante después de la aplicación de los pagos de seguros y los fondos de liquidación o de juicio. Si se requiere que Falls Chiropractic and Injury emprenda acciones legales contra mí para recuperar cualquier saldo pendiente de pago en mi cuenta, estoy de acuerdo para reembolsar Falls Chiropractic and Injury por sus costos de recuperación, incluyendo honorarios razonables de abogados.

Estoy de acuerdo en esta asignación de beneficios (AOB) no puede ser revocada y el derecho a recibir el pago no se pueden transferir a cualquier otro individuo o reafirmado por mí de ninguna manera.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

### AVISO DE GRAVAMEN

Conforme a N.C.G.S. 44-49 y 44-50, Falls Chiropractic and Injury afirma y da aviso de un derecho de retención sobre cualquier suma recobrada en concepto de daños por lesiones personales en cualquier acción civil y también de todos los fondos pagados al paciente mencionado arriba en concepto de indemnización a favor o en arreglo de lesiones sufridas, ya sea en un litigio o de otra manera.

Falls Chiropractic and Injury solicita a que si su reclamación no es pagada en su totalidad de las ganancias anteriores, una revelación completa y la contabilidad de los fondos recaudados se otorgará conforme a NCGS 44-50,1. Falls Chiropractic and Injury acepta que quedará vinculado por los acuerdos de confidencialidad con respecto a los contenidos de la contabilidad.

De: \_\_\_\_\_

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

# FALLS

## Chiropractic and Injury

6009 Falls Of Neuse Rd, Raleigh, NC 27609

PH: (919) 876-9472 FAX: (919) 876-9478



### REQUEST FOR RECORDS AND/OR IMAGES

DATE: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

I hereby authorize:

Doctor or Facility name: \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Phone #:( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Fax #: ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

To release my medical records, radiology reports and/or images to Falls Chiropractic & Injury.  
Please release the following health information via fax unless otherwise indicated below:

\_\_\_\_ X-Ray Films **with** Report (please fax report and then mail or courier images CD)

\_\_\_\_ **MRI Scan CD with** report (please fax report and then mail or courier images CD)

\_\_\_\_ **H&P, ov notes, labs, radiology reports**

\_\_\_\_ All ED or visit records in regards to personal injury or MVC on \_\_\_\_\_

Other \_\_\_\_\_

Purpose of release is sharing with another healthcare provider unless indicated:

Date(s) of Service: \_\_\_\_\_

Patient Name (printed): \_\_\_\_\_

Patient date of birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Patient SS#: XXX-XX-\_\_\_\_

PATIENT SIGNATURE: X \_\_\_\_\_

PLEASE FAX ALL RECORDS TO **(919) 876-9478**.

IF IMAGES ARE REQUESTED, PLEASE SEND THOSE BY MAIL.

**IF YOU CANNOT COMPLY WITH THIS REQUEST PLEASE NOTIFY US IMMEDIATELY. THANK YOU!**