

HEALTH for LIFE

SPINE & DISC CENTER

Forma de Entrega para Pacientes de Accidente

Nombre _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo M o F
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código de Zip _____
 Teléfono _____ Email: _____
 ¿Quién nos recomendó, O como escuchaste de nuestra oficina? _____
 Empleador _____ Ocupación _____ Tiempo de Empleo _____
 Estado civil S M W D Nombre de Esposo _____

¿Cuál es tu nivel más alto de educación formal?	Cumplí Preparatorio	2 Anos de colega o menos	4+ Anos de colega
¿Con qué frecuencia consume cafeína?	Nunca	Occasionalmente	Con Frecuencia
¿Cuánta agua bebes diariamente?	Mas que 64oz	Menos que 64oz	
¿Con qué frecuencia consume alcohol?	Nunca	Occasionalmente	Con Frecuencia
¿Qué tan a menudo fumas?	Mas de 1 paquete al diario	Menos de 1 paquete al diario	No fumo
¿Cada cuanto te ejercitas?	Nunca	Occasionalmente	Con Frecuencia
¿Cuánto duermes cada noche?	8 horas o más	Menos que 8 horas	
¿Con qué frecuencia consume drogas recreativas?	Nunca	Occasionalmente	Con Frecuencia

¿Describe en detalle el problema que tiene actualmente, la primera vez que recuerda haber tenido el problema, y como se sintió?

¿Dónde está localizado el dolor? ¿Se mueve el dolor o se queda en lugar?

El dolor es (encierra todo que aplica): **Agudo** **Crónico** **Punzante** **Entumecido** **Constante** **Viene y Va**

Que tan serio piensa es el problema (encierra uno) ... **TEMPLADA** **MODERADO** **SEVERO**

Describe **Serias Condiciones Médicas** _____

Describe **Huesos Rotos** _____

Lista de **Cirugías** _____

Medicamentos que está tomando y para que _____

Accidentes y Lesiones previos _____

Describe otros tratamientos que ha probado _____

¿Tiene alguien en su familia con **Serias Condiciones Médicas**?

¿Cuál es su nivel de interés en **Non-Surgical Spinal Decompression** como una opción de tratamiento (si es necesario)? Si No No Se

¿Cuál es su nivel de interés en **RENU Aesthetic Treatment Plans** como una opción de tratamiento (si es necesario)? Si No No Se

¿Qué piensa que le va a pasar si no puede encontrar una solución a su problema? _____

Describe que cambiara en su vida si se puede mejorar _____

¿Cuál espera que sea el resultado de pasar tiempo con el médico hoy?

Yo (firma) _____ certifico que la información escrita arriba es actual, y precisa a mi conocimiento personal, y mi experiencia individual.

6033 Fashion Point, Suite 120
South Ogden, Utah 84403
Phone (801) 475-6800
Fax (801) 475-6802



ASIGNACION DE BENEFICIOS

El paciente que suscribe y/o la parte responsable, además de continuar con la responsabilidad personal, y en consideración del tratamiento brindado o por brindar, asigna al médico y/o nombre del centro los siguientes derechos, poder y autoridad.

INFORMACION DIVULGADA: Está autorizado a divulgar y permitir el examen o la copia de cualquiera de mis registros médicos, radiografías, informes de laboratorio y los resultados de todas las pruebas de cualquier tipo o carácter según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

DEMANDA DE PAGO: A cualquier compañía de seguros que me brinde beneficios de cualquier tipo para el tratamiento brindado por el médico/instalación mencionado anteriormente, por la presente se le solicita el pago total de la factura por los servicios prestados por el médico/instalación mencionado anteriormente después de recibir dicha factura por servicios en la medida en que dichas facturas sean pagaderas según los términos de mi/nuestra póliza de beneficios, menos cualquier cantidad que yo/nosotros debamos personalmente que no sea pagadera según los términos de su póliza.

PODER NOTORIAL LIMITADO: Por la presente otorgo al médico y/o al centro mencionado anteriormente el poder de respaldar mi nombre en cualquier cheque, letra de cambio u otro instrumento negociable que represente el pago de cualquier compañía de seguros que represente el pago por el tratamiento y la atención médica brindados por el médico y/o el centro. Acepto que cualquier pago del seguro que represente un monto superior a los cargos por el tratamiento prestado se acreditará a mi/nuestra cuenta o se enviará a mi/nuestra dirección previa solicitud por escrito al médico/centro mencionado anteriormente.

Firma _____ Fecha _____

ACUERDO FINANCIERO CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

1. El seguro es un método de reembolso al paciente por los honorarios pagados al médico y no se considera un sustituto del pago. Estamos dispuestos a extender el crédito por un período de 45 días, lo que le da tiempo a su seguro para pagar su reclamo. Si su seguro no ha pagado dentro de este período de tiempo, se espera el pago total por parte del paciente o, en el caso de un menor, de la parte responsable.
2. Todos los montos de copagos, deducibles y coseguros **DEBEN EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.**
3. Es responsabilidad del paciente o, en el caso de un menor, la parte responsable, obtener todas y cada una de las referencias o autorizaciones requeridas por su seguro.
4. Se espera el pago completo en el momento del servicio para todas las cuentas de pago en efectivo. Los pagos del plan de tratamiento se pueden arreglar con la autorización del médico.
5. Los servicios cubiertos por un tercero pagador (compensación de trabajadores, seguro de automóvil, etc.) en acción legal quedarán suspendidos de la responsabilidad del paciente, con la excepción de un pago de gravamen del paciente realizado en el momento de cada servicio, siempre que se proporciona información completa y correcta, incluido un gravamen firmado.

I hereby consent to any medical treatment rendered to me or in the case of a minor, for whom I am legally responsible (hereafter known as "the minor"), the minor, and guarantee payment of charges incurred on my or the minor's behalf regardless of insurance coverage. I know that I am responsible for payment of this account.

I hereby assign and authorize payment of all medical (chiropractic and physical therapy) to which I or the minor are entitled for these services, including major medical benefits, Medicare, Worker's Compensation, Auto, Private Insurance and all other health plans to: Health for Life 6033 Fashion Point, Suite 120, South Ogden, Utah, 84403. A photocopy of this assignment is as valid as the original. I hereby authorize said assignee to release all information necessary to secure the payment of this account.

Firma _____ Fecha _____

ACUERDO DE ARBITRAJE

Al firmar este contrato, usted acepta que cualquier problema de negligencia médica se decida mediante un arbitraje neutral y renuncia a su derecho a un juicio con jurado o ante un tribunal. Consulte el Artículo 1 de este contrato para obtener más detalles.

Artículo 1. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a su derecho constitucional a que cualquier disputa de este tipo se decida en un tribunal de justicia ante un jurado, y en su lugar aceptan el uso del arbitraje.

Una copia completa del acuerdo de arbitraje está disponible a pedido.

Firma _____ Fecha _____

6033 Fashion Point, Suite 120
South Ogden, Utah 84403
Phone (801) 475-6800
Fax (801) 475-6802



Nombre _____
Fecha de Accidente _____ Ubicación _____
¿Eras el conductor o el pasajero? Conductor Pasajero
¿Llevabas tu cinturón de seguridad? Si No
Si eras el conductor, ¿tuviste la culpa? Si No
¿Había alguien más en el auto contigo? Si No Si es así, escribe los nombres _____
Describe el accidente _____

¿Golpeó algo en el momento del impacto? _____
¿Fue al hospital? _____ Fecha de Alta _____
¿Que tratamientos recibió en el hospital? Medicamentos Escaneos Remitido al médico Otro _____
¿Ha consultado a otros médicos a causa de este accidente? _____
¿Ha perdido algún tiempo del trabajo debido a lesiones? _____ Por favor, da fechas si es así. _____

AUTO INSURANCE INFORMATION

Seguro de auto _____ Numero de Reclamo _____
Nombre del ajustador _____ Teléfono _____

ATTORNEY INFORMATION

Bufete de abogados _____ Teléfono _____

ACUERDO FINANCIERO LESIONES PERSONALES

RESPONSABILIDAD DE LAS PARTES

Si estuvo involucrado en un accidente automovilístico en su propio vehículo, le facturaremos la porción de pagos médicos o la porción de Protección contra lesiones personales de su póliza de seguro de automóvil para cubrir los cargos de tratamiento incurridos en la oficina.

MED PAY

Si usted era un pasajero en otro vehículo, la compañía de seguros que asegura el automóvil puede ser facturada por sus servicios médicos incurridos.

3º PERSONA

Si otro vehículo ha causado el accidente, primero facturaremos la cobertura de su póliza Med Pay o PIP de automóvil ANTES de presentar un reclamo a la compañía de seguros de la parte culpable. Si confiamos únicamente en un acuerdo de terceros para el pago, comprenda que la compañía de seguros le pagará directamente al momento del acuerdo.

EMARGOS DE ABOGADO

Si contrata a un abogado para que lo represente en una demanda, nuestra política es que su abogado firme un gravamen médico. Esto garantizará el pago directo a nuestra oficina por cualquier saldo impago al momento de la liquidación de su demanda. Nos reservamos el derecho de enviar primero todos los cargos a su póliza de seguro privado y/o de automóvil para el pago. Además, esta oficina no descuenta ni reduce el monto de su saldo en función del resultado de su liquidación.

RESPONSABILIDAD DE PAGO

Como cortesía para usted, con mucho gusto le enviaremos sus cargos a su compañía de seguros y/oa su abogado; sin embargo, todos los servicios prestados por esta oficina se le cobran directamente a usted y, en última instancia, usted es personalmente responsable del pago de estos cargos, independientemente de cualquier reembolso o liquidación del seguro que pueda recibir o no.

TERMINACIÓN VOLUNTARIA DE LA ATENCIÓN

Si suspende o finaliza su atención en cualquier momento, su parte de todos los cargos por servicios profesionales vence inmediatamente y es pagadera a esta oficina.

Esperamos que esto responda cualquier pregunta que pueda tener sobre la política financiera de esta oficina. Una vez más, le damos la bienvenida a nuestra oficina y estaremos encantados de responder a cualquier otra pregunta que pueda tener.

Firma _____ Fecha _____