

HEALTH for LIFE

SPINE & DISC CENTER

Forma de Entrega para Nuevos Pacientes

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 su 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 Ocasionalmente Con Frecuencia
¿Cuánta agua bebes diariamente? Mas que 64oz Menos que 64oz
¿Con qué frecuencia consume alcohol? Nunca Ocasionalmente 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 Ocasionalmente Con Frecuencia
¿Cuánto duermes cada noche? 8 horas o más Menos que 8 horas
¿Con qué frecuencia consume drogas recreativas? Nunca Ocasionalmente 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 facturación 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 _____