

Información del Paciente

Chart # _____

Nombre: _____ Sobre Nombre: _____ MI: _____ Apellido _____

Dirección: _____ Apta: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

De Seguro Social: _____ Estado Matrimonial: S C V D Esposo/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Teléfono: _____ Trabajo _____

Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia: _____

A quien le podemos dar las gracias por referirlo a nuestra oficina? _____

Ocupación: _____ Patrón: _____

Dirección del Empleador _____

Información de Aseguransa

Le tomaremos copia a su aseguransa/as. Pero, Por favor complete la información siguiente.

Es usted el titular de la póliza? S N Si no, quien es el titular de la póliza?: Esposo/a Padres Patrón Otro
Nombre de Asegurado: _____

_____ M.I. _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento de Titular _____ # de Seguro Social de Titular de la Póliza: _____

Titular de la Póliza del Empleador: _____

Tiene Cobertura de Seguro Secundario? S N En Caso Afirmativo, por favor complete lo siguiente:

Nombre de Asegurado: _____ M.I. _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento de Titular: _____ # de Seguro Social de Titular de la Póliza _____

Empleador del Titular de la Póliza: _____

Asignación y Liberación

Información de Aseguransa

Entiendo y estoy de acuerdo en que las pólizas de salud y seguro de accidentes son un acuerdo entre una compañía y yo. Por otra parte entiendo que esta oficina elaborar los informes necesarios y las formas para que me ayude en la toma de recolección de la compañía de seguros y cualquier cantidad autorizada a pagar directamente a esta oficina, los médicos le será acreditando a mi cuenta después de recibirlo. Sin embargo entiendo y acepto que todos los servicios prestados a mi yo soy personalmente responsable del pago. También entiendo que si suspendo o cancelo mi tratamiento, o los honorarios de los saldos pendientes de los servicios que he recibido será inmediatamente debido y pagado.

Firma de Paciente/Padre/Guardián: _____

Consentimiento de los Servicios Profesionales y la divulgación de Información

Autorizo y suelte el medico a quien se le puede designar como sus ayudantes, para administrar el tratamiento, estudios de rayos x, los procedimientos del laboratorio atención quiropráctica o cualquier servicio de clínica que se considere necesario. También le autorizo a el/ella para revelar todo o parte de mi historia clínica a cualquier persona o empresa que puedan ser responsable en virtud en un contrato de esta oficina o con un familiar o empleador del paciente para la totalidad o parte de la clínica, por ejemplo no se limita las empresas de servicios hospitalarios, compañías de seguros compensación a los trabajadores, los Fondos de Bien estar, o el empleador del paciente.

Firma de Paciente/Padre/ Guardián: _____

PAGO DIRECTO: Yo autorizo el pago de Presentaciones Medicas de forma directa a LAKELAND CHIROPRACTIC CLINIC (Bruce F. Hurst, D.C.) por los servicios presentados ha mi.

AUTORIZACION Y ASIGNACION: LAKELAND CHIROPRACTIC CLINIC esta autorizada para revelar cualquier información que se considere para liberar mi relación adecuada condición física a cualquier compañía de seguros, abogado, ajustador con el fin de procesar mi solicitud de reembolso de gastos correspondientes. En caso de que cualquier compañía de seguros obligado por el acuerdo contractual nieguen el pago por los servicios prestados a mi, Autorizo cualquier acción que se tome por nuestra parte que ha recibido una reclamación rechazada o terminado según sea necesario.

Entiendo que esta oficina quiropráctica, elaborara informes y formularios necesarios para que me ayude en la toma de recolección de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizadas a estar directamente a la oficina Quiropráctica será acreditado a mi cuenta después de recibirlo. Deducibles y co-pagos es pagadero en el momento del servicio, o tener una base regular (diaria, semanal, mensual) ya que de acuerdo con el Secretario de Finanzas. También entiendo que puedan haber servicios necesarios que no estén cubiertos por mi plan de seguro, que esto sea debido a que el beneficio se ha agotado, el medico de atención primaria no autorizara el cuidado quiropráctico o los servicios que no estén dentro del ámbito del plan. (Mantenimiento de la atención, los exámenes de recalificación para el ejercicio, el tratamiento de tejidos blandos, soportes, almohadas, levanta talón o suplementos etc.) Yo abajo firmare y autorizo la divulgación de la información pago directo, y reconozco que he sido informado/a de que partes de mi cuidado no pueden ser cubiertos debajo los términos de mi plan de salud. Estoy de acuerdo en ser personalmente responsable de cualquier servicio no cubierto por mi plan de salud.

ESTA ES LA AUTORIZACION PARA PERMANECER EN VIGOR HASTA REVOCADA POR ESCRITO.

Firma de Paciente/ Guardián: _____ **Fecha:** _____

HISTORIA

Nombre: _____ Fecha: _____ Chart #: _____

LESION ANTERIOR

Año _____ Lesión _____ Recuperado/a? _____

Año _____ Lesión _____ Recuperado/a? _____

Año _____ Lesión _____ Recuperado/a? _____

Otros _____

Que lesiones no relacionadas con el trabajo de importancia ha tenido?

Año _____ Lesión _____ Recuperado/a? _____

Año _____ Lesión _____ Recuperado/a? _____

Otros _____

ANTECEDENTES MEDICOS

El tipo de lista y el año de enfermedades graves, fracturas o cirugías _____

Lista importantes condiciones medicas que corran en su familia _____

HISTORIA MÉDICA ACTUAL

Lista de nombres y especialistas de médicos que te ven _____

Haga una lista de medicamentos que esta tomando _____

Datos de Carácter Personal

Esta usted embarazada o creé que puede estar embarazada? **Si** **No**

Edad: _____ Sexo: M/F Altura: _____ Peso: _____ **Mano:** Derecha/Izquierda

Name: _____ Date: _____ Chart #: _____

Check the areas in which you now have symptoms:

Eyes Δ

Ears Δ

Nose-throat Δ

Breathing Δ

Heart Δ

Stomach Δ

Intestines/Colon Δ

Kidney/Bladder Δ

Hormones Δ

Muscles Δ

Sleep Δ

Mood Δ

Numbness

—

Tingling

ooo

Burning

xxx

Stabbing

///

Aching

^^^

Stiffness

+++

FRONT

BACK

Right



Left



Right