

YOUR ACCIDENT CENTER

Nombre del Paciente _____
(Primer) (Segundo) (Apellido)

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Correo Electronico _____

Numero de Telefono _____ Celular _____

Le gustaria recibir un recordatorio de su cita via: Texto () o Llamada ()

Fecha De Nacimiento _____ Edad _____
(mes) (dia) (año)

Numero de Seguro Social _____

Soltero/a () Casado/a () Nombre de esposo/a _____

Nombre de Empleo _____

Numero de telefono (trabajo) _____

Referido por _____

Correo Electronico _____

Pasatiempos _____

Quejas _____

La queja esta relacionada con un accidente Si () No ()

Fecha de accidente _____ Hora _____ a.m/p.m

Relacionado con el trabajo () Automovil () Otro ()

**Los pagos se haran al tiempo de su visita,
al menos que otros arreglos se hagan hecho por adelantado.**

Firma _____ Fecha _____

Información de Seguro

Seguro de auto: _____ Numero De Póliza: _____

Nombre del asegurado: _____ Numero De Grupo: _____

Numero De Reclamo: (Claim #) _____

El paciente es: cónyuge hijo persona asegurada _____

Fecha de nacimiento del asegurado: ____ / ____ / ____

Dirección del asegurado (si es diferente del paciente):

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Entiendo que soy responsable en última instancia de todos los pagos por los servicios que se me bríndan en YOUR Accident Center y que con mi permiso se hará todo lo posible para cobrar al seguro provisto en mi nombre.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Reporte Del Accidente

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha del accidente de auto: _____
Date of auto accident

A sido usted un paciente aqui antes? Si No
Have you been a patient here before? Yes No

En el accidente, era Usted el: Conductor Pasajero Peatón
In the auto accident, were you the: Driver Passenger Pedestrian

Si Usted era pasajero, por favor indique su posición en el vehiculo?
If you are a passenger please locate your position in the vehicle:

Aciento delantero Atras del pasajero Atras del conductor
Front Seat Back Seat Passenger side Back Seat Driver Side

Indique los detalles del accidente durante el impacto:
Please check the accident details during impact:

Parado Golpiado por delante Golpiado por el lado derecho Golpes multiples
Stopped Front-end impact Right side impact Multiple impacts
 En Movimiento Golpiado por detras Golpiado por el lado izquierdo No recuerda
Moving Rear-end impact Left side impact Don't remember

Estaba usted usando el cinturon de seguridad? Si No
Were you wearing a seat belt? Yes No

Sobre el impacto, para que lado jiro su cabeza?
Upon impact, which way was your head turned?

Izquierda Derecha Al Frente No Recuerda
Left Right Straight Ahead Don't Remember

Se golpio alguna parte de su cuerpo? Si No
Did you strike any portion of your body? Yes No

Si, sí que parte del cuerpo se golpio?
If YES, what portion of your body did you strike?

Cabeza Rodilla Brazos Manos Hombros Otro
Head Knee Arms Hands Shoulders Other

Que objetos golpio?
What objects did you strike?

Volante Tablero Espejo Retrovisor Consola Central Ventana Lateral
Steering Wheel Dash Board Rearview Mirror Center Console Side Window
 Parabrisas Puerta Lateral Apoyo para la cabeza Otro
Windshield Side Door Headrest Other

Durante el accidente estaba usted?
During the accident were you?

Aturdido Inconsciente Cortado Magullado Abrasiones/Raspado
Dazed Unconscious Cut Bruised Abrasions/Scrapes

Experimento Usted?
Did you experience?

Sordera Momentaria Perdida de balance Zumbidos en los oídos Vision Borrosa
Momentary Deafness Loss of Balance Ringing in ears Blurred Vision
 Dolor Inmediato Dolor Gradual Nausea Mareos
Immediate Pain Gradual Pain Nausea Dizziness

Algunos de estos sintomas estaban ya presentes antes del accidente? Si No
Were any of the listed symptoms present before the accident? Yes No

Si, sí por favor describa? _____
If YES, please describe?

Fue a la sala de emergencias, cuidado urgente o doctor? Si No Cuando _____
Did you go to the Emergency Room, Urgent Care or Doctor? Yes No When

Como llego? Ambulancia Yo Maneje Amigo/Familiar
How did you get there? Ambulance Drove myself Friend/Relative

Que procedimientos fueron hechos en la sala de emergencias/cuidado urgente?
What procedures were done in the Emergency Room/Urgent Care?

Examinación Puntadas Rayos-X Collarín Relajantes Musculares
Examination Stitches X-rays Collar Muscle Relaxers
 Pastillas para el dolor Riorstra/Apoyo Otro
Pain Pills Brace Other

Se quedo la noche en la sala de emergencias/cuidado urgente? Si No
Did you stay the night in the Emergency Room/Urgent Care? Yes No

Esta tomando otro medicamento en este momento si, si por favor listé? Si No
 Are you taking any medications? Yes No

A visto a otro médico para este problema? Si No
 Have you seen any other Physicians for this problem? Yes No

Esta embarazada? Si No Si, si que fecha dara luz _____
 Are you pregnant? Yes No If yes, due date

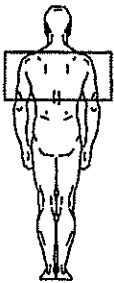
Tiene usted un marcapasos o algun otro metal en su cuerpo? Si No
 Do you have a pacemaker or any metal in your body? Yes No

INDIQUE LOS SINTOMAS NOTADOS DESDE EL ACCIDENTE
CABEZA Y CUELLO
 HEAD & NECK



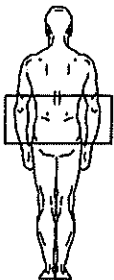
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello
Neck pain | <input type="checkbox"/> Mareos
Dizziness | <input type="checkbox"/> Dedos entumecidos
Numbness in fingers |
| <input type="checkbox"/> Rigidez del cuello
Neck stiffness | <input type="checkbox"/> Manos Frias
Hands Cold | <input type="checkbox"/> Siente la cabeza muy pesada
Head seems to heavy |
| <input type="checkbox"/> Espasmos en el cuello
Neck spasms | <input type="checkbox"/> Fatiga
Fatigue | <input type="checkbox"/> Sensacion moleadora en el cuello
Grinding sensation in neck |
| <input type="checkbox"/> Dolor de brazos
Arm Pain | <input type="checkbox"/> Perdida de Memoria
Loss of memory | <input type="checkbox"/> Problemas Para Dormirse
Sleeping problems |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
Headaches | <input type="checkbox"/> Perdida de Balance
Loss of balance | <input type="checkbox"/> Ojos Sensibles a la luz
Eyes sensitive to light |

MEDIA ESPALDA
 MID BACK



- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor a media espalda
Mid back pain | <input type="checkbox"/> Respiración corta
Breathing increases pain |
| <input type="checkbox"/> Rigidez a media espalda
Mid back stiffness | <input type="checkbox"/> Estornudos aumentan dolor
Shortness of Breath |
| <input type="checkbox"/> Espasmos en media espalda
Mid back spasms | <input type="checkbox"/> Respirar aumenta dolor
Sneezing increases pain |
| <input type="checkbox"/> Dolor en costillas/lados
Rib/side Pain | <input type="checkbox"/> Toz aumenta dolor
Coughing increases pain |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho
Chest pain | |

ESPALDA BAJA
 LOW BACK



- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja
Low back pain | <input type="checkbox"/> Dedos del pie entumecidos
Numbness in toes |
| <input type="checkbox"/> Rigidez en la espalda baja
Low back stiffness | <input type="checkbox"/> Estornudos aumentan dolor
Sneezing increases pain |
| <input type="checkbox"/> Espasmos en la espalda baja
Low back spasms | <input type="checkbox"/> Respirar aumenta dolor
Breathing increases pain |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la pierna
Rib/side Pain | <input type="checkbox"/> Toz aumenta dolor
Coughing increases pain |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la cadera
Hip pain | <input type="checkbox"/> Piquetes/abujas en las piernas
Pins/Needles in legs |

Revisión y Consentimiento

He leído la información posterior y certifico que es verdad y correcta a lo mejor de mi sabiduria, y por lo presente autorizo a esta oficina de Quiropráctico para proveerme cuidado Quiropráctico, de acuerdo con las leyes de este estado. Yo entiendo que es mi responsabilidad traer atención al medico CUALQUIER nueva información con respecto a mi salud y bien estar o algun cambio en mi estado de salud que sea pertinente al manejo de mi caso. Como cualquier procedimiento del cuidado de salud, hay ciertas complicaciones que pueden surgir durante la terapia y manipulación quiropráctica. Algunos pacientes sentiran rigidez y dolor muscular despues de los primeros días del tratamiento. El doctor hara todo lo razonablemente posible durante le examinación para investigar cualquier contraindicaciones del cuidado; sin embargo si Usted tiene una condición que de otro modo no vendría a nuestra atención, es su responsabilidad informarnos.

Firma del paciente _____

Fecha _____

Firma de Padres o Tutor Legal _____

Fecha _____

Términos De Aceptación

Cuando un paciente busca atención médica quiropráctica y aceptamos a un paciente para dicha atención, es esencial que ambos trabajen hacia el mismo objetivo. Es importante que cada paciente comprenda tanto el objetivo como el método que se utilizará para lograrlo. Esto evitará cualquier confusión o decepción.

Aquí hay términos importantes que se utilizan en esta clínica:

Ajuste: Un ajuste es la aplicación específica de fuerzas para ayudar en la corrección de subluxaciones del cuerpo. Nuestro método quiropráctico de corrección será mediante el ajuste específico de su columna vertebral y extremidades.

Terapia de apoyo: balanceo de los músculos y estructuras de tejido de apoyo para dar fuerza y estabilidad al ajuste, a través de masajes, ejercicios, estiramientos, terapia en el hogar, modificaciones en el estilo de vida y educación para ayudarlo a recuperar su salud.

Salud: un estado de óptimo bienestar físico, mental y social, no solo la ausencia de síntomas o enfermedad.

Cita: Su recuperación de salud es muy importante para nosotros. Le pedimos que también lo convierta en una prioridad. ¡Llega a tiempo! Esta es una clínica muy ocupada, y las reprogramaciones y cancelaciones causan interrupciones no deseadas en la calidad y el resultado de la atención para usted y los demás. Los cambios de programación darán como resultado un menor nivel de atención debido a la falta de disponibilidad de ciertos procedimientos y servicios que se brindan a otros pacientes. Esta clínica programa terapia adaptada a sus necesidades, por lo tanto, ¡POR FAVOR, ESTÉ A TIEMPO!

Nuestro objetivo es eliminar las principales interferencias para la recuperación de su salud. Nuestros métodos incluyen ajustes específicos para corregir las disfunciones biomecánicas, proporcionar terapia de masajes, ejercicios y fisioterapia, suplementos nutricionales y homeopáticos etc. Se pueden agregar servicios adicionales de vez en cuando según lo determine nuestro director de la clínica.

Acuerdo con el paciente: entiendo que la clínica me dará una cita designada y acepto que respetaré la importancia de estar a tiempo a mi cita.

Acepto que la clínica se comunice con un abogado y comparta mi información de contacto con respecto a mi accidente, si el médico considera que es importante que yo tenga representación.

Yo, _____ he leído, entiendo completamente y acepto las declaraciones anteriores.

Por favor revisen mi solicitud y acéptenme como nuevo paciente en esta clínica

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Pacientes de sexo femenino: Yo, _____ Por la presente declaro que, según mi conocimiento:

- Estoy embarazada No estoy embarazada, ni se sospecha o confirma un embarazo en este momento.
 Estoy de acuerdo en notificar a esta oficina tan pronto como sepa que mi estado de embarazo ha cambiado.

Asignación de Beneficios a YOUR Accident Center

El paciente / cliente abajo firmante y / o la parte responsable adicional ("paciente"), en consideración del tratamiento brindado por YOUR Accident Center por la presente, asigna irrevocablemente a YOUR Accident Center todos los derechos del paciente a cualquier seguro, plan de atención médica u otro reembolso de gastos médicos Beneficios y pagos ("Reclamaciones") en la medida en que la factura de los pacientes por los servicios prestados y los costos incurridos por YOUR Accident Center, incluido, entre otros, el derecho a solicitar o procesar reclamaciones y el derecho a realizar demandas y demandas a nombre del paciente. para cualquier beneficio y pago que surja de las Reclamaciones, incluidas multas, intereses, costos judiciales, honorarios de cobro u otros montos legalmente indemnizables adeudados por el seguro u otro pagador. Además, el paciente acepta cooperar, proporcionar información según sea necesario y aparecer según sea necesario, donde y cuando quiera para ayudar en el procesamiento de Reclamaciones a solicitud del consultorio. La asignación a YOUR Accident Center del derecho del paciente a procesar las Reclamaciones no obliga a YOUR Accident Center a buscar el pago únicamente de, o de otro modo, procesar de alguna manera o en cualquier medida, las Reclamaciones del paciente. YOUR Accident Center no tendrá ninguna responsabilidad por los actos u omisiones de su parte en el tratamiento de Reclamaciones. YOUR Accident Center puede, a su entera discreción, proceder a obtener el pago por los servicios prestados y los costos incurridos directamente del paciente sin procesar ninguna Reclamación.

El paciente además faculta a YOUR Accident Center y sus representantes para solicitar y recibir de cualquier seguro u otro plan de atención médica, toda la información y los documentos relacionados con las políticas o los planes, incluida una copia de dicha política o documento del plan, y cualquier información de apoyo. documentación relativa al manejo, cálculo, procesamiento o pago de cualquier reclamo, sin el consentimiento adicional del paciente. YOUR Accident Center puede realizar una verificación de crédito de mi historial de crédito.

Una copia de este acuerdo deberá evidenciar el consentimiento y la dirección del paciente a cualquier seguro o plan de salud que proporcione beneficios de cualquier tipo para o en nombre del paciente para el tratamiento brindado por YOUR Accident Center para el pago completo de la factura de la oficina por el tratamiento brindado al recibo de dicha factura, en la medida en que se pague según los términos de la póliza o plan de seguro aplicable. Además, el paciente otorga a YOUR Accident Center la facultad de respaldar el nombre del paciente en cualquier cheque, giro u otro instrumento negociable que represente el pago de las reclamaciones. Cualquier pago recibido por YOUR Accident Center por un monto que exceda el saldo pendiente en la cuenta del paciente con YOUR Accident Center se acreditará a la cuenta del paciente o se reenviará al paciente previa solicitud por escrito a esta oficina.

Por la presente, se autoriza a s YOUR Accident Center a divulgar y permitir el examen o copia por parte de la persona o personas que YOUR Accident Center o sus representantes autorizados consideren pertinentes, de cualquiera de los registros médicos del paciente, radiografías, informes de laboratorio y los resultados de Todas las pruebas de cualquier tipo o carácter. Dicha autorización incluirá cualquier Nombre del seguro o plan de atención médica que proporcione beneficios de cualquier tipo en nombre del paciente para el tratamiento brindado por YOUR Accident Center.

Esta autorización no autoriza a mi seguro o plan de atención médica a revelar ningún registro médico a terceros, incluidos los consultores de revisión de tarifas u otras agencias de revisión sin mi consentimiento expreso por escrito. Cualquier divulgación de dicha información privilegiada sin mi consentimiento expreso por escrito se considerará una violación de mis derechos de privacidad en virtud de todas las leyes estatales y federales aplicables y puede resultar en una acción legal.

El paciente además otorga y asigna a YOUR Accident Center todos los derechos, reclamaciones y recuperaciones o pagos de terceros por lesiones, que son tratados por YOUR Accident Center en la medida de las facturas de la oficina por los servicios para el paciente.

Siempre que YOUR Accident Center procese diligentemente la cobranza de cualquier pago adeudado por las compañías de seguros, compañías de salud, planes de atención médica o terceros, el paciente renuncia a cualquier defensa basada en un estatuto de limitaciones aplicable, o de otra manera, con respecto a cualquier acción. por YOUR Accident Center para recuperarse del paciente por los servicios prestados por YOUR Accident Center para o para el paciente. El paciente acepta que, independientemente de la Asignación, él o ella tiene la responsabilidad legal continua del pago del monto total adeudado a YOUR Accident Center y deberá pagar el monto total adeudado a pedido. Cualquier monto adeudado y no pagado pagará intereses al 18% anual desde la fecha de vencimiento. El abajo firmante acuerda pagar a YOUR Accident Center todos los costos razonables de cobro, incluidos los honorarios de abogados, costos judiciales, honorarios de cobro, intereses e incluyendo cualquier otro costo en que incurra YOUR Accident Center, ya sea antes o después de un litigio. Los términos y condiciones de cualquier seguro aplicable Nombre de atención médica.

Paciente: _____

Empleador: _____
(si es tratado por lesiones relacionadas con el trabajo)

Fecha: _____

Testigo: _____

YOUR Accident Center
141 E 5600 S #204
Murray UT 84107
(801) 905-1466

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido, revisado, entiendo y acepto el Aviso de prácticas de privacidad de YOUR Accident Center que describen las políticas y procedimientos de la Práctica con respecto al uso y divulgación de cualquiera de información de salud creada, recibida o mantenida por esta clinica

Nombre _____

Fecha _____

Firma _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE SI EL AVISO NO SE HA PROPORCIONADO AL PACIENTE

The Practice has made a good-faith effort to obtain an acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices. In spite of these efforts, the Practice has been unable to obtain a acknowledgement of receipt for the following reasons (check all that apply):

- Patient Unavailable due to: _____
- Patient Physically Unable
- Patient Unwilling

In an effort to obtain the patients acknowledgement, the Practice has attempted to provide patient with a Notice of Privacy Practices in the following manner (check all that apply):

- Personally Mail Phone Follow up Email Fax
- Other _____

Clinic Representative

Signature

Date: _____

DERECHO DE RETENCIÓN

Paciente:

Doctor: Omar Arrieta

Por la presente autorizo al médico mencionado para que le proporcione a usted, mi representante, un informe completo de su examen, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc., de mí mismo con respecto al accidente en el que estuve involucrado.

Por la presente autorizo y le indico a usted, mi representante, que pague directamente al Dr. Omar Arrieta y / o a YOUR Accident Centers las sumas que se deban y adeuden por el servicio médico que me prestaron tanto en razón de este accidente como en cualquier otra factura, que vencen, y retener dichas sumas de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto que sea necesario para proteger adecuadamente al Dr. Omar Arrieta y / o a YOUR Accident Center. Por la presente otorgo poder legal al Dr. Omar Arrieta con el único y exclusivo propósito de (a) firmar cheques de dos partes recibidos en SU Centro de Accidentes o cuando se requieren firmas duales para el pago de un cheque de una compañía de seguros, (b) el privilegio de firma relacionado con las solicitudes de beneficios PIP en lugar de habeas corpus y formularios relacionados con la lesión declarada por la cual se prestaron los servicios para facilitar la finalización del seguro para la procesión de la reclamación. Esto le asegura al paciente presentador que solo el monto pendiente en su factura se pagará a YOUR Accident Center. Y por la presente doy más garantía sobre mi caso al Dr. Omar Arrieta y / o a YOUR Accident Center contra cualquier y todo el producto de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto que pueda ser pagado a usted, a mi representante legal, a mí mismo o al Dr. Omar Arrieta, como resultado de las lesiones por las que he recibido tratamiento o lesiones relacionadas con ellas.

Comprendo perfectamente que soy directamente y totalmente responsable ante el Dr. Omar Arrieta y / o YOUR Accident Center de todas las facturas médicas que se me entregan por el servicio prestado y que este acuerdo se hace únicamente para la protección del Dr. Omar Arrieta y en consideración del Dr. Omar Arrieta y el período de espera del paciente para el pago. Además, entiendo que dicho pago no está supeditado a ningún acuerdo, sentencia o veredicto por el cual eventualmente pueda recuperar dicha tarifa.

Por la presente declaro y acepto que una fotocopia de este documento será tan válida y vinculante para todas las partes involucradas como el documento original.

Fecha:

Firma Del Paciente

El abajo firmante Representante del Registro para el paciente mencionado acuerda respetar todos los términos de lo anterior y acepta retener dichas sumas de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto según sea necesario para proteger adecuadamente al Dr. Omar Arrieta y / o YOUR Accident Center.

Fecha:

Representante de la firma de registro

Por favor firme y devuelva una copia a la dirección a continuación o por correo electrónico a info@wasatchintegratedwellness.com

YOUR Accident Center
141 E 5600 S #204
Murray, UT 84107
(801)905-1466