



Jaime DiOrio-Phillips, D.C.

7380 W Sahara Ave # 100

Las Vegas, NV 89117

(702) 252-7246 | spinecenterlv.com

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estatura: _____ Peso: _____ Mano Dominante: D I

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono celular: _____ Los recordatorios de texto están bien? Sí No

Correo electrónico: _____ Número de seguro social: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

SEGURO DE AUTO

Está cubierto por un seguro de salud? Sí No (Proporcione una copia de su tarjeta de seguro)

Su compañía de seguro de automóviles: _____ Reclamo presentado? Sí No

Nombre del asegurado en su póliza de automóvil: _____ Teléfono: _____

Ajustador: _____ Número de póliza: _____ Número de reclamación _____

Cobertura de pago medico: Sí No

Cobertura de automovilista sin seguro: Sí No

(Proporcione una copia de la página de declaración de su seguro)

Compañía de seguros de automóviles de otra parte : _____

Teléfono: _____ Número de reclamo: _____

INFORMACION DEL ABOGADO

Qué bufete de abogados lo representa? _____

Nombre de su abogado: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

HISTORIAL MÉDICO

(marque todo lo que corresponda)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> COVID | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Drogadicción | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> ETS |
| <input type="checkbox"/> Anorexia/Bulimia | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo | <input type="checkbox"/> Accidente
cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Bocio | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> La Gota | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Osteopenia | <input type="checkbox"/> Tos ferina |
| <input type="checkbox"/> Bultos en los senos | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hernia de disco | <input type="checkbox"/> Neumonía | |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Polio | |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Prótesis | |

Nombre de su médico personal: _____ Teléfono: _____

Está embarazada? Sí No Fecha debida del embarazo: _____

Ejercicio: Ninguno Moderado Diario Pesado

Actividades de trabajo: Sentado De pie Trabajo ligero Trabajo pesado

LESIONES PREVIAS

Caídas: Sí No Cuando: _____

Describir: _____

Lesiones en la cabeza: Sí No Cuando: _____

Describir: _____

Huesos Rotos: Sí No Cuando: _____

Describir: _____

Luxaciones/dislocación: Sí No Cuando: _____

Describir: _____

Accidente automovilístico: Sí No Cuando: _____

Describir: _____

Lesiones de trabajo: Sí No Cuando: _____

Describir: _____

Cirugías anteriores de cuello/espalda: Sí No Cuando: _____

Describir: _____

Otras Cirugías: Sí No Cuando: _____

Describir: _____

INFORMACION DEL ACCIDENTE

Nombre: _____

Fecha del accidente: _____

Descripcion de su vehiculo:

Marca y Modelo: _____

Tiempo del accidente: Día Húmedo

Condiciones de la calle: Seco Damp Mojado Nieve/Hielo

Que estaba haciendo: Parado reduciendo la velocidad Navegar

Acelerando Girando ala derecha Girando ala izquierda

El otro vehiculo:

Marca y Modelo: _____

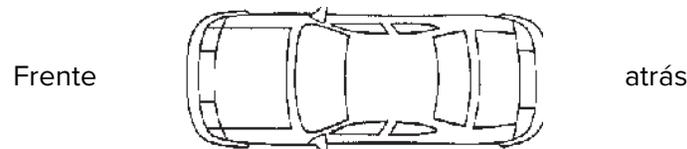
Velocidad a el tiempo de impacto: 0-5 mph 5-10 mph 10-15 mph 25 mph+

Ubicación del impacto:

Por favor describe que paso:

En qué parte golpearon su vehículo?:

Por favor marca en este diagrama:



Su vehículo esta dañado?: Si No

Otro vehículo?: Si No

Por favor describe el daño:

Rozaduras de pintura y rayones Daños menores Daños mayores, pero manejable

Daños mayores, pero no manejable Caro es pérdida total

En el momento del impacto, estaba usted:

Conductor **Pasajero** **Pasajero de atrás** - pasajero / atrás del conductor/ en medio
Cinturón de seguridad puesto?: Si No
Fueron aplicados los frenos?: Si No
Se activó la bolsa de aire?: Si No
El asiento se quebró?: Si No
Miro o escucho el otro vehículo que se acercaba?: Si No
Se preparó para el impacto?: Si No
Estaba deteniendo el volante?: Si No N/A
Posición de su cabeza en el momento del impacto:
 Recto Girado ala derecha Girado ala izquierda
 Mirando el retrovisor Mirando el retrovisor lateral
Movimiento de la cabeza al impactar: Atrás/Frente Izquierda/Derecha Inseguro
Posición de su cuerpo en el momento del impacto:
 Recto Girado ala derecha Girado ala izquierda
 Mirando el retrovisor Mirando el retrovisor lateral
Movimiento de su cuerpo al impactar: Atrás/Frente Izquierda/Derecha Inseguro

Que parte de su cuerpo se golpeó sobre el impacto en su vehículo:

Cabeza Superior Espalda Cadera Derecha Rodilla Izquierda
 Pecho Cintura Pierna Derecha Pie/Tobillo Izquierdo
 Hombro Izquierdo Hombro Derecho Rodilla Derecha Otro: _____
 Brazo Izquierdo Brazo Derecho Right Foot/Ankle _____
 Codo Izquierdo Codo Derecho Cadera Izquierda _____
 Mano/Muñeca Izquierda Mano/Muñeca Derecha Pierna Izquierda _____
Que Pego?:
 Salpicadero/Tablero El parabrisas Ventana lateral Puerta Consola central

Inmediatamente después del accidente:

Mareado/Aturdido Molesto Débil Nervioso Dolor de cabeza
 Desorientado Náusea Vómitos Quedo inconsciente



Jaime DiOrio-Phillips, D.C.

7380 W Sahara Ave # 100
Las Vegas, NV 89117
(702) 252-7246 | spinecenterlv.com

Dolor: Indique si sintió dolor inmediatamente después del accidente- marque las que apliquen

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cabeza | <input type="checkbox"/> Hombro Izquierdo | <input type="checkbox"/> Codo Derecho | <input type="checkbox"/> Cadera Izquierda |
| <input type="checkbox"/> Cara | <input type="checkbox"/> Brazo Izquierdo | <input type="checkbox"/> Mano/Muñeca Derecha | <input type="checkbox"/> Pierna Izquierda |
| <input type="checkbox"/> Cuello | <input type="checkbox"/> Codo Izquierdo | <input type="checkbox"/> Cadera Derecha | <input type="checkbox"/> Rodilla Izquierda |
| <input type="checkbox"/> Espalda Superio | <input type="checkbox"/> Mano/Muñeca Izquierda | <input type="checkbox"/> Pierna Derecha | <input type="checkbox"/> Pie/Tobillo Izquierdo |
| <input type="checkbox"/> Media Espalda | <input type="checkbox"/> Hombro Derecho | <input type="checkbox"/> Rodilla Derecha | <input type="checkbox"/> Pecho |
| <input type="checkbox"/> Cintura | <input type="checkbox"/> Brazo Derecho | <input type="checkbox"/> Pie/Tobillo Derecho | <input type="checkbox"/> Pelvis |

Entumecimiento: Indique si sintió entumecimiento o hormigueo después del accidente

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Brazo Izquierdo | <input type="checkbox"/> Brazo Derecho | <input type="checkbox"/> Pierna Izquierda | <input type="checkbox"/> Pierna Derecha |
| <input type="checkbox"/> Mano Izquierda | <input type="checkbox"/> Mano Derecha | <input type="checkbox"/> Pie Izquierdo | <input type="checkbox"/> Pie Derecho |

INFORMACION MEDICAL

(Recibió atención medica antes de venir a nuestra oficina)

- Fue transportado por ambulancia?: No Si – Hospital: _____
- Busco atención medical por su cuenta?: No Si
- En Donde?: Cuarto de emergencia Cuidado Urgente Doctor familiar Quiropráctico
- Cuando?: Inmediatamente después del accidente Mismo día, pero después Día: _____
- Estás tomando alguna medicación: No Si
- En caso afirmativo, nombre:

- Exámenes?: Rayos X Resonancia Magnética Tomografía Computarizada

SÍNTOMAS

Pacient

Fecha

Fecha de accidente

Por Favor Marque todos los Síntomas que ha sentido recientemente que no sentia antes del accidente.

Síntomas Ortopédicos y Musculo-esqueléticos

- Sonidos Torpes Con Movimiento del Cuello
- Dolor de Cuello
- Dolor de Espalda
- Dolor de Cintura
- Dolor de Hombro Izquierdo Derecho
- Dolor de Brazo Izquierdo Derecho
- Dolor de Codo) Izquierdo Derecho
- Dolor de Antebrazo Izquierdo Derecho
- Dolor de Mufieca Izquierdo Derecho
- Dolor de Mano Izquierdo Derecho
- Dolor de Cadera Izquierdo Derecho
- Dolor del Muslo Izquierdo Derecho
- Dolor de Rodilla Izquierdo Derecho
- Dolor de Pierna Izquierdo Derecho
- Dolor de Tobillo Izquierdo Derecho
- Dolor del Pie Izquierdo Derecho
- Dolor de la Quijada
- Tronidos en la Quijada
- Dolor al Masticar
- Dolor en la Cara
- Dolor en el Pecho
- Dolor de Estomago
- Moreton en: _____
- Raspon/Cortadas en: _____
- Otros Sintomas: _____

Síntomas Neurológicos

- Entumecimiento en los Brazos / Manos Iz Der
- Entumecimiento en las Piemas / Pies Iz Der
- Hormigueo en los Brazos / Manos Iz Der
- Hormigueo en las Piemas / Pies Iz Der
- Debilidad de los Brazos / Manos Iz Der
- Debilidad de las Piemas / Pies Iz Der

Síntomas Asociados con sus Lastimaduras

- Problemas con sus Movimientos
- Dolores de Cabeza
- Espasmos 0 Tensión Muscular
- Mareos
- Problemas con su Vista
- Interrupción con el Sueño, Mal Dormir
- Dolor que se corre a sus extremidades
- Ansiedad
- Depreción
- Estoy tomando Medicamentos no de Prescripción.
- I am taking the following medications

Brain/Neuropsych/MTBI/PTSD Symptoms

- Deseos de Estar Solo
- Deseos De Dormir
- Nausea 0 Vomitos
- Dificultad para
- Soñar Despierto
- Agitado
- Cambios en su Actitud
- Visión Borrosa
- Tristesa
- Desorientado
- Ver Doble
- Dificultad al Hablar
- Confundido
- Problemas con la Atención
- Sentimiento de Soledad
- Pupilas de Diferentes Tamaños
- Cambios con el Apetito
- Dificultad al Caminar
- Mareos
- Muy Cansado/a
- Problemas con el Balance
- Casi se Duerme Durante el Dia
- Dificultad en Enfocarse/Se Distrae Facilmente
- Dificultad para Leer
- Cambio de Personalidad
- Dificultad Poniendo Atención
- Dificultad Recordando Números
- Dificultad para Aprender Cosas Nuevas
- Dificultad para Escribir
- Dificultad Recordando Cosas
- Dificultad para Sumar y Restar
- Dificultad en hacer Decisiones
- Dificultad Comprendiendo
- Reducción de Confianza en si Mismo
- Tener que volver a leer algo para comprenderlo
- Irritable
- Ira/Enojo
- Cambios en el Sentido del Olfato
- Cambios en el funcionamiento sexual
- Frustración
- Sentimientos de Desamparo
- Impaciencia
- Apatía (No me importa)
- Dificultades en Planear o de Organizar
- Cambios en el Sentido de Sabor
- Memorias Recurrente del Accidente
- Problemas al Oir
- Dificultad en Cordinación Manual

Patient Signature

Dr. Signature



Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Fecha de hoy: _____

A. CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN: Fecha de la lesión _____ Reporta: Paciente Padres Esposa/o Otro _____

1. Descripción de la lesión _____

- 1a. Hay alguna evidencia de un golpe fuerte en la cabeza (directo o indirecto)? Si No Desconocido
 1b. Hay alguna evidencia de una lesión intracraneal o fractura del cráneo? Si No Desconocido
 1c. Lugar del impacto: Frontal Temporal izq. Temporal derecho Parietal izq. Parietal derecho Occipital Cuello Fuerza indirecta
2. Causa: Accidente automovilístico Accidente Peatonal Caída Asalto Deportes (específica) _____ Otro _____
3. Amnesia Antes: Hay algo que no recuerde que ocurrió justo antes del accidente (incluso breve)? Si No Duración _____
4. Amnesia Después: Hay algo que no recuerde que ocurrió justo después del accidente (incluso breve)? Si No Duración _____
5. Pérdida de Conciencia: Perdió la conciencia? Si No Duración _____
6. Síntomas Tempranos: Parece aturdido Esta confundido acerca de los eventos Responde las preguntas lentamente
 Repite las preguntas Olvidadizo (información reciente)
7. Convulsiones: Se observaron convulsiones? Si No Detalles _____

B. LISTA DE SÍNTOMAS* Desde la lesión o accidente, ha experimentado cualquiera de estos síntomas más de lo usual hoy o en los días pasados? **Indica la presencia de cada síntoma (0=No, 1=Si).**

Físico (10)	0	1	Cognitivo (4)	0	1	Sueño (4)	0	1	N/A
Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensación de niebla mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adormilado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentirse lento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durmiendo menos de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durmiendo más de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para recordar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para conciliar el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cognitivo Total (0-4)	_____		Sueño Total (0-4)	_____		
Problemas Visuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emocional (4)			Esfuerzo: Empeoran estos síntomas con: Physical Activity <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Cognitive Activity <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Calificación General: Qué tan diferente está actuando en comparación de antes del accidente? Normal 0 1 2 3 4 5 6 Muy Diferente			
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sensibilidad al ruido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mas emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Entumecimiento/hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Físico Total (0-10)	_____		Emocional Total (0-4)	_____					
(Sume el total del Físico, Cognitivo, Emocional, Desorden del sueño)			Puntuación total de síntomas (0-22)			_____			

C. FACTORES DE RIESGO para una recuperación prolongada (Marque todo lo que corresponda)

Historial de Contusión?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Historial de Dolores de Cabeza?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Historial de Desarrollo	Historial Psiquiátrico
Previo # 1 2 3 4 5 6+	<input type="checkbox"/>	Tratamiento previo para dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	Dificultades de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Ansiedad
Duración del síntomas más largo Días _____ Semanas _____ Meses _____ Años _____	<input type="checkbox"/>	Historial De Migrañas	<input type="checkbox"/>	Déficit de atención/ Desorden de hiperactividad	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Desorden de sueño
Múltiples contusiones, menos fuerza causó esta lesión? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Personal <input type="checkbox"/> Familiar _____	<input type="checkbox"/>	Otro trastorno del desarrollo _____	<input type="checkbox"/> Otro desorden psiquiátrico _____

Anote cualquier otro trastorno comórbido o medicación que esté usando (ej. convulsiones, hipotiroideo) _____

D. SENALES DE ALERTA para manejo de emergencia aguda: Consulte al departamento de emergencia con inicio repentino de cualquiera de los siguientes:

- Dolores de cabeza que empeoran • Dolor de cuello • Se ve muy somnoliento/ No puede despertar • No puede reconocer gente o lugares
- Convulsiones • Vomito constante • Aumenta confusión o irritabilidad • Cambio de comportamiento inusual • Signos neurológicos focales
- Habla arrastrado • Debilidad o entumecimiento de brazos/piernas • Cambio en el estado de concienciaconsciousness

E. Diagnósis (ICD): Concussion w/o LOC 850.0 Concussion w/ LOC 850.1 Concussion (Unspecified) 850.9
 Other (854) _____ No diagnosis

F. Follow-Up Action Plan: Complete ACE Care Plan and provide copy to patient/family.

- No Follow-Up Needed Physician/Clinician Office Monitoring: Date of next follow-up _____
- Referral: Neuropsychological Testing
 Physician: Neurosurgery Neurology Sports Medicine Physiatrist Psychiatrist Other
 Emergency Department

ACE Completado por: _____



Jaime DiOrio-Phillips, D.C.

7380 W Sahara Ave # 100

Las Vegas, NV 89117

(702) 252-7246 | spinecenterlv.com

PÓLIZA DE LA OFICINA

JaimeDiOrio-Phillips, D.C. ha hecho una copia de la notificación de prácticas de privacidad a mi disposición. Entiendo que tengo el derecho de revisar las prácticas de privacidad antes de firmar este documento. La notificación de prácticas de privacidad.

Jaime DiOrio-Phillips, D.C. se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen el Aviso de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener una copia revisada de estos formularios llamando a la oficina y solicitando se enviará una copia revisada para mí en el correo o pedir uno en el momento de mi siguiente cita. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, salvo en la medida en que The Spine Center ha tomado acción en confianza en este consentimiento.

Inicial _____

Yo doy permiso a Jaime DiOrio-Phillips, D.C. a tratarme en una habitación abierta donde otros pacientes también siendo tratados. Estoy consciente de que otras personas en la oficina pueden escuchar algunas de mi información protegida de salud en el curso de atención.

Inicial _____

Jaime DiOrio-Phillips, D.C. mantendrá sus registros médicos para cinco después de su última fecha de servicio una vez que han pasado cinco años reservado a los registros médicos serán destruidos de manera que se reúnen las relaciones federales.

Inicial _____

En un esfuerzo por evitar las citas perdidas, usted recibirá un recordatorio automático de su cita el día antes de su cita.

Cualquier cita cancelas o perdido con menos de 24 horas se le cobrará una cita perdida. La cuota cita perdida de \$ 25.00 debe ser pagado antes de / o en el momento de su próxima cita. Esta cantidad no es elegible para la facturación de seguros y es la responsabilidad del paciente.

Inicial _____

***CONSENTIMIENTO MINOR**

(Menor es cualquier persona menor de 18 años de edad en el momento de la atención)

Yo soy el padre, tutor o representante personal de _____ (nombre del niño) y no hay órdenes de la corte ahora vigente que me prohíben firmar este consentimiento. Hago presente solicito y autorizo The Spine Center y el personal para llevar a cabo los servicios necesarios para el niño nombrado arribaincluyendo pero no limitado a los rayos X y los tratamientos que se considere conveniente por el médico , o no estoy presente cuando se hace el tratamiento . Estoy de acuerdo en mantener The Spine Center libre e inofensivo de cualquier reclamo y / o trajes de daños o complicaciones que puedan derivarse de dicho tratamiento.

Imprimir nombre del niño(a) _____

Firma de Paciente o Guardián _____ **Fecha** _____



Jaime DiOrio-Phillips, D.C.

7380 W Sahara Ave # 100

Las Vegas, NV 89117

(702) 252-7246 | spinecenterlv.com

PÓLIZA DE LA OFICINA

Nuestra oficina se complace en aceptar su seguro de salud tan pronto como su cobertura exacta es verificada por la parte responsable. Vamos a presentar sus formularios de reclamación y le ayudará siempre que podamos. Sin embargo, hay que entender plenamente que el contrato es entre usted y su compañía de seguros y usted es completamente responsable de cualquier cantidad no pagada por su seguro. Si portador tiene una "red" de los proveedores, es su responsabilidad asegurarse de que estamos en la red. Su seguro debe pagar en el plazo de 30 días. Si su seguro no ha pagado en los 60 días que debe pagar el saldo adeudado y ser reembolsados por su compañía de seguros cuando y si vale la pena. Habrá un cargo de interés del 7% anual (año) cargado en todos los saldos pendientes de pago de más de 60 días. Vamos a facturar a su semanal de seguro, siempre y cuando usted está recibiendo la atención quiropráctica con nuestra oficina. Una vez que hemos recibido un cheque de su compañía de seguros se le cobrará por cualquier diferencia en el pago. Pacientes en efectivo se paga en el momento del servicio. Nuestra oficina no garantiza que su seguro pagará. Vamos a hacer todo lo posible, en el comienzo de su atención médica, para recibir la verificación de su póliza y lo que cubre. Sin embargo, si por alguna razón se le niega su reclamo de seguro usted es responsable por el importe total de su factura. Nuestra oficina no entrará en una disputa con su compañía de seguros sobre su reclamo. Esta es su responsabilidad y obligación. Políticas de lesiones auto se facturarán como la cobertura médica de cabecera si usted ha estado en un accidente de auto. Una vez que su política se agota es posible que ya sea ir a través de un abogado o pagar por su tratamiento después de la marcha. Si usted está representado por un abogado, usted debe firmar gravamen de un médico que será remitido a su abogado. Por favor, tenga en cuenta que usted es responsable de su factura, independientemente de las circunstancias. Habrá un cargo de \$ 25.00 en todos los cargos por cheques devueltos. El paciente es responsable de todos los cargos y comisiones que pueden ser aplicados de una agencia de colección debido a saldos pendientes de pago. Paciente acuerda además que pagar tasa de interés del 2% mensual, 24% por año a partir de la primera fecha de la cuenta llega a ser delincente de 60 días.

Inicial _____

Por la presente solicito y consentimiento para el desempeño de la atención quiropráctica de The Spine Center y su personal. He tenido la oportunidad de discutir con el médico y su personal con el propósito y los beneficios del tratamiento quiropráctico. Aunque los ajustes y tratamientos quiroprácticos son generalmente beneficiosa una rara vez causan ningún problema, entiendo y estoy informado de que hay algunos riesgos para el tratamiento. Los riesgos incluyen pero no se limitan a: fracturas, lesiones de disco, derrames cerebrales, hematomas, luxaciones y esguinces. Entiendo que se me puede recibiendo el siguiente tratamiento: HOT / terapia de frío, el ICE MINERAL (O SUSTANCIA COMO), ultrasonido, EMS, tracción manual / FLEXIÓN, gatillo PUNTO DE TERAPIA, VIBRATORIA / MASAJE PROFUNDO DE TEJIDOS, TENS, ejercicios terapéuticos, estilo de vida AN INSTRUCCIONES DERGONOMIC, ajuste vertebral, las técnicas de movilización articular, la corrección postural, suplementos nutricionales, recomendaciones dietéticas, los rayos X, TRACCIÓN MECÁNICA Y LASER TERAPIA. Reconozco que hay garantía o seguridad se ha hecho por cualquier persona en relación con el tratamiento quiropráctico que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto.

Inicial _____

Certifico que he leído y entendido toda la información proporcionada por Jaime DiOrio-Phillips, D.C. Certifico que la información proporcionada por mí es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Imprimir nombre del paciente _____ **Date** _____

Firma de Paciente o Guardián _____



Jaime DiOrio-Phillips, D.C.

7380 W Sahara Ave # 100

Las Vegas, NV 89117

(702) 252-7246 | spinecenterlv.com

DERECHO DE RETENCION MEDICA

Yo, el paciente firmante (o tutor legal de un menor de edad), otorgo a The Spine Center (en lo sucesivo "centro médico") un derecho de retención sobre la recuperación de cualquier y todos los ingresos de cualquier fuente obtenidos a través de la liquidación, el juicio, para cualquier servicios médico prestados a mí o al menor de edad, para el tratamiento de las lesiones sufridas o la exacerbación de alguna condición médica (en lo sucesivo "tratamiento") que yo o el menor he indicado, creer o de hecho si surgen de un incidente que se produjo el o sobre la fecha se indica a continuación (en adelante "incidente"). Además, autorizo a la institución médica para proporcionar mi abogado con un informe completo de los exámenes, diagnósticos, tratamientos, pronósticos, así como la facturación para el tratamiento de este incidente. Por la presente notificación y en que, autorizo a mi abogado, a pagar directamente al centro médico la cantidad no pagada por los servicios prestados.

Entiendo que aparte de este derecho de retención, soy directa y plenamente responsable a la instalación médica para todas las cuentas médicas presentadas por ella por los servicios prestados. Incluso para las factures incurridos para el menor (Como se indica a continuación) que puede llegar a la mayoría de edad, por lo que puedo ser requerido para realizar un pago único o pagos periódicos, en la elección de la instalación médica. Este derecho de retención está hecho exclusivamente para la protección adicional de dicho centro médico, y en consideración de su pago en espera. Salvo que se disponga lo contrario a continuación, mi intención es que este derecho de retención, continúe hasta que todos los cargos han sido satisfechos. Estoy de acuerdo en que el estatuto de limitaciones de mi obligación de pago se suspende y no empieza a correr mientras que el centro médico está a la espera de pago a través de este derecho de retención. Además, entiendo que el pago de servicios no está supeditada a ningún acuerdo, sentencia o veredicto que el menor de edad o que pueden llegar a recuperarse.

Salvo que a continuación, estoy de acuerdo que nunca rescindir este derecho de retención, y yo no concedo cualquier abogado que pueda representar al menor o a mí el derecho de rescindirlo. Sin embargo, si mi primer abogado no firma puntualmente, reconocer y devolver este derecho de retención a la instalación médica dentro de los 10 (diez) días siguientes a la recepción de este derecho de retención, o si el primer abogado por cualquier motivo (por ejemplo, se retira, renuncia, es liberado por mí, o sustituido por otro abogado) ya no yo o el menor de edad por lesiones derivadas de este siniestro representa, a continuación, la cesión irrevocable de ganancias que he firmado con este centro médico fuera superior a este derecho de retención y produce efectos inmediatos. Por otra parte, si un abogado modifica este derecho de retención de ninguna manera, entonces el Procedimiento de Asignación fuera superior a este derecho de retención y produce efectos inmediatos cuando se produzca la modificación. Estoy de acuerdo en notificar prontamente al centro médico de cualquier cambio de mi dirección o cambio o adición de abogado(s).

Para mi abogado: Por favor, reconocer este derecho de retención médica firmando abajo y devolverlo a la oficina del centro médico.

Fecha de Incidente: _____ **Imprima Nombre:** _____

Fecha: _____ **Firma del paciente o tutor legal de un menor:** _____

Yo, el abogado firmante, el estado que yo soy el abogado de registro para este paciente; Reconozco que estoy en la recepción de este derecho de retención; y yo de acuerdo en observar sus términos mediante la retención de las sumas de cualquier arreglo, juicio o sentencia que se le deben a la instalación médica, para su compensación o beneficio. También estoy de acuerdo con prontitud (1) notificar a la instalación médica si interrumpo representación de este paciente/cliente, y (2) proporcionar cualquier abogado posterior del paciente por este incidente una copia de este derecho de retención, junto con todas las instalaciones médicas de registros y facturas en mi o posesión de mi bufete de abogados. En el evento se litigó este derecho de retención, la parte ganadora se adjudicará honorarios de abogados y costos.

Nombre de Abogado: _____ **Firma de Abogado:** _____

Número de Teléfono: _____ **Dirección:** _____

Por favor, de firmar, fecha y devolver una copia a la oficina del centro médico dentro de 10 días siguientes a la recepción. También hay que tener una para sus registros.



Jaime DiOrio-Phillips, D.C.

7380 W Sahara Ave # 100

Las Vegas, NV 89117

(702) 252-7246 | spinecenterlv.com

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

(Ultimos cuatro numeros) de SS: _____ Numero de Lic.: _____

Compañía de seguros: _____

Numero de Reclamación: _____

ASIGNACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Yo, el paciente abajo firmante (o tutor legal de un menor de edad), (también denominado en lo sucesivo como "paciente") de The Spine Center ("centro médico"), para siempre e irrevocablemente asignar cualquier y todas las ganancias que paciente recibe de la Compañía de seguros por dicho encima, que se pagará directamente al abogado del centro médico, CRAIG K. PERRY & ASSOCIATES, para servicios prestados al paciente en relación con la Fecha del incidente indicado a continuación. Yo autorizo y doy dirección a la Compañía de seguros de retener de cualquier acuerdo, fallo o veredicto de la cantidad total de los servicios médicos no remunerados prestados a los pacientes según centro médico. Yo entiendo y acepto que dicho bufete de abogados está autorizado a ponerse en contacto conmigo en nombre de la institución de tratamiento médico para obtener información sobre los hechos y el estado de El caso de paciente (por ejemplo, la finalización de la atención, el estado de liquidación, información de la compañía de seguros, etc.).

Yo autorizo y doy permiso al centro médico para compartir con Compañía de seguros con todos los informes, hallazgos, interpretaciones, las impresiones, los tratamientos, diagnósticos, estudios de diagnóstico o centro médico que puede realizar el paciente en relación con cualquier lesión en la que el paciente se involucró en o alrededor de la fecha del incidente.

Yo entiendo perfectamente que soy directa y plenamente responsable al servicio médico para todos los gastos médicos asociados con los servicios prestados a mí, si hay o no hay ninguna recuperación financiera de la compañía aseguradora o otra fuente. También entiendo y acepto que esta asignación de los peajes de ningún tipo de limitaciones que comienza el momento de tomar medidas para cobrar las cantidades que le debo al centro médico por los servicios rendidos, y que mis obligaciones de pago de estas facturas no están supeditadas a la obtención de una recuperación del producto en el caso del paciente.

Si el paciente no tiene un abogado y más tarde decide retener uno, entonces estoy de acuerdo con lo antes posible (1) notificar al centro médico con información de contacto relativa de el abogado y (2) notificar al abogado referente a la existencia de esta Asignación de Procedimiento. En el caso que se pague al paciente en concepto de acuerdo, fallo veredicto, estoy de acuerdo de no aceptar ningún dinero de cualquiera del abogado o de la compañía de seguros o el abogado del paciente de cualquiera de las ganancias que he asignado y que está previsto para este centro médico. Fondo para el médico será pagado en su totalidad fuera de los primeros ingresos recibidos pagado por la compañía de seguros o el fiscal.

Fecha de Incidente: _____ **Fecha:** _____

Imprimir Nombre del paciente

Firma del paciente o tutor legal del paciente menor de edad

The Spine Center reconoce que el bufete de abogados de CRAIG K. Perry & Associates es el abogado de The Spine Center y otorga a la firma de abogados poder limitado para hacer cumplir este Procedimiento de Asignación, y para recibir, endosar y depositar en su cuenta de fideicomiso los fondos recibidos.

Representante autorizado de The Spine Center _____ **Fecha:** _____



Jaime DiOrio-Phillips, D.C.

7380 W Sahara Ave # 100

Las Vegas, NV 89117

(702) 252-7246 | spinecenterlv.com

AUTHORIZATION TO OBTAIN MEDICAL INFORMATION

Patient Name (printed) _____ **DOB** _____

I authorize any physician, dentist, chiropractor, hospital, pharmacist, medical professional, health care provider, insurance company, worker compensation provider, or employer to disclose all information about past and present medical care, history, physical condition, and injuries including itemized statements to The Spine Center.

I agree that this authorization will remain valid up to one year of the signed date, unless revoked by delivery of written notice to The Spine Center.

I hereby designate the above named company and its claims personnel as my designated representative, pursuant to NCGS Sec 90-411 for the purpose of obtaining copies of my medical records, the production of which is authorized herein. It is specifically my intent that this designation provide to the company named above the benefit of the maximum fees established in NCGS Sec 90.41.

I understand that I (or my representative) am entitled to receive a copy of this authorization. A photocopy of this form may be accepted as the original.

I (or the patient named above) have received health care treatment from the following providers:

Provider Name _____ **Phone** _____

Provider Name _____ **Phone** _____

Insurance Company _____ **Phone** _____

Requesting:

- Entire File Related to MVA on _____ Diagnostic Tests
- Progress Notes Auto Insurance Declaration Page

Please send records to:

The Spine Center
7380 W Sahara Ave #100
Las Vegas, NV 89117
Phone # (702) 252-7246
Fax # (702) 251-9650

Signature of Patient or Person Authorized to Act on Patient's Behalf

Date



Jaime DiOrio-Phillips, D.C.

7380 W Sahara Ave # 100

Las Vegas, NV 89117

(702) 252-7246 | spinecenterlv.com

AUTHORIZATION TO OBTAIN MEDICAL INFORMATION

Patient Name (printed) _____

DOB _____ **Date of Injury:** _____

I authorize any physician, dentist, chiropractor, hospital, pharmacist, medical, professional, health care provider, Insurance company, worker, compensation provider or employer to disclose all information about past and present medical care, history, physical condition, and injuries including itemized statements to Complete Injury Mangemnent for the purpose of review and evaluation in connection with a legal claim.

I agree this authorization will remain valid until the conclusion of my claim. I understand I have the right to revoke this authorization at any time and must do so in writing.

I understand I am entitled to a copy of this authorization. I understand any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized re-disclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules.

I understand signing this authorization may not condition treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits.

Name of Healthcare Provider/Physician/Facility

Phone

Please send records to:

Complete Injury Management
3217 E. Warm Spring Road
Las Vegas, NV 89120
Phone # (702) 227-4878
Fax # (702) 272-2013

Signature of Patient or Legal Representative

Relationship to Patient

Date



Jaime DiOrio-Phillips, D.C.

7380 W Sahara Ave # 100

Las Vegas, NV 89117

(702) 252-7246 | spinecenterlv.com

SEGURO DE SALUD RENUNCIA

Tengo el honor de dirigir, como mi médico, no facturar o utilizar mi seguro de salud personal para cualquiera de los tratamientos prestados por usted y su oficina por las lesiones sufridas en el incidente para el que ahora estoy en busca de tratamiento.

Yo creo, y lo he dicho como el profesional, que el incidente no fue mi culpa. No deseo ser penalizado de ninguna manera por fechoría de otra persona. Mis derechos de seguro de salud puede verse afectada negativamente, como limitar mi número total de visitas al consultorio de un máximo anual y si los utilizo para las lesiones de este incidente, que perderán este derecho seguro para futuras visitas a la oficina. O bien, no quiero ser responsable de los copagos, deducibles o servicios no cubiertos por estas mismas razones. Yo deseo, y elegir, para preservar mis visitas de seguro de salud y co-pagos o deducibles para cualquier futura similar atención médica donde se puede optar por utilizar mi cobertura de la asistencia sanitaria.

En consecuencia, mientras se le permite facturar a mi seguro de auto si med-pay (pagos médicos) está disponible, se le indica a no facturar a mi seguro de salud médica. Esta directiva es efectiva inmediatamente y me cubre desde la fecha de mi primera visita a la oficina de su relación con este incidente, y continúa hasta el final de mi tratamiento de estas lesiones. Hago esta directiva voluntaria, de mi propia preferencia y sin ninguna coerción o coacción de ningún tipo por usted o miembros de su personal.

Entiendo que al elegir esta opción, estoy de acuerdo que no voy a dejar sin efecto esta Directiva, una vez dada a menos que la rescisión se da por escrito por mí en el plazo de catorce días (14) naturales siguientes a la firma del presente Directiva. De lo contrario, usted, como profesional de la medicina, probablemente sería más allá de la fecha límite para la presentación de mis facturas para el pago a mi compañía de seguro médico, o yo estaría creando otros problemas para el pago de sus servicios bajo mi plan de salud. Voy a ser el único responsable de notificar a cualquier abogado que ahora o más tarde retengo de esta directiva. En caso de cualquier litigio que surja en virtud de esta Directiva, la parte ganadora tendrá derecho a recuperar los honorarios y costos de su abogado razonable. Lugar para cualquier litigio que surja de este incidente será donde se prestan los servicios médicos.

Imprimir nombre del paciente _____

Fecha _____

Firma _____