

LISTA:

- Formularios de admisión completados lo mejor que se pueda (incluido con este formulario);
- Todos los papeles, cartas, formularios de seguro o otros documentos relacionados con la colisión o el tratamiento posterior;
- Licencia de conducir
- El informe de policía (si la tiene) y el informe del DMV;
- Imágenes de daños a su y los otros automóviles, escena del accidente y lesiones (cortes, hematomas, puntadas, vendajes, etc.)
- Factura final por daños si su vehículo ha sido reparado, o la estimación de daños si su automóvil aún no ha sido reparado

PRE-MEETING CHECKLIST:

- Intake Forms filled out to the best of your ability (enclosed with this form);
- All papers, letters, insurance forms or other documents regarding the collision or subsequent treatment;
- Drivers License
- Police report (if you have it) and DMV report;
- Pictures of your and other vehicles automobile damage, accident scene, and injuries (cuts, bruises, stitches, bandages, etc.)
- Final Damage Bill if your vehicle has been repaired, or the Damage Estimate if your car has not yet been repaired

FORMULARIO CONFIDENCIAL DE INGRESO DEL CLIENTE

Fecha de la entrevista: *Date of Interview* _____ Fecha del accidente: *Date of Crash* _____

Referido por: *Referred By* _____

Nombre del cliente: *Name* _____

Dirección: *Address*: _____

Círcula el método de contacto preferido:

Teléfono: *Phone (casa) home* _____ (trabajo) *work* _____

(Móvil) *Mobile* _____ correo electrónico *e-mail* _____

Fax _____

Fecha de nacimiento: *Date of Birth* _____ SSN: _____

Número de licencia de conducir: *Driver's License* _____

Hospitalizaciones, Urgencias, Tratamientos, Especialistas, Terapeutas o Cirugías (Relacionados solo con esta colisión): *Hospitalizations, ER, Treatments, Specialists, Therapist or Surgeries (Related only to this Collision)*:

Instalaciones	Ubicación	Médico	Cuándo?	Problemas?	Medicamentos?
<i>Facility</i>	<i>Location</i>	<i>Physician</i>	<i>When?</i>	<i>Problems?</i>	<i>Medications?</i>

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

* Si tiene más doctores / instalaciones, haga una lista de todos los proveedores para su caso hasta la fecha en una página separada. *If you have more doctors/facilities, please provide a list of all providers for your case to date on a separate page.*

Solicite a cualquiera de sus médicos que le recete la siguiente inmovilización: *Have any of your physicians prescribed the following immobilization:*

- Tirante para el cuello (espuma) *Neck Brace (Foam)* Tirante para el cuello (metal) *Neck Brace (Metal)* Tirante para el cuello (plástico) *Neck Brace (Plastic)* Corsé lumbar (flexible) *Lumbar Corset (Flexible)* Corsé lumbar (rígido)
- Férula *Splint* Fundición (fibra de vidrio) *Cast (Fiberglass)* Molde (Yeso) *Cast (Plaster)* Eslinga *Sling* Vendaje *Bandage* Soporte de apoyo *Support Brace* Reposo en cama *Bed Rest* Inmovilización *Immobilization*
- Otro *Other* _____

Le han tomado radiografías (rayos X) o otras imágenes? *Radiographs (X-Rays) or other imaging taken?*

- Sí *Yes* No Otro: *Other:* _____

Partes del cuerpo fotografiado? *Body Parts Imaged?* _____

Instrucciones de seguimiento *Follow-up Instruction?* _____

Empleo/ Employment

Empleador en el momento del accidente: *Employer at Time of Crash* _____

Dirección: *Address* _____

Título profesional: *Job Title* _____

Responsabilidades de trabajo: Oficina/Oficinista __ Trabajo ligero __ Trabajo moderado __ Trabajo pesado __
Job Duties: Office/Clerical Light Labor Moderate Labor Heavy Labor

Deberes específicos: *Specific Duties:* _____

A Faltado días en el trabajo? *Any Missed Days at Work?* _____

Escuela secundaria: *High School* _____

Grado más alto completado *Highest Grade Completed* _____

Universidad: *College:* _____

Campo de estudio: *Field of Study* _____

Título o Certificado: *Degree or Certificate* _____

Otro: *Other* _____

Militar: *Military* _____

Naturaleza del alta: *Nature of Discharge:* _____

Estado civil: *Marital Status:* S C D V Nombre del cónyuge: *Spouse's Name* _____

Dependientes y edades: *Dependents and Ages* _____

Altura *Height* _____ Peso: *Weight* _____ D / I con la mano? *Handed* _____

Historial de lesiones anteriores

Todos los reclamos anteriores por accidentes automovilísticos, reclamos de indemnización por accidentes de trabajo o otras reclamaciones de seguro / discapacidad de cualquier tipo (fechas, duración del tratamiento y tratamiento, adjudicaciones y resultado del tratamiento) *All Past Motor Vehicle Accidents, Workers Compensation claims, or other insurance / disability claims of any kind (Dates, Treatment and Treatment Duration, Awards and Outcome of Treatment)*

Historial médico previo

Quién es su médico regular? Nombre: *Who is your regular doctor? Name:* _____

Dirección: *Address:* _____

Teléfono *Phone:* _____

Usted fuma? Circule: SI NO Usted Bebe? Circule: No Ligero Social Moderado Pesado
(*Do you smoke? Circle: Yes No Do you drink? Circle: No Light Social Moderate Heavy*)

Problemas de salud actuales y cualquier medicamento recetado para su tratamiento (diabetes, hipertensión, úlceras, artritis, bultos de disco, ansiedad, depresión): *Current Health Issues and any Prescribed Medications for their treatment (Diabetes, Hypertension, Ulcers, Arthritis, Disc Bulges, Anxiety, Depression):*

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Haga una lista de todos los otros médicos o otros proveedores de atención médica (médicos y alternativos) que haya visto e incluya sus direcciones, las fechas o los períodos de tiempo en que los vio, las razones para verlos, los tipos de tratamiento que se le administraron, y si pueden tener alguna información que nos ayude a comparar su salud actual con su salud antes de la colisión. (Excluyendo los mencionados anteriormente).

Please list all other past doctors or other health care providers (medical and alternative) you have seen and include their addresses, the dates or time periods in which you saw them, the reasons for seeing them, the types of treatment given to you, and whether they might have any information that would help us compare your present health with your health before the collision. (Excluding those noted above.)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Haga una lista, con la mayor precisión y precisión posible, de todas las lesiones, enfermedades o condiciones médicas que haya tenido en su vida, incluso si no tienen similitud con las lesiones que recibió en esta colisión. Incluya las fechas aproximadas, la causa de las lesiones, los médicos que lo trataron y si se recuperó completamente de estos problemas. Si se hizo una demanda o reclamo por cualquiera de esas lesiones, por favor, así lo indique.

List, as carefully and accurately as you can, all injuries, illnesses, or medical conditions you have had in your life, even if they have no similarity to the injuries that you received in this collision. Include the approximate dates, the cause of the injuries, the doctors who treated you, and whether you fully recovered from these problems. If any lawsuit or claim was made for any of those injuries please so state.

Cirugías? *Surgeries?* _____

Fracturas? *Fractures?* _____

Enfermedad seria? *Serious Illness?* _____

Lesiones deportivas? *Sports Injuries?* _____

Historial anterior de quejas y tratamiento actuales? *Prior History of Current Complaints and Treatment?* _____

Cuántos días / semanas antes de buscar tratamiento? *How many days / weeks before you sought treatment?* _____

Cuál es la brecha más larga entre los tratamientos desde la colisión? *What is the longest gap between treatments since the collision?*
_____ día/semanas/ meses *days / weeks / months*

A dónde fue después del choque? *Where did you go after crash?*

Inicio *Home* Trabajo *Work* Hospital *Hospital*

Modo de transporte? *Mode of transportation?* _____

Empresas de ambulancia (relacionadas solo con esta colisión): *Ambulance Companies (Related only to this Collision):*

Compañía	<i>Company</i>	Fecha	<i>Date</i>	desde	<i>From</i>	a	To
----------	----------------	-------	-------------	-------	-------------	---	----

1. _____

2. _____

Hechos de la collision *Facts of the Collision*

Fecha: *Date* _____ Hora: *Time:* _____ Día de la semana: *Day of Week* _____

El accidente estaba en el trabajo? Si/No *Was the Crash on-the job? Yes/No*

Circula uno. Donde usted: Conductor, Pasajero del asiento delantero, Pasajero del asiento trasero, Operador de la motocicleta / Ciclomotor pasajero en motocicleta / Ciclomotor *Circle One. Where you the: Driver, Front Seat Passenger, Rear Seat Passenger, Motorcycle/Moped Operator, Motorcycle/Moped Passenger*

Hora del día (luz del día, amanecer, atardecer, oscuridad): *Time of Day (Daylight, Dawn, Dusk, Dark):* _____

Clima (Soleado, Lluvioso, Nevado, Helado) *Weather (Sunny, Rainy, Snowing, Icy, etc.)* _____

En qué calle sucedió? *What Street did it happen on?* _____

Condado *County* _____

Descripción de Accidente / Evento: *Description of Accident /Event* _____

En qué tipo de vehículo estaba? *What type of vehicle were you in?* _____

Numero de placa? *License plate number?* _____ Quién es el dueño del auto? *Who is the car's owner?* _____

Qué tipo de vehículo conducía el otro: *What type of vehicle was the other party driving* _____

Velocidad aproximada-Su vehículo: *Approximate speed – Your Vehicle:* _____ Velocidad aproximada-Otro vehículo *Approximate speed – Other Vehicle* _____

Posición del pie derecho o izquierdo del conductor (freno, embrague, ambos, gas, etc.): *Your Driver's Right and Left Foot Position (brake, clutch, both, neither, gas, etc.):* _____

En qué partes del automóvil en que estabas dañado? *What parts of the car you were in were damaged?* _____

Costo de reparar su automóvil: \$ *Cost of repairing your car: \$* _____

Dónde saco el estimado del daño? Tiene copia del presupuesto? *Where did you get the damage estimate done? Do you have copy of estimate?* _____

Alguna de las compañías de seguros lo remitió al garaje que hizo la estimación o dónde se reparó el automóvil? *Did either insurance company refer you to the garage who did the estimate or where the car was repaired?* _____

Le pagaron por el daño del vehículo? *Were you paid for the vehicle damage?* Sí No ¿Cuánto? _____

De dónde sacaste el vehículo reparado? Tienes una copia de Bill? *Where did you get the vehicle repaired? Do you have copy of Bill* _____

Ha hecho alguna declaración a alguna compañía de seguros o a otra persona? *Have you made any statements to any insurance company or anyone else:* _____

Usted o alguien más tiene fotografías de la escena del accidente, automóviles o sus lesiones? Sí No

Si es así, ¿quién? *Do you, or anyone else, have photographs of the accident scene, automobiles or your injuries? Yes No If so, who?*

Se remolcaron vehículos de la escena? Sí No Quién fue remolcado? Mio Otros controladores
Were any vehicles towed from the scene? Yes No Who's vehicle was towed? Mine Other Drivers

Daño estimado a otro (s) vehículo (s): Ninguno Mínimo Moderado Mayor

Estimated damage to other vehicle(s): None Minimal Moderate Major

Lo sacaron de la escena en ambulancia? *Were you taken from the scene by ambulance?* Sí No Usted rechazó una ambulancia? *Did you decline an ambulance?* Sí No

Si rechazó una ambulancia, ¿por qué? *If you declined an ambulance, why?* _____

La policía estaba en la escena? Sí No/se hizo un informe? Sí No/Quién tuvo la culpa? Usted

Were the police on-scene? Yes No Report Made? Yes No Who was at fault? You

Otro *Other* _____

Cree que alguno de los siguientes fue defectuoso y resultó en el accidente mismo o en un empeoramiento de sus heridas? *Do you believe that any of the following were defective and resulted in either the accident itself or a worsening of your injuries?*

Señales de tráfico Caminos Señal de tráfico Frenos Cinturón de seguridad Bolsa de seguridad Asiento

Road Signs Roads Traffic signal Brakes Seat belt Airbag Seat

Posición de la cabeza en el impacto: Recta Derecha Girada Izquierda Girada Arriba Abajo

Head position at impact: Straight Right Rotated Left Rotated Up Down

Tu posición del cuerpo? Bueno Adelante Lean Otro *Your body position? Good Forward Lean Other*

Fue el tipo de impacto de los vehículos: Delante, Lado derecho Lado izquierdo Ángulo oblicuo Parte trasera

Was the type of impact of the vehicles: Head-on Right Side Left Side Oblique angle Rear End

Sus bolsas de aire se desplegaron? Sí No/ Si es así, Le golpeó una bolsa de aire? Sí No

Did your airbag(s) deploy? Yes No If yes, were you struck by air bag? Yes No

Se rompieron tus asientos? Sí No/Se modificaron los ajustes del respaldo? Sí No

Did your seats break? Yes No Was seat back adjustments altered? Yes No

Estabas usando tu cinturón de regazo? Sí No Llevaba puesto el cinturón del hombro? Sí No

Were you wearing your lap belt? Yes No Were you wearing your shoulder belt? Yes No

Manos: Una en la rueda Izquierda Derecha Dos en la rueda No se acuerda

Hands: One on wheel Left Right Two on wheel N/A

Cinturón? SI NO El cinturón le dejó moreton? _____

Seatbelt: Yes No Did the Seatbelt bruise you?

Consciente del choque? Sí No Aware of Crash? Yes No

Golpeaste alguna parte del vehículo? Sí No Describe Did you strike any parts of the vehicle? Yes No

Describe _____

Golpeó el vehículo algún objeto después del choque? Sí No

Describe _____

Se rompió alguna ventana de su auto? Sí No

Recibió algún fragmento de vidrio en su cuerpo? Sí No

Fueron eliminados? Sí No Cuántos fragmentos se eliminaron? _____

Todavía hay restos de vidrio o otros fragmentos de la colisión en su cuerpo? Sí No

(Are there glass or other fragments from the collision still in your body?)

Have you required any surgeries involving the placement of orthopedic screws or plates? *Ha requerido alguna cirugía que implique la colocación de tornillos o placas ortopédicas?* Sí No

Número de tornillos _____ restante: _____ Número de placas: _____ # Restante: _____
of Screws? _____ # remaining: _____ # of Plates: _____ # Remaining: _____

Dónde estaba ubicado el reposacabezas antes del impacto? *Where was headrest located before impact*

Parte superior de la espalda *Upper Back* Cuello medio *Mid Neck* Cabeza med *Med Head* Cabeza superior *Upper Head* Ninguna *None*

Lesiones, Deterioro y Daños Injuries, Impairment & Damages

Inmediatamente después del bloqueo: ***Immediately After Crash:***

Síntomas: *Symptoms:* Dolor de Cabeza *Headache* Mareos *Dizziness* Náuseas *Nausea*

Confusión/desorientación *Confusion/disorientation* Dolor de cuello *Neck Pain*

Cualquier pérdida de sensación / hormigueo Dónde? *Any Loss of Sensation/Tingling Where?* _____

Dolor en las extremidades Dónde? *Extremity Pain Where?* _____

Dolor Entre Los Hombros
Upper Back pain

Dolor En Media Espalda
Mid Back Pain

Dolor Abajo Espalda
Low Back Pain

Qué Otro? *What Other?* _____

Lesiones como resultado del choque que actualmente están lesionados?: *Injuries as a result of the Crash that **currently** are injured?:* _____

Cuándo comenzaron los síntomas? *When did symptoms begin?* _____

Tiene su condición? *Has your condition?* Improved Mejorado *Gotten Worse* Empeorado Estado igual *Stayed the Same*

Su condición empeora durante cualquier momento del día? *Is your condition worse during any times of the day?* Sí No

Explique? *Explain?* _____

Circula las cosas que empeoran tus problemas *Circle the things that make your problems worse:* doblar *Bending* girar *Twisting*
caminar *Walking* estar de pie *Standing* sentado *Sitting* Movimiento *Movement* Acostado *Lying* Levantar *Lifting*
Otro *Other* _____

Hay algo que puedas hacer para obtener alivio? *Is there anything you can do to get relief?* Sí No

Explique? *Explain* _____

Alguna vez te trataron por alguna de estas afecciones? *Have you been treated for any of these conditions before?* Sí No
Hace cuánto tiempo y por quién? *How long ago and by whom?* _____

Qué tratamiento has recibido hasta ahora? *Medicación? What treatment have you received thus far? Medication?*

Resultados del tratamiento? *Results of treatment?* Bueno *Good* Malo *Bad*

Comentarios? *Comments?* _____

Sus lesiones interfieren con: *Are your injuries interfering with:*

Trabajo *Work* Educación *Education* Sueño *Sleep* Doméstico (Actividades dentro del hogar) *Domestic (Activities within the Home)* Domicilio (Deberes fuera del hogar) *Household (Duties outside the Home)* Recreación *Recreation* Rutina diaria *Daily Routine*

Entumecimiento /hormigueo /debilidad en los brazos? Sí No D I Nivel (es) _____
Numbness / tingling / weakness in arms? Yes No R L Level(s)

Entumecimiento / hormigueo /debilidad en las piernas? Sí No D I Nivel(es) _____
Numbness / tingling / weakness in legs? Yes No R L Level(s)

Cinturón de seguridad: Sí No/Se lastimó con el cinturón de seguridad? _____

Le dañaron algún órgano interno? Sí No/ Qué órgano(s): _____
Did you have any internal organs damaged? Yes No Which organ(s)

Hubo alguna ruptura? Sí No ¿Qué órganos? _____
Were any ruptured? Yes No Which organs?

Se eliminaron? Sí No ¿Qué órganos? _____
Were any removed? Yes No Which organs?

Perdiste la conciencia? Sí No ¿Cuánto tiempo? _____
Did you lose consciousness? Yes No How long?

Estabas en coma? Sí No Si es así, cuánto tiempo?
Were you in a coma? Yes No If so, how long?

Cuál de los siguientes sufres ahora, y no antes del accidente?
Which of the following do you suffer from now, which you did not prior to the accident:

Dolores de Cabeza Mareos Dificultad para concentrarse
Headaches Dizziness Difficulty Concentrating

Pérdida de memoria larga Pérdida de memoria corta Amnesia
Long Term Memory Loss Short Term Memory Loss Amnesia

Pérdida de la conciencia en la escena "Apagones" desde la collision Olvidar cajeros automáticos
Loss of Consciousness at Scene "Blackouts" Since Collision Forgetting ATM or other Numbers

Problemas de lectura Problemas de escritura Problemas de escritura
Reading Problems Writing Problems Typing Problems

Apatía Irritabilidad Trastornos del sueño
Apathy Irritability Sleep Disturbances

Cambios de personalidad Dificultades emocionales Dificultades de relación
Personality Changes Emotional Difficulties Relationship Difficulties

Visión borrosa Fotofobia (Sensibilidad a la luz) Cambios en la vision
Blurred Vision Photophobia (Sensitivity to Light) Vision Changes

Intolerancia al alcohol Intolerancia al calor Intolerancia al frío
Intolerance to Alcohol Intolerance to Heat Intolerance to Cold

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Comprensión deteriorada
<i>Impaired Comprehension</i> | <input type="checkbox"/> Aprendizaje deteriorado
<i>Impaired Learning</i> | <input type="checkbox"/> Deterioro de la atención
<i>Attention Impairment</i> |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la libido
<i>Loss of Libido</i> | <input type="checkbox"/> Períodos de tiempo faltantes
<i>Missing Periods of Time</i> | <input type="checkbox"/> Dificultades del habla
<i>Speech Difficulties</i> |
| <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral en collision
<i>Concussion in Collision</i> | <input type="checkbox"/> Náuseas
<i>Nausea</i> | <input type="checkbox"/> Vómitos
<i>Vomiting</i> |
| <input type="checkbox"/> Sed extrema desde colisión
<i>Extreme Thirst Since Collision</i> | <input type="checkbox"/> Fatiga
<i>Fatigue</i> | <input type="checkbox"/> Irregularidades menstruales
<i>Menstrual Irregularities</i> |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus (Zumbido de oídos)
<i>Tinnitus (Ringing of Ears)</i> | <input type="checkbox"/> Intolerancia al ruido
<i>Noise Intolerance</i> | <input type="checkbox"/> Pérdida de coordinación
<i>Loss of Coordination</i> |
| <input type="checkbox"/> Chocar con objetos a la vista
<i>Bumping Into Objects in View</i> | <input type="checkbox"/> Pérdida de equilibrio
<i>Loss of Balance</i> | <input type="checkbox"/> Fluido en los oídos
<i>Fluid in Ears</i> |
| <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva
<i>Hearing Loss</i> | <input type="checkbox"/> Vértigo (sensación de giro)
<i>Vertigo (Spinning Sensation)</i> | <input type="checkbox"/> Aumento de los síntomas en las multitudes
<i>Increased Symptoms in Crowds</i> |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad
<i>Anxiety</i> | <input type="checkbox"/> Depresión
<i>Depression</i> | <input type="checkbox"/> Cambio de personalidad
<i>Change in Personality</i> |
| <input type="checkbox"/> Recuerdos en escena de accidente
<i>Flashbacks to Accident Scene</i> | <input type="checkbox"/> Pensamientos intrusivos
<i>Intrusive Thoughts of Accident</i> | <input type="checkbox"/> Pesadillas desde collision
<i>Nightmares Since Collision</i> |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento raro desde colisión
<i>Unusual Behavior Since Collision</i> | <input type="checkbox"/> Retiro social
<i>Social Withdrawal</i> | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico
<i>Panic Attacks</i> |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos de Muerte/Suicidio
<i>Thoughts of Death / Suicide</i> | <input type="checkbox"/> Pérdida/subida de Peso _____lbs
<i>Weight Loss / Gain _____lbs</i> | <input type="checkbox"/> Pérdida de Sabor/ Olor
<i>Loss of Taste / Smell</i> |
| <input type="checkbox"/> Apagones con movimientos del cuello
<i>Blackouts with Neck Movements</i> | <input type="checkbox"/> Mareo con los movimientos del cuello
<i>Dizziness with Neck Movements</i> | <input type="checkbox"/> Sonido con el cuello en movimiento
<i>"Clunk" Sound w/ Moving Neck</i> |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del control de la vejiga
<i>Loss of Bladder Control</i> | <input type="checkbox"/> Pérdida del control intestinal
<i>Loss of Bowel Control</i> | <input type="checkbox"/> Pérdida de la sensación genital
<i>Loss of Genital Sensation</i> |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula
<i>Jaw Pain</i> | <input type="checkbox"/> Hacer clic en la mandíbula
<i>Clicking in Jaw</i> | <input type="checkbox"/> Dolor al masticar
<i>Pain with Chewing</i> |

Actividades Deterioradas *Impaired Activities*

Círcula todas las actividades que hayan sido afectadas de alguna manera por el accidente en cuestión:
Circle all activities which have been impaired in any way by the accident in question:

Actividades Diarias *Daily Activities*

bañarse / ducharse <i>bathing / showering</i>	flexión <i>bending</i>	cepillarse los dientes, <i>brushing teeth</i>	vestirse, <i>dressing</i>	conducir coche <i>driving car</i>
--	---------------------------	--	------------------------------	--------------------------------------

vacaciones <i>vacationing</i>	salir a cenar <i>dining out</i>	Ir al cine <i>movie going</i>	esta parado <i>standing</i>	sentado <i>sitting</i>
relaciones sexuales <i>sexual relations</i>	levantar <i>lifting</i>	eventos de la iglesia <i>church events</i>	cuidando niños <i>child care</i>	actividades religiosas (inclinarse / arrodillarse) <i>religious activities (bending/ kneeling)</i>

Lavando el pelo <i>shampooing hair</i>	Comiendo <i>eating</i>	moverse <i>moving</i>	leer <i>reading</i>	afeitarse <i>shaving</i>
compras <i>shopping</i>	viendo televisión <i>watching TV</i>	durmiendo <i>sleeping</i>	viajes <i>traveling</i>	eventos sociales <i>social events</i>

Actividades domésticas (actividades dentro del hogar) Domestic Activities (Activities within the Home)

flexión <i>bending</i>	cocinando <i>cooking</i>	planchado <i>ironing</i>	limpiando la casa <i>housecleaning</i>	lavandería <i>laundry</i>
lavar los platos <i>washing dishes</i>	aspirar <i>vacuuming</i>	polvoreda <i>dusting</i>	pintura <i>interior painting</i>	interior decorar <i>decorating</i>

Actividades del hogar (actividades fuera del hogar) Household Activities (Activities outside the Home)

recorte de los arbustos <i>trimming bushes</i>	jardinería <i>gardening</i>	recorte de árboles <i>tree trimming</i>	cortando el jardín <i>mowing lawn</i>	trabajo en el jardín <i>yard work</i>
pintura exterior <i>exterior painting</i>	lavando autos <i>car washing</i>	jardinería <i>landscaping</i>	Limpiando la casa <i>house maintenance</i>	actividades agrícolas <i>farm activities</i>

Actividades de trabajo Work Activities

sentado <i>sitting</i>	de pie <i>standing</i>	levantando <i>lifting</i>	usando el teléfono <i>using telephone</i>	trabajo en la computadora <i>computer work</i>
lectura <i>reading</i>	flexión <i>bending</i>	escritura <i>typing</i>	escribiendo <i>writing</i>	cuidado de niños <i>child care</i>

Actividades de hobby Hobby Activities

aerobic ejercicio <i>aerobic exercise</i>	tiro con arco <i>archery</i>	mochilero <i>backpacking</i>	boliche <i>bowling</i>	badminton <i>badminton</i>
baloncesto <i>baseball</i>	basquetbol <i>basketball</i>	cestería <i>basketry</i>	bicicleta <i>bicycling</i>	boxeo <i>boxing</i>
jugando con cartas <i>card playing</i>	acampar <i>camping</i>	bailando <i>dancing</i>	esgrima <i>fencing</i>	pesca <i>fishing</i>
volando <i>flying</i>	fútbol americano <i>football</i>	jardinería <i>gardening</i>	golf <i>golf</i>	balonmano <i>handball</i>
gimnasia <i>gymnastics</i>	clubes de salud <i>health clubs</i>	hockey <i>hockey</i>	cazar <i>hunting</i>	judo <i>judo</i>
montar caballo <i>horseback riding</i>	patinaje sobre hielo <i>ice skating</i>	karate <i>karate</i>	pintura <i>painting</i>	yoga <i>yoga</i>

trotar / correr
jogging/ running

fotografía
photography

raquetbol
raquetball

canotaje
rafting

vela
sailing

montañismo
mountain climbing

coser
sewing

esquiar en la nieve
snow skiing

nadar
swimming

caminar
walking

instrumentos musicales
musical instruments

voleibol
volleyball

esquí acuático
water skiing

deportes acuáticos
water sports

levantando pesas
weight lifting

Otro: *Other* _____

Actividades que ha realizado a pesar del dolor debido a necesidades financieras, familiares o personales (Deberes bajo coacción): *Activities which you have performed despite pain, due to financial, family or personal needs (Duties Under Duress):*

Trabajo Work Educación Education Doméstico (Actividades dentro del hogar) Domestic (Activities within the Home) Domicilio (Funciones fuera del hogar) Household (Duties outside the Home)

Cómo le ha cambiado el accidente la forma en que se siente? (Agregue una hoja adicional si necesita más espacio, esto es importante). *How has the accident change the way you feel about yourself? (Please add an additional sheet if you need more space — this is important.)*

Cómo cree que el accidente cambió de la forma en que otras personas se sienten por usted? (Agregue una hoja adicional si necesita más espacio, esto es importante). *How do you believe the accident changed the way other people feel about you? (Please add an additional sheet if you need more space — this is important.)*

The Body Chiropractic
Dr. Brian Cooke
7671 Northwoods Blvd Ste G
N. Charleston, SC 29406
(843) 820-5313 • Fax (843) 225-9024

CONTRATO DE ASIGNACIÓN

El abajo firmante, en lo sucesivo denominado paciente, reconoce y acepta los siguientes términos de asignación:

1. Autorizo a mi compañía de seguros y / o a cualquier compañía de seguros involucrada y responsable y / o a mi abogado a pagar directamente a The Body Chiropractic las cantidades que correspondan por los servicios prestados a mí. Retener tales sumas de cualquier beneficio de pagos médicos, beneficios sin culpa, beneficios de salud y accidentes, o cualquier otro beneficio de seguro obligado a reembolsarme o de cualquier acuerdo, juicio o veredicto en mi nombre, según sea necesario para proteger adecuadamente a The Body Quiropráctica
2. Doy un derecho de retención a The Body Chiropractic contra todos y cada uno de los beneficios de seguro mencionados en este documento y todos los ingresos de cualquier acuerdo, juicio o veredicto que pueda pagarme como resultado de las lesiones o enfermedades para las que he estado tratado por The Body Chiropractic.
3. En el caso de que una empresa obligada pueda tales pagos se niegue a hacer dichos pagos, a petición mía o de esta oficina, asigno y transfiero a The Body Chiropractic cualquier y todas las causas de acción que pueda tener o que puedan existir a mi favor contra tal compañía y autorice a The Body Chiropractic a procesar cualquier causa de acción ya sea en mi nombre o en nombre de la oficina y autorice a The Body Chiropractic a comprometerse, resolver o resolver de otro modo tales reclamos como lo considere oportuno.
4. Entiendo que sigo siendo personalmente responsable del monto total adeudado a The Body Chiropractic por los servicios prestados. Entiendo y acepto que esta asignación, gravamen y autorización no constituyen una contraprestación para que The Body Chiropractic espere el pago y que todos los aspectos del Contrato de pago aún se aplican.

Paciente / parte responsable

Fecha

Testigo

The Body Chiropractic

Dr. Brian Cooke
7671 Northwoods Blvd Ste G
N. Charleston, SC 29406
(843) 820-5313 • Fax (843) 225-9024

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CUIDADO

Un paciente que acude al médico le otorga permiso y autoridad para cuidarlos de acuerdo con las pruebas, el diagnóstico y el análisis adecuados. Los procedimientos clínicos que se realizan generalmente son beneficiosos y rara vez causan problemas. En casos raros, defectos físicos, deformidades o patologías subyacentes pueden hacer que el paciente sea susceptible de sufrir una lesión. El médico, por supuesto, no brindará atención médica específica si sabe que tal atención puede estar contraindicada. Es responsabilidad del paciente darla a conocer o aprender a través de los procedimientos de cuidado de la salud de cualquier cosa que padezca: defectos patológicos latentes, enfermedades o deformidades, que de otro modo no llamarían la atención del médico.

Acepto resolver cualquier reclamo o disputa que pueda tener en contra o con cualquiera de estas personas o entidades, ya sea en relación con la atención prescrita o de otro modo, se resolverá mediante arbitraje vinculante bajo los términos actuales de negligencia que se pueden obtener por solicitud escrita.

Firma del paciente

Fecha

La atención quiropráctica, al igual que todas las formas de atención médica, a la vez que ofrece un beneficio considerable también puede proporcionar cierto nivel de riesgo. Este nivel de riesgo suele ser mínimo, aunque en casos excepcionales la lesión se ha asociado con la atención quiropráctica. Los tipos de complicaciones que se han informado como secundarias a la atención quiropráctica incluyen lesiones por esguince / distensión, irritación del disco, posible lesión en el disco o dislocación vertebral o fracturas. Una de las complicaciones más infrecuentes asociadas con la atención quiropráctica, que se produce a un ritmo de entre una instancia por millón a uno por dos millones, en los ajustes de la columna cervical (cuello), puede ser una lesión de la arteria vertebral que podría provocar un accidente cerebrovascular.

Antes de recibir atención quiropráctica en esta oficina, se completará un historial de salud y un examen físico. Estos procedimientos se realizan para evaluar su condición específica, su salud general y, en particular, su salud de la columna vertebral. Estos procedimientos nos ayudarán a determinar si se necesita atención quiropráctica o si se necesitan más exámenes o estudios. Además, nos ayudarán a determinar si existe algún motivo para modificar su atención o proporcionarle una referencia a otro proveedor de atención médica. Se le informarán todos los hallazgos relevantes junto con un plan de atención antes de comenzar la atención. Entiendo y acepto que existen riesgos asociados con la atención quiropráctica y doy mi consentimiento para los exámenes que el médico considere necesarios, y para la atención quiropráctica, incluidos los ajustes de la columna, según se informa después de mi evaluación.

**Este aviso entra en vigencia a partir de _____ y vencerá en siete años después de la
(Fecha)**

Fecha en que recibió nuestros servicios por última vez.

Iniciales de Paciente

ACUERDO DE ARBITRAJE

Artículo 1: Acuerdo de Arbitraje: Se entiende que cualquier disputa sobre negligencia médica, es decir si cualquier servicio médico prestado bajo este contrato fue innecesario o no autorizado o se realizó de manera inadecuada, negligente o incompetente, se determinará mediante sumisión al arbitraje. según lo dispuesto por la ley estatal y federal, y no mediante una demanda o recurrir a un proceso judicial, a menos que la ley estatal y federal disponga la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al participar en él, renuncian a su derecho constitucional a que se decida en un tribunal ante un jurado y, en su lugar, aceptan el uso del arbitraje. Además, las partes no tendrán derecho a participar como miembros de ninguna clase de demandantes, y no habrá autoridad para que una disputa se decida sobre la base de una demanda colectiva. Un arbitraje solo puede decidir una disputa entre las partes y no puede consolidar ni unirse a los reclamos de otras personas que tengan reclamos similares.

Artículo 2: Todas las reclamaciones deben ser arbitradas: también se entiende que cualquier disputa que no esté relacionada con negligencia médica, incluidas las disputas sobre si una disputa está o no sujeta a arbitraje, si este acuerdo es inconcebible y cualquier disputa procesal, también se determinará mediante sumisión al arbitraje vinculante. Es la intención de las partes que este acuerdo vincule a todas las partes en cuanto a todas las reclamaciones, incluidas las reclamaciones derivadas o relacionadas con el tratamiento o los servicios prestados por el proveedor de servicios de salud, incluidos herederos o cónyuges pasados, presentes o futuros de el paciente en relación con todas las reclamaciones, incluida la pérdida de consorcio. Este acuerdo también tiene la intención de obligar a cualquier niño del paciente, ya sea nacido o no nacido en el momento de la ocurrencia que da lugar a cualquier reclamo. Este acuerdo tiene como objetivo vincular al paciente y al proveedor de atención médica y / u otros proveedores de atención médica autorizados, preceptores o pasantes que ahora o en el futuro tratan al paciente mientras está empleado, trabajando o asociado o sirviendo como respaldo. para el proveedor de atención médica, incluidos los que trabajan en la clínica u oficina del proveedor de atención médica o en cualquier otra clínica u oficina, ya sea que sigan este formulario o no.

Todos los reclamos por daños monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de reclamos menores contra el proveedor de servicios de salud y / o los asociados, asociación, corporación, sociedad, empleados, agentes y patrimonio del proveedor de atención médica deben ser arbitrados, incluyendo, entre otros, reclamos por pérdida de consorcio, muerte por negligencia, angustia emocional, desagravio por mandato judicial o daños punitivos. Este acuerdo está destinado a crear una cuenta de libro abierta a menos y hasta que se revoque.

Artículo 3: Procedimientos y legislación aplicable: una demanda de arbitraje debe ser comunicada por escrito a todas las partes. Cada parte deberá seleccionar un árbitro (árbitro del partido) dentro de los treinta días, y un tercer árbitro (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes dentro de los treinta días posteriores. El árbitro neutral será entonces el único árbitro y decidirá el arbitraje. Cada parte del arbitraje pagará la parte prorrateada de dichos gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos del arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir honorarios de abogados, honorarios de testigos u otros gastos incurridos por el árbitro neutral. una fiesta para el propio beneficio de esa parte. Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de bifurcar los problemas de responsabilidad y daño previa solicitud por escrito al árbitro neutral.

Las partes dan su consentimiento a la intervención y acumulación en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otro modo sería una parte adicional adecuada en una acción judicial, y luego de dicha intervención y acumulación, cualquier acción judicial existente contra dicha persona o entidad adicional se suspenderá. arbitraje. Las partes acuerdan que las disposiciones de las leyes estatales y federales, cuando corresponda, establecen el derecho a presentar pruebas de cualquier monto pagadero como beneficio al paciente en la máxima medida permitida por la ley, lo que limita el derecho a recuperar pérdidas no económicas, y el derecho a tener una sentencia por daños futuros conforme a pagos periódicos, se aplicará a disputas dentro de este Acuerdo de Arbitraje. Las partes acuerdan además que las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje regirán cualquier arbitraje realizado de conformidad con este Acuerdo de Arbitraje.

Artículo 4: Disposición general: todos los reclamos basados en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas se arbitrarán en un solo procedimiento. Se renunciará a un reclamo y quedará excluido si (1) en la fecha en que se recibe el aviso, el reclamo, si se afirma en una acción civil, estaría excluido por el estatuto de limitaciones legales aplicables, o (2) el reclamante no realiza el reclamo de arbitraje de conformidad con los procedimientos prescritos en este documento con una diligencia razonable.

Artículo 5: Revocación: este acuerdo puede revocarse mediante notificación por escrito entregada al proveedor de atención médica dentro de los 30 días posteriores a la firma y, si no se revoca, regirá todos los servicios profesionales recibidos por el paciente y todas las demás disputas entre las partes.

Artículo 6: Efecto retroactivo: si el paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha en que se firmó (por ejemplo, tratamiento de emergencia), el paciente debe poner sus iniciales aquí. . Vigente a partir de la fecha de los primeros servicios profesionales.

Si alguna disposición de este Acuerdo de Arbitraje se considera inválida o inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán en plena vigencia y no se verán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este Acuerdo de Arbitraje. Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, SE COMPROMETE A TENER CUALQUIER PROBLEMA DE MALA PRACTICA MÉDICA DECIDIDO POR ARBITRAJE NEUTRAL Y USTED RENUNCIA A SU DERECHO A UN JUICIO POR JURADO O TRIBUNAL. VEA EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

(FECHA)

FIRMA DE PACIENTE **X**

(O EL REPRESENTANTE DEL PACIENTE)

(INDICA RELACION SI ESTA FIRMANDO POR EL PACIENTE)

FIRMA DE OFICINA **X**

CONTRATO DE PAGO

El abajo firmante, en lo sucesivo denominado paciente, reconoce y acepta los siguientes términos de asignación:

1. El paciente es responsable de todas las facturas y cargos incurridos por el tratamiento. Los cargos incluyen, pero no se limitan a tarifa de examen inicial, radiografía, tarifa de modalidad pasiva, ejercicio terapéutico o tarifa de estiramiento, tarifa de manipulación manual, tarifa de terapia manual, tarifa de equipo especial y cualquier cargo incurrido por The Body Chiropractic debido a pagos o cobros devueltos .
2. El pago parcial se vence en el momento de la visita del paciente. La tarifa total para un ajuste es de sesenta y cinco dólares (\$ 65.00). Puede haber tarifas adicionales por servicios realizados fuera del ajuste como se indica en el párrafo uno. Se espera que el paciente pague un mínimo de veinticinco dólares (\$ 25.00) al momento de cada visita. Cualquier saldo restante será facturado al cliente.
3. The Body Chiropractic tiene el derecho de solicitar el pago total de cualquier saldo en cualquier momento. El pago o los arreglos de pago deben realizarse dentro de los noventa (90) días posteriores a la solicitud de pago. De lo contrario, la cuenta se considerará morosa.
4. Cualquier cuenta morosa puede ser entregada a la agencia de cobro, siendo el paciente responsable de todos y cada uno de los honorarios e intereses, o puede ser cobrada directamente por The Body Chiropractic a través del sistema judicial, siendo el paciente responsable de todos los costos judiciales y del abogado. matrícula.
5. The Body Chiropractic tiene el derecho de rechazar o finalizar el tratamiento de cualquier paciente cuya cuenta sea morosa.
6. Este contrato se realiza y se rige por las leyes del estado de Carolina del Sur. Si alguna parte de este contrato se considera no válida o ilegal, el resto del contacto sobrevive.
7. Si el contrato de asignación se rompe, cuando estamos trabajando con una lesión personal, compensación laboral o directamente con una compañía de seguros, en nombre de un paciente, el paciente es responsable por el monto total de cualquier tratamiento.

Paciente / Parte responsable

Testigo