

**PATIENT INFORMATION PERSONAL INJURY**

Nombre: \_\_\_\_\_ Elijalo uno:  Masculino  Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Casa: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de Seguro: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Numero de Contacto: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de su Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección de su Empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de su Empleador: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión / accidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Partes del cuerpo lesionadas: \_\_\_\_\_

**Información sobre accidente:**

Abogado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Telefono de abogado: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ EXT: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Aseguranza de auto: \_\_\_\_\_ Numero de reclamacion: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Telefono de aseguranza: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de Ajustador: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ EXT: \_\_\_\_\_

Do you have vertigo (dizziness)?

**Mareado con vertigo?**

Si No

Do you pass out easily (faint or loss of consciousness)?

**Pérdido el conocimiento?**

Si No

Do you have double vision or have you lost sight in one eye?

**Tiene visión doble o ha perdido la visión en un ojo?**

Si No

Do you have any slurred speech or difficulty with speech?

**Tiene alguna dificultad para hablar o dificultad con el lenguaje?**

Si No

Do you have or have you ever had difficulty in arranging words properly?

**Usted tiene o alguna vez ha tenido dificultades a la hora de organizar las palabras correctamente?**

Si No

Do you have any difficulty walking, with coordination or falling to one side?

**Tiene alguna dificultad para caminar, con la coordinación o caer a un lado?**

Si No

Do you have nausea or vomiting?

**Tiene náuseas o vómitos?**

Si No

Do you have numbness on one side of your face or body?

**Tiene adormecimiento en uno de los lados de la cara o del cuerpo?**

Si No

Do you have any visual disturbances or rapid eye movement?

**Tiene alteraciones visuales o movimiento rápido del ojo?**

Si No

Do you have a headache or head pain that is unlike any you have had before?

**Ha tenido un dolor de cabeza o dolor de cabeza que es distinto a cualquier otro que haya tenido antes?**

Si No

Do you have headaches for hours or days?

**Tiene dolores de cabeza por horas o días?**

Yes No

Do you have a history of stroke in your family?

**Tiene un historial de accidente cerebrovascular en su familia?**

Si No

Do you have chest pain?

**Tiene dolor en el pecho?**

Si No

Do you have any change in bowel or bladder habits?

**Tiene algún cambio en intestino o de la vejiga hábitos?**

Si No

Do you have a sore that does not heal?

**Tiene una llaga que no se cura?**

Si No

Do you have any unusual bleeding or discharge?

**Tiene cualquier sangrado inusual o descarga?**

Si No

Do you have any thickening in your breasts or elsewhere?

**Tienes cualquier engrosamiento en sus senos o en otras partes?**

Si No

Do you have indigestion or difficulty swallowing?

**Tiene una indigestión o dificultad para pasar alimentos?**

Si No

Do you have a change in any wart or mole?

**Tiene usted un cambio en cualquier verruga o lunar?**

Si No

Do you have a nagging cough or hoarseness?

**Tiene una tos persistente o ronquera?**

Si No

Do you have night sweats?

**Tiene sudores nocturnos?**

Si No

Do you have pain in neck, jaw or face?

**Tiene dolor en el cuello, la mandíbula o en la cara?**

Si No

Do you have a drooping eyelid or change in your pupils?

**Tiene usted un párpado caído o un cambio en sus alumnos?**

Si No

Do you have any ringing in your ears?

**Tiene algún zumbido en los oídos?**

Si No

Do you take birth control pills?

**Toma pastillas anticonceptivas?**

Si No

Have you ever had cancer?

**Alguna vez ha tenido cáncer?**

Si No

Does your pain ever wake you from a sound sleep?

**Es despertado de su sueño debido a su dolor?**

Si No

Are you losing weight now without trying?

**Está perdiendo peso sin tratar?**

Si No

Are you coughing up blood or noticing it in your stools or urine?

**Está tosiendo sangre o nota en sus heces u orina?**

Si No

Have you had any loss of bladder or bowel control?

**Ha tenido alguna pérdida de control de la vejiga o de los intestinos?**

Si No

Have you lost consciousness or had double vision recently?

**Ha perdido el conocimiento o visión doble recientemente?**

Si No

Are you seeing any other doctor now for any reason?

**Están viendo a otro médico ahora por cualquier motivo?**

Si No

Are you taking any medication or over-the-counter drugs?

**Está tomando algún medicamento o medicamentos de venta libre?**

**Por favor, indique el tipo (aspirina, etc.)** \_\_\_\_\_

What prescription medication are you taking if any?

**Qué medicamento de venta con receta están tomando si alguno?**

Medicamento para la presión arterial alta

Anticoagulantes

Otro \_\_\_\_\_

What was the date of onset of your last menses?

**Cuál fue la fecha de inicio de su última menstruación?** \_\_\_\_\_

### Historia social (Social History)

**¿Fumas? (Smoker)**  Si  No **En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes?** \_\_\_\_\_

**¿Bebes alcohol? (Alcohol)**  Si  No **En caso afirmativo, ¿cuánto?** \_\_\_\_\_

### Historia familiar (Family History)

Did you mother or father have any of the following:

Put an **M** for mother, **F** for father and **B** for both.

Quizás quiso madre o el padre tienen cualquiera de los siguientes:

Ponga una **M** para la madre, el padre y **F** para **B** para ambos.

Alta presión sanguínea (High Blood Pressure)

Úlcera de estómago o problemas (Ulcer or Stomach Problems)

Ataque al corazón (Heart Attack)

Carrera (Stroke)

Enfisema (Emphysema)

Artritis-Reumatismo (Arthritis-Rheumatism)

Convulsiones (Seizure-Convulsions)

Enfermedad mental (Mental Illness)

positivo VIH (HIV Positive)

Enfermedad de tiroides (Thyroid Disease)

Asma (Asthma)

Los problemas de circulación (Circulation Problems)

Diabetes (Diabetes)

Cáncer (Cancer)

Enfermedad del riñón (Kidney Disease)

### PROBLEMAS DE SALUD (HEALTH COMPLAINTS)

Are you here because you were injured in a motor vehicle accident, while working or because of another traumatic incident?

**Estás aquí porque usted ha sido herido en un accidente automovilístico, en el trabajo o porque otro incidente traumático?**

Yes  No

What is your primary complaint?

**Cuál es su principal reclamo?**

---

---

How long have you been experiencing this complaint?

**Cuanto tiempo ha estado experimentando este reclamo?** \_\_\_\_\_

Describe the quality of you primary complaint:

**Describir la calidad de su reclamo principal:**

- Sharp(**dolor agudo**)  Dull/achy(**opaco/adolorida**)  Numb(**entumecido**)  Tightness(**cenido**)  
 Tingling(**estremecimiento**)  Burning(**ardiente**)  Cold(**frio**)  Weakness(**debilidad**)

How often do you experience this complaint?

**Con qué frecuencia experimenta este efecto?**  Constantemente  intermitente

Have you missed work because of your primary complaint?

**Ha dejado de trabajar debido a su reclamo principal?**  Si  No

Treatment thus far for your primary complaint:

**Tratamiento hasta ahora por su reclamo primaria:**

---

Have you ever had this complaint before?

**Ha tenido alguna vez este reclamo antes?**  Si  No

If yes, what treatment was used?

**Si, que tratamiento fue usado?**

---

Please list any other health complaints:

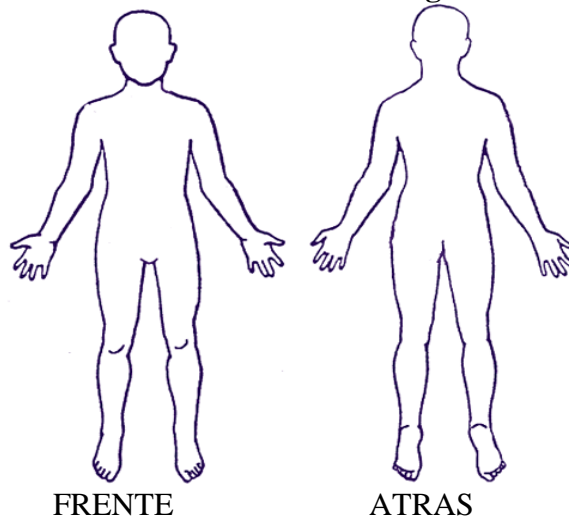
**Por favor ponga cualquier otra reclamo de la salud en una lista:**

---

---

Please mark areas of all your complaints on the diagrams below:

**Por favor marque las áreas de todas sus reclamos sobre los diagramas de abajo:**



# LMS Chiro, Inc.

4632 Camp Bowie Blvd, Ft Worth, TX 76107

PH # (817) 735-3839 FAX # (817) 735-3837

## AUTORIZACIÓN IRREVOCABLE Y LA ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS Y EL DERECHO DE RETENCIÓN

El paciente y/o responsable, abajo firmantes, además de continuar responsabilidad personal, y en el examen del tratamiento prestado, o que se va a presentar, que asigna al médico o servicio mencionado anteriormente los siguientes derechos, poder y autoridad:

**LIBERTAD DE INFORMACIÓN:** Usted está autorizado a proporcionar información sobre la condición y el tratamiento a mi compañía de seguros, abogado o liquidador de seguros, a los efectos de la tramitación mi solicitud de prestaciones y el pago de los servicios prestados a mí.

**IRREVOCABLE cesión de derechos:** Se asignan el derecho exclusivo, irrevocable de cualquier causa de acción que existe en mi favor contra cualquier compañía de seguros para los términos de la política, incluido el derecho exclusivo, irrevocable a recibir el pago por dichos servicios, hacer demanda en mi nombre para el pago y procesar y recibir sanciones, costas judiciales u otros montantes jurídicamente resarcibles por cualquier compañía de seguros, de conformidad con el **artículo 21.55** del código de seguros de Texas u otro seguro aplicable o ley del estado. Como la parte del paciente o responsable, además acepto cooperar, proporcionar información cuando sea necesario, y aparecen según sea necesario, donde sea para ayudar en la prosecución de tales reclamos para beneficios bajo petición.

**DEMANDA PARA EL PAGO:** a cualquier compañía de seguros que ofrece prestaciones de ningún tipo para mí/nosotros para el tratamiento prestados por el médico/servicio mencionados en el encabezamiento, por el presente se tiende a pagar en su totalidad el proyecto de ley de los servicios prestados por el médico/instalación mencionados anteriormente dentro de 21/45 días (electrónica/papel) tras la recepción de dicho proyecto de ley de servicios en la medida en que esos proyectos son pagaderas en virtud de los términos de la demanda en concreto está conforme con el **artículo 21,55** de la Texas Código de Seguros, de los honorarios de su abogado, el **18% de penalidad**, los gastos de la corte, y el interés de sentencia, en caso de violación.

**RESPONSABILIDAD DEL TERCERO:** Si mis heridas son el resultado de negligencia de un tercero, entonces instruyo que el transportista de responsabilidad para cortar un esbozo separado para pagar en su totalidad todos los servicios dados, pagaderos directamente al médico/instalación nombró anteriormente.

**ESTATUA DE LIMITACIONES:** renuncio a mi derecho a reclamar y el estatuto de limitaciones en cuanto a las reclamaciones por los servicios prestados, o que se va a presentar, por parte del médico/instalación, además de los gastos razonables de colección, incluidos los honorarios de abogados y costas judiciales efectuados.

**LIMITADO PODER DE ABOGADO:** por medio de la presente subvención al médico/instalación previamente mencionados, el poder de aprobar mi nombre sobre todas las comprobaciones, borradores o otros instrumentos negociables que representa el pago de cualquier compañía de seguros que representa el pago para el tratamiento y la atención de la salud prestados por el médico/servicio antes mencionado. Estoy de acuerdo en que cualquier pago del seguro que representa la cantidad en exceso de los gastos para el tratamiento prestado será acreditado a mi/nuestra cuenta o enviado a mi/nuestra oficina previa solicitud por escrito al médico/instalación mencionadas anteriormente.

**TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN DE CUIDADO RENUNCIA:** ME queda reconocer y entender que si no citas, me lo recomendó mi cuidado médico en esta clínica quiropráctica, él/ella tiene la plena y total derecho a terminar responsabilidad de mi atención y renunciar a cualquier discapacidad me concedió en un plazo razonable de tiempo. Si, durante el curso de mi cuidado, ninguna compañía de seguros me obliga a tomar un examen de cualquier otro doctor, voy a notificar a este médico de inmediato. Tengo entendido que el no hacerlo puede poner en peligro mi caso. **Una copia de la fotografía de este instrumento deberá servir como original.**

Firma del paciente y/o partes responsables:

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# LMS Chiro, Inc.

4632 Camp Bowie Blvd, Ft Worth, TX 76107

PH # (817) 735-3839 FAX # (817) 735-3837

A quien corresponda,

Yo, \_\_\_\_\_, doy autorización y poder de abogado para el seguro de terceros, \_\_\_\_\_, a pagar cualquier y todas las facturas médicas relacionadas con mi lesión en \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ directamente a LMS Chiro, Inc. DBA cinco estrellas lesiones, LMS Chiro, Inc.. DBA Natural salud Quiropráctica columna vertebral y deportivas o Lynn Saul. en el momento del desembolso del establecimiento. Esta comprobación de facturas médicas es necesita sólo único endoso por LMS Chiro, Inc. y cualquier otro dinero que pueda recibir no relacionadas con sus cuentas médicas no se incluirán en esta autorización y debe ser aprobado sólo con mi nombre. También están autorizados para negociar sus cuentas médicas en mi nombre como esto permanecerá como un poder de abogado para uno ello solo.

El paciente se somete irrevocablemente reconoce toda la responsabilidad financiera de todos los servicios que se ofrecen a pacientes por médico a cambio de este proveedor de servicios. Paciente irrevocablemente asigna al proveedor cualquier y todos los beneficios pagaderos por o de cualquier seguro o plan de atención de la salud(s) cobertura de paciente como contraprestación por el total de los honorarios para los cargos incurridos por paciente como resultado de los servicios prestados por el proveedor. Paciente también asigna al Proveedor: (i) cualquier y todos los beneficios pagaderos por o de cualquier automóvil gastos médicos cobertura de paciente o cualquier parte bajo cuya póliza de seguro paciente puede tener un derecho legítimo a la recuperación, (ii) cualquier y todos los beneficios pagaderos por o en virtud de cualquier responsabilidad frente a terceros cobertura de seguro para que el paciente puede tener un derecho de recuperación debido a las lesiones en que el paciente ha buscado Proveedor de servicios de atención de salud, y (iii) un "derecho común lien interés" y todos los derechos contractuales y las reclamaciones, a todo y a todos los futuros beneficios de una póliza de seguros paciente tiene contra cualquier compañía de seguros, la atención de la salud plan de beneficios, o cualquier otra parte obligado en virtud del contrato a la paciente para el pago de la totalidad o Parte de los servicios de salud prestados por el proveedor, y los cargos resultantes por lo tanto, para el paciente como consecuencia de las lesiones sufridas por el paciente. Este mandato irrevocable de los beneficios, el transporte de lien intereses y derechos contractuales y para aquellos cargos imputables al proveedor de servicios de atención de la salud se extenderá a, pero no se limita a, el proveedor tiene derecho a todo producto del seguro pagado como resultado de cualquier reclamación de seguro por daños y perjuicios por el paciente, la cual ha dado lugar a los referidos servicios de atención de la salud médica por el proveedor.

\_\_\_\_\_  
Firma de la parte lesionada/o

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Lynn Saul

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

# Asignación y la instrucción para el pago directo al médico para obtener privada, Grupo, o el Seguro de Salud de accidentes

Yo, \_\_\_\_\_, por este medio instruir y dirigir

Compañía de Seguros para que cheque y correo directamente a:

Five Stars Personal Injury  
4632 Camp Bowie Blvd  
Fort Worth, TX 76107

Si la política actual prohíbe pago directo a los anteriores y, a continuación, me queda instruir y dirigir para hacer que el cheque pagadero a mí y correo electrónico de la siguiente manera:

\_\_\_\_\_  
c/o Five Stars Personal Injury  
4632 Camp Bowie Blvd  
Fort Worth, TX 76107

los beneficios permitidos y lo contrario a pagar a mí debajo de mi actual póliza de seguro como el pago hacia los cargos totales por los servicios profesionales prestados

**ESTO ES UNA ASIGNACIÓN DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFITS BAJO ESTO POLÍTICA.**

Este pago no podrá superar mi deuda con el mencionado cesionario, y he accedido a pagar, en la forma actual, el saldo de dicho servicio profesional cobra más y por encima de este pago del seguro.

Una fotocopia de esta asignación será considerado como válido y eficaz como el original

Fecha \_\_\_\_\_, este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado

\_\_\_\_\_  
Firma del reclamante, si diferente a la titular de la póliza

# FORMULARIO DE ACEPTACIÓN PACIENTE DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido o revisado la privacidad práctica aviso (2 páginas) para la LMS Chiro, Inc. y comprender la situación en que esta práctica es necesario utilizar o liberar mi expediente médico. También entiendo que estuve de acuerdo en el uso de esos registros cuando inicialmente solicité atención en esta oficina en mi primera visita, siempre que pueda haber ocurrido.

Tengo entendido que esta oficina se mantiene correctamente mis registros, y que hará todo por medio de proteger mi privacidad como se describe en las prácticas de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (imprimido)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha