encompass chiropractic centers

Aplicación de Tratamiento

Nombre: _____

Fecha Nac: _____ Edad: _____ S.S: XXX-XX-_____

Sexo: ___ F ___ M Estado civil: C S V D Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel. Casa: _____ Tel. Celular: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Tel. Trabajo: _____

Contacto en caso de emergencia: _____

Tel: _____ Relación: _____

Historial Médico

____ Diabetes ____ Marcapaso ____ Enfermedad del corazón ____ Epilepsia

____ Ataque cerebral ____ Tiroide ____ Presión alta ____ Otra:_____

Razón de visita: Lesión principal: _____

_____

Doctor Primario: _____ Tel: _____

Información del Seguro Médico

Compañía de seguro: _____ Te: _____

Nombre del asegurado: _____

Relación con el asegurado:_____

Número de póliza: _____ Número del grupo: _____

Seguro Adicional: _____ Tel: _____

Firma del paciente: _____ Fecha:_____

encompass chiropractic centers

Formulario de las Prácticas de Privacidad

Al firmar este formulario reconozco que Encompass Chiropractic Centers me ha dado la oportunidad de revisar u obtener el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del Paciente: _____

(Si usted es un representante legal, escriba en letra de molde el nombre del paciente y firme con su nombre)

Firma: _____

Fecha: ___/___/___

encompass chiropractic centers

Póliza de la Oficina

1. Es nuestra póliza de que cualquier paciente y / o la compañía de seguros que paga por adelantado tiene derecho a un descuento administrativo.

2. La cantidad pagada por el tratamiento de Rayos-X, Radiografías o Placas es para el análisis solamente. La radiografías en si es propiedad en si es propiedad de esta oficina. Una vez que se toman las radiografías, no pueden ser liberados, pero pueden ser copiados. Puede haber un precio por la copia de las radiografías.

3. Si usted tiene alguna responsabilidad ¿Cuál será la forma de pago?
   (Por favor circule)

   Cash Cheque Tarjeta de Crédito/Debito Abogado/Carta de Protección

Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud y accidentes es un contrato entre la compañía de seguros y yo. Por otra parte, entiendo que Encompass Chiropractic Centers preparará los informes y formas necesarias para ayudar a hacer la colección de mi compañía de seguros y autorizo cualquier cantidad a pagar directamente a Encompass Integrative. La cantidad pagada será acreditada a mi cuenta después de recibirlo. Sin embargo, entiendo claramente y estoy de acuerdo que todos los servicios prestados a mí, se cargan directamente a mí y que yo soy personalmente responsable del pago.

También entiendo que si suspendo o termino mi terapia en esta oficina, los cargos pendientes por servicios profesionales rendidos a mi serán inmediatamente cobrados; Estoy de acuerdo que seré responsable de todo abogado y acciones legales a ser necesario recoger esta cantidad.

Nombre del Paciente (Letra de molde): _____

Fecha: ___/___/___

Firma del Paciente/Persona Legal autorizada/o: _____

Fecha: ___/___/___

En caso de emergencia, favor notifique a: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Número de teléfono: _____

encompass chiropractic centers

Póliza de Información Financiera

Como resultado de los cambios en el Estatuto de NO fallo de la Florida en el 2003 (estatuto PIP) es un delito de tercer grado para cualquier proveedor médico, hacer exención a un deducible, reducir u omitir su co-pago (si es aplicable) como una rutina Practica de negocios.

Por lo tanto, se requiere el pago de todos los saldos adecuados, ya sea co-pagos o deducibles. Después de que todos los intentos por nosotros (incluyendo los litigios) para recolectar del PIP y el seguro del conductor culpable se hayan agotado.

Dos excepciones son permitidas por Ley:

1. Reducción del balance en conjunción con una solución de lesiones personales.
2. Documentos que aprueban dificultad financiera.

Por favor hable con nuestro departamento financiero si tiene alguna pregunta o sus visitas a nuestras instalaciones se deben a la negligencia de la otra parte.

Nombre del Paciente: _____

(Si usted es un representante legal, escriba en letra de molde el nombre del paciente y firme con su nombre)

Firma: _____

Fecha: ___/___/___

encompass chiropractic centers

Autorización para Rayos-X o Radiografías

Yo, _____ doy permiso a Encompass Chiropractic Centers y a sus asociados asignados para realizar radiografías con el único propósito de diagnosticar una posible condición y / o de las posibles lesiones que pueda haber sufrido durante mi incidente / accidente.

PARA LAS MUJERES SOLAMENTE:

Diez días después de la menstruación son generalmente considerados seguros para el examen de Rayos-X.

El inicio del periodo menstrual:

Fecha: _____ Fecha de Hoy: _____

Estoy embarazada SI _____ NO _____

Tuve una histerectomía SI _____ NO _____

Soy consciente de que si estoy embarazada y recibo radiación en el abdomen, existe la probabilidad de lesionar el feto. Sin embargo, entiendo que la probabilidad de dicha lesión es leve y que mi médico considera que la información que se pueden obtener a partir de este examen es importante para mi salud. Por lo tanto, desea tener este examen realizado ahora

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: ___/___/___

encompass chiropractic centers

Consentimiento Para Tratamiento Chiropráctico

Solicito y doy consentimiento para la realización de ajustes y cualquier otro procedimiento quiropractico en mi o en _____ por **el Dr. Victor Lasa/Dr. Suanette Torres** y/u otros doctors con licencia de quiropractica quienes sean empleados por **Encompass Chiropractic Centers.**

He tenido la oportunidad de discutir con el doctor a cargo u otro personal de la clinica la naturaleza y proposito de ajustes quiropracticos y otros procedimientos. Entiendo que la practica de ningun quiropractico o medicina es ciencia exacta y que mis cuidados pueden involucrar la toma de decisions basadas en lo que el doctor encuentre al momento; que no es razonable esperar que el doctor se anticipe o explique los riesgos y complicaciones; que un resultado indeseable no necesariamente indica un error en las decisions tomadas; que a mi nadie me ha dado garantia alguna de resultados y quiero depender del juicio del doctor durante el transcurso del tratamiento que él / ella considera sea apropiado en este momento con los datos proveidos, sea todo para mi beneficio total.

He sido informado/a de las complicaciones asociadas en los servicios de quiropracticos, estas son muy poco frequentes. Quien sea que este teniendo ajustes o procedimientos de manipulacion, debe saber de posibles complicaciones que yah an sido explicadas. Esto incluye pero no limita a fracturas, lesiones en discos, derrames, dislocaciones, tirones musculares y otros relacionados a aberraciones/deformidades fisicas desconocidas o razonablemente no detectadas por el doctor.

He leído o se me ha leído el consentimiento anterior. También he tenido la oprtunidad de hacer preguntas acerca del contenido y al firmar , confirm que entiendo el contenido de este consentimiento.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: ___/___/___

Si menor de edad

Nombre de Representante o Authorizado: _____

Firma de Representante o Authorizado: _____

Fecha: ___/___/___

encompass chiropractic centers

Today's Date_____

Request for Financial Assistance

(Formulario de assistencia financiera)

By

_____

Patient's Name

In as much the patient has expressed a strong and willing desire to receive care in this office, and that current circumstances exist which greatly restrict their ability to pay the practice's standard fees for services and/or any co-pay and/or deductible amounts. **Encompass Chiropractic Centers** agrees to temporarily waive the patient's obligation to pay that portion they would otherwise be contractually or legally bound to pay for all services rendered in this clinic.

The reason for financial hardship is _____

_____

If, however, future discussion regarding their financial situation reveals that Mr. /Mrs. _____ circumstances have improved enough to enable them to assume a greater portion of their payment responsibility, the practice will immediately amend this agreement.

Approved by _____ Date _____

I understand that if my financial status or my ability to pay improves for any reasons, the services rendered from that time forward will be based on the practice's 'Standard, Usual, Customary' fees.

Patient's Signature _____ **Date** _____

Patient Name _____ **Date**_____