

Injury Rehab Associates

Telephone: (702)509-5098 Fax: (702)924-6356 Email: info@injuryrehab.org

PATIENT INFORMATION

Nome _____ Data _____

Data de Aniversário _____ Social Security # _____

Endereço _____

Cidade _____ Estado _____ CEP _____

Telefone _____ Celular _____ Email _____

Profissão _____ Desempregado: SIM NÃO

Empregador _____ Supervisor _____

Endereço do Empregador _____

Telefone do Empregador _____

Tempo de Emprego _____

Sex: Masculino Feminino

Altura _____ Peso _____ Mão Dominante Esquerda Direita

Raça: Afro Americano Asiático Caucasiano Hispânico

Outro _____

Você é: Casado/a Solteiro/a Amigado Divorciado/a Separado/a Viúvo/a

Nome do esposo/a _____

Número de Filhos/as _____

Contato de Emergência _____ Telefone: _____

Injury Rehab Associates

Telephone: (702)509-5098 Fax: (702)924-6356 Email: info@injuryrehab.org

Informação da Seguradora do Paciente

Seguro de Saúde - Primário: _____ Waiver Signed: _____

Policy ID _____ Group Number _____

Subscribers Name _____ Subscribers DOB _____

Secondary Insurance Carrier _____

Policy ID _____ Group Number _____

Subscribers Name _____ Subscribers DOB _____

PATIENTS AUTOMOBILE INSURANCE INFORMATION

Informação da Seguradora do Paciente

Nome do Motorista _____ Policy Holders Name _____

Policy Holders Car Insurance Carrier _____ Phone # _____

Adjusters Name _____ Claim # _____

OTHER AUTOMOBILE INSURANCE INFORMATION

O Acidente foi reportado para a Seguradora do outro motorista? Sim Não

Drivers Name _____ Policy Holders Name _____

Policy Holders Car Insurance Carrier _____ Phone # _____

Adjusters Name _____ Claim # _____

WORKERS COMPENSATION

Data do Acidente _____ W/C Carrier _____ Claim # _____

Quem è/era seu empregador no data do seu acidente? _____

Endereço do Trabalho _____

Telefone do Trabalho # _____

Nome do Gerente/ Supervisor _____

Você preencheu "First Report of Injury" com o seu empregador? Sim Não

Injury Rehab Associates

Telephone: (702)509-5098 Fax: (702)924-6356 Email: info@injuryrehab.org

ACCIDENT INFORMATION

Como você se acidentou? Carro W/C (Trabalho) Slip & Fall (Queda)
Other: _____

Data do Acidente _____ Qual Estado? _____

Nome do Advogado/a _____ Telefone do Advogado _____

Breve resumo de como o acidente aconteceu _____

Você era o : Motorista Passageiro Banco Traseiro

Estava de Sinto? SIM NÃO

Como suas dores/problemas começaram?

Classifique: No Pain 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor x

Describe you pain: Dor Maçante Dor Aguda Penetrante Sensação de
Aglhadas/Picadas Dor aguda constante Sensação de Queimação Latejante

Pontadas Dormência/ Formigamento Outro _____

A sua dor é constante? Sim Não

Periodicamente? Sim Não

Fluctuates with activity? Sim Não

Você acorda com dor durante a noite ? Sim Não

O que faz o sintomas piorar?

Ficar sentado Em pé Andando

Pegando Peso Se curvando Deitado

Agachando Estressado Outro _____

Você se sente em algum momento sem dor ? Sim Não

Injury Rehab Associates

Telephone: (702)509-5098 Fax: (702)924-6356 Email: info@injuryrehab.org

O que faz seus sintomas melhorar? Ficar sentado Em pé Andando Pegando
Peso Se curvando Deitado Outro _____

Que horas do dia seus sintomas / dores são piores ? _____

Quando se sente melhor? _____

Você sente que esta : Se sentindo melhor Se sentindo pior Do mesmo jeito

Você já teve esse problema antes ? Sim Não

Se sim, quando e como você conseguiu melhorar ?

Injury Rehab Associates

Telephone: (702)509-5098 Fax: (702)924-6356 Email: info@injuryrehab.org

HISTORICO DO ACIDENTE

Quando? _____

Onde? _____

Ferimentos? _____

Tratado Por? _____

Data do Ultimo Tratamento? _____

Recuperacao Total? _____

Você foi capaz de trabalhar desde o seu acidente ? Sim Não

Último dia trabalhado ? _____

Algum documento de “an out of work slip” foi emitido para você ? Sim Não

Algum tratamento anterior para sua condição atual ? Sim Não

Você já foi diagnosticado para sua condição atual ? (x-ray, MRI, CT scan...)

Sim Não

Algum/ Qualquer problema ortopédico? Sim Não

Se sim, por favor explique:

Algum problema médico? Sim Não

Se sim explique por favor:

Por favor liste **TODOS** os medicamentos/ prescrições médicas que você esta tomando atualmente para esses sintomas e para outras condições: _____

A suas condições atuais te limitam na realizações de tarefas? Sim Não

Tarefas domésticas ? Sim Não

Injury Rehab Associates

Telephone: (702)509-5098 Fax: (702)924-6356 Email: info@injuryrehab.org

Motor Vehicle Collision/Personal Injury Questionnaire

- Marca e modelo do seu veículo: _____
- Marca e modelo do outro veículo: _____
- Qual direção o seu veículo estava indo? _____
- Qual direção o outro veículo estava indo? _____
- O impacto foi: Fronteiro Trazeiro Lado Esquerdo Lado Direito
- O seu veículo estava: Estacionado Neutro Movendo Parado
- Você estava com os freios apertados? Sim Não
- Velocidade aproximada do impacto: Seu veículo: _____ mph
Outro veículo: _____ mph
- Seu veículo foi empurrado: Para frente Para Trás Para o lado
- O seu veículo girou ou capotou por causa do impacto da batida?
 Sim Não
- Como estava o tempo no momento da batida: Seco Molhado/chovendo
 Gelado/Neve
- Você foi/ O seu corpo foi empurrado: Para frente Para trás
 Para o lado
- Você estava segurando o volante? Sim Não
- Você estava: Preparado para o impacto Surpreendido pelo impacto
- Você bateu os braços no painel de controle? Sim Não

Injury Rehab Associates

Telephone: (702)509-5098 Fax: (702)924-6356 Email: info@injuryrehab.org

•O seu assento tinha um encosto de cabeça ? Sim Não

Se sim qual era a posição? Para baixo Altura média Alto

Sua cabeça bateu no encosto de cabeça Sim Não

•Alguma parte do seu corpo bateu no interior do veículo? Sim Não

Sinto de Segurança Volante Painel de Controle Pára-brisa

Porta Janela Outro: _____

Qual parte do corpo: Peito Cabeça Queixo Rosto

Joelho Direito Joelho Esquerdo Ombro Direito / Esquerdo Mão Direita
 Mão Esquerda Outro: _____

•Qual foi o dano do seu veículo ?

Total Pesado Moderado Nenhum

•Qual foi o dano no interior do carro ?

Total Pesado Moderado Nenhum

•No momento do impacto, onde você sentiu dor ? Por favor seja específico:

•Logo após o acidente você ficou: Consciente Atordoado Inconsciente

Caso tenha perdido a consciencia, por quanto tempo?

•No momento do acidente/impacto, você estava olhando para :

Para frente Para a direita Para a esquerda Para baixo Para cima

•O Seu assento quebrou por conta do impacto? Sim Não

Injury Rehab Associates

Telephone: (702)509-5098 Fax: (702)924-6356 Email: info@injuryrehab.org

•Você foi para o hospital? Sim Não

Em qual momento? Logo após o acidente No dia seguinte

Outro: _____

Como você chegou lá? _____

Caso tenha ido de ambulância, você foi colocado em :

Colar Cervical Cinta de Coluna Outro: _____

•Caso você tenha ido para o hospital por favor responda as perguntas seguintes:

Nome do Hospital: _____

Diagnóstico/Tratamento: _____

Algum medicamento ou Any suprimento foi te dado : _____

•Você fez algum tratamento em casa? Se sim, por favor explique: _____

Nome: _____

Assinatura do Paciente _____ Data _____

Injury Rehab Associates

Telephone: (702)509-5098 Fax: (702)924-6356 Email: info@injuryrehab.org

Waiver of Insurance Billing

Patient Name/Nome: _____

DOB/ Data de Aniversário: _____ Date of Injury/ Data do
acidente: _____

You have registered as a **lien/third party patient**. This means that at the time of service you will be treated on a lien.

We will not bill your health insurance for services provided under this arrangement. No forms will be produced now or in the future for you or us to submit for insurance billing.

Please contact our lien department if you have any questions regarding this arrangement.

I agree to:

- 1) pay at the time of my personal injury settlement, and
- 2) waive insurance billing

Patient Signature/ Assinatura _____

Data _____

Injury Rehab Associates

Telephone: (702)509-5098 Fax: (702)924-6356 Email: info@injuryrehab.org

AUTHORIZATION TO RELEASE/RECEIVE MEDICAL AND/OR OTHER INFORMATION

I hereby authorize Injury Rehab Associates to release and/or to receive any and all records/documentation including, but not limited to, alcohol/drug abuse, psychiatric, radiology films/reports, medical history, and coverage information pertaining to applicable health insurance(s).

Patient Name/ Nome _____

Patient SSN _____

Patient DOB/ Data de Aniversário _____

Patient Signature/
Assinatura _____ Data _____

(*If the Patient is a Minor - Se o paciente for de menor): Signature of the Parent of Legal Guardian

Injury Rehab Associates

Telephone: (702)509-5098 Fax: (702)924-6356 Email: info@injuryrehab.org

IRREVOCABLE ASSIGNMENT OF PROCEEDS

Date _____ Date of Injury _____

Patient Name _____ DOB _____

I, the undersigned Patient (or legal guardian of a minor), (also referred to below as "Patient") of Injury Rehab Associates ("Rehab Facility"), forever and irrevocably assign any and all proceeds that I receive from the Insurance Company(ies) above-stated, to be paid directly to Rehab Facility for services rendered to me in connection with the Date of Injury indicated below.

I authorize and direct Insurance Company(ies) to withhold from any settlement, judgement or verdict the full amount of the unpaid medical services rendered to me by Rehab Facility.

I authorize and direct Rehab Facility to furnish the Insurance Company(ies) with all reports, findings, interpretations, impressions, treatments, diagnoses, or diagnostic studies that Rehab Facility may perform on me in connection with any injury in which the I was involved on or about the Date of Injury.

I fully understand that I am directly and fully responsible to Rehab Facility for all medical bills associated with the services rendered to me, whether or not there is any financial recovery from the Insurance Company(ies) or other sources.

If Patient does not have an attorney and later decides to retain one then I agree to promptly (1) furnish Rehab Facility with contact information concerning that attorney and (2) notify that attorney concerning existence of this Irrevocable Assignment of Proceeds.

In the event that Patient is paid by the way of settlement, judgement or verdict, I agree not to accept any money from either the Insurance Company(ies) or attorney from any of the proceeds that I have assigned to and is intended for this Rehab Facility. Rehab Facility shall be paid in full out of the first proceeds received paid by Insurance Company(ies) or attorney.

Print Name of Patient _____

Signature of Patient _____

**INSURANCE COMPANY: IF COMPANY POLICY REQUIRES A
RECORDED/FILED LIEN FOR DIRECT PAYMENT, PLEASE CONTACT OUR
OFFICE PRIOR TO SETTLING CASE. OUR SERVICE WILL PROVIDE YOU
WITH ONE.**

Injury Rehab Associates

Telephone: (702)509-5098 Fax: (702)924-6356 Email: info@injuryrehab.org

LIEN

NOME DO PACIENTE _____

DATA DE ANIVERSÁRIO _____ DATA DO ACIDENTE _____

NOME DO ADVOGADO _____ TEL _____ FAX _____

I assign to Injury Rehab Associates any and all settlement proceeds, judgements, and/or verdicts related to the above-stated injuries to the extent necessary to pay my account balance in full. I authorize and direct my attorney and/or insurance carrier(s), to (1) withhold from any settlement proceeds, judgements, and/or verdicts monies sufficient to satisfy my account balance with Injury Rehab Associates upon receipt of same.

Under special circumstances, I hereby authorize Injury Rehab Associates to bill their full charges for medical care rendered to me with automobile insurance carriers for medical payment coverage, if applicable. I hereby acknowledge that Injury Rehab Associates has not stated, recommended, counseled, advised or otherwise suggested that the patient should not utilize any health insurance for services. If I am insured by a health insurance carrier and signed a Waiver of Insurance, I did so at my own discretion.

I agree never to rescind this document and that rescission will not be honored by my attorney. I hereby instruct, in the event another attorney is substituted in this matter, that the new attorney honor this lien as inherent to the settlement and enforceable upon the case as if it were executed by him/her. I understand that if I change attorneys for any reason, I will notify Injury Rehab Associates within 72 hours or I will be solely responsible for payment-in-full immediately.

I have been advised that if my attorney does not wish to cooperate in protecting Injury Rehab Associate's interest, the clinic will not await payment but will require me to pay for rehabilitation services as they are rendered. Whether or not I retain an attorney to represent me, I understand that Injury Rehab Associates in its sole discretion, may hire an attorney or outside company to its legal and/or lien interests, and I agree to cooperate with Injury Rehab Associates designated representative and provide them with the information requested, to discuss legal matters and options, and/or to secure medical payments relating to my case.

I further acknowledge and agree that any account balance with Injury Rehab Associates that remains outstanding 30 days after the settlement/resolution of the case shall incur a compounding interest rate of 1.5% per month. I also acknowledge and agree that, in the event I do not pay for rehabilitation services rendered by Injury Rehab Associates the clinic must place my account with an attorney and/or a collection agency, I will pay reasonable attorney fees, and court costs incurred in collecting my overdue account.

NOME DO PACIENTE _____ DATA _____

ASSINATURA DO PACIENTE _____

The undersigned, being the attorney of record for the above patient, hereby agrees to observe all the terms of this Financial Agreement.

ATTORNEY NAME _____ SIGNATURE _____ DATE _____

Please fax lien back to (702)924-6356 * If you have any questions, please call (702)509-5098

Injury Rehab Associates

Telephone: (702)509-5098 Fax: (702)924-6356 Email: info@injuryrehab.org

Consent for Purposes of Treatment, Payment and Healthcare Options

I consent of the use of disclosure of my protected health information by Injury Rehab Associates for the purpose of diagnosing or providing treatment to me, obtaining payment for my healthcare bills or to conduct health care operations of Injury Rehab Associates. I understand that diagnosis or treatment of me by Injury Rehab Associates may be conditioned upon my consent as evidenced by my signature on this document.

I understand I have the right to request a restriction as to how my protected health information is used or disclosed to carry out treatment, payment or health operations of the practice. Injury Rehab Associates is not required to agree to the restrictions that I may request. However, if Injury Rehab Associates agrees to a restriction that I request, the restriction is binding on Injury Rehab Associates. I have the right to revoke this consent, in writing, at any time, except to the extent that Injury Rehab Associates has taken action in reliance on this consent.

My “protected health information” means health information, including my demographic information, collected from me and created or received by my physician, another healthcare provider, a health plan, my employer or a health care clearinghouse. This protected health information relates to my past, present or future physical or mental health or conditioned and identifies me, or there is a reasonable basis to believe the information may identify me.

Assinatura do Paciente ou do Representante

NOME

Data: _____

Injury Rehab Associates

Telephone: (702)509-5098 Fax: (702)924-6356 Email: info@injuryrehab.org

Reconhecimento de compromissos perdidos

Reconheço que sou responsável por fazer todas as minhas consultas agendadas a tempo. Se eu deixar de fazê-la, resultando em um não comparecimento, eu sou responsável por pagar uma taxa de \$50. Eu reconheço que devo ligar com 24 horas de antecedência para evitar o pagamento desta taxa. Esta taxa será colocada no meu contrato com o advogado e pago no final do meu acordo/contrato. Esta taxa também será aplicada se eu atrasar mais que dez minutos para a minha consulta. Não será retirado da conta/contrato da lesão Rehab Associates; será retirado do meu acordo/contrato.

Nome do Paciente: _____ Data: _____

Assinatura: _____