

Injury Rehab Associates

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

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

Numero del Seguro Social: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____

Teléfono de casa: _____

Numero de celular: _____ Email: _____

Ocupación: _____ Desempleado(a): Si__ No__

Empleador: _____ Supervisor _____

Dirección de
empleado: _____

Numero de empleado: _____

Duración del empleo: _____

Sexo: Masculino / Femenina Altura: _____ Peso: _____

Mano dominante: Izquierda / Derecha

Raza: afroamericano Asiático Caucásico Hispano

Otro: _____

Esta?: Casado(a) Soltero(a) Relacion de pareja domestica Divorciado(a)
Separado(a) Viudo(a)

Nombre del cónyuge: _____ # de hijos: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relacion: _____

Numero de telefono: _____

Injury Rehab Associates

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

Aseguradora primaria: _____ Renuncia firmada
ID de poliza: _____ Numero de grupo _____
Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento del
suscriptor: _____
Aseguradora secundaria _____
ID de poliza: _____ Numero de grupo: _____
Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento del
suscriptor: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO PARA AUTOMÓVILES DE PACIENTE

Nombre de conductor: _____
Nombre del titular de la póliza: _____
Titulares de póliza Operador de seguro de automóvil: _____
Numero de telefono: _____
Nombre del Ajustador: _____ Reclamo # _____

INFORMACION DEL SEGURO AUTOMOTRIZ DEL PACIENTE

¿Se ha informado el accidente a su compañía de seguros ? Si__ No__
Nombre del conductor: _____
Nombre del titular de la poliza: _____
Aseguradora del automovil del titular de la poliza: _____
Telefono: _____
Nombre del liguidador: _____ Reclamo Nro. _____

Injury Rehab Associates

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

OTRA INFORMACION DEL SEGURO AUTOMOTRIZ

¿Se ha informado el accidente a la compañía de seguros del otro conductor? Si__ No__

Nombre del conductor: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Aseguradora del automóvil del titular de la póliza: _____

Teléfono: _____

Nombre del liquidador: _____ Reclamo Nro. _____

COMPENSACIÓN A TRABAJADORES

Fecha del incidente: _____ Aseguradora de WC: _____

Reclamo #: _____

Who is/was your employer at the time of injury? _____

Dirección del empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Nombre del supervisor: _____

Presento un "informe inicial del incidente" ante su empleador? Si__ No__

INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

Como salió herido? Auto__ W/C__ Resbalon y caída__ Otro: _____

Fecha del incidente: _____ Hora: _____ Que Estado? _____

Nombre del Abogado _____ Teléfono del abogado: _____

Se presentó la policía en la escena del accidente?

Si no, ¿por qué? _____

Descripción breve de como sucedió el accidente: _____

¿Eras tú el: Conductor__ Pasajero__ Cinturón de seguridad? Si__ No__

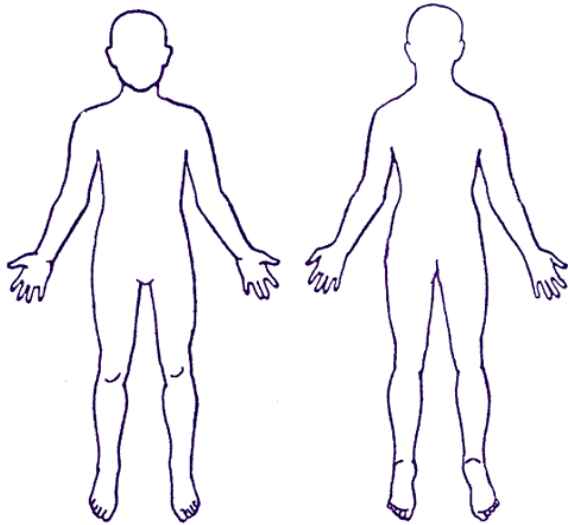
Injury Rehab Associates

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

¿Cómo comenzaron tus problemas?

Califica tu dolor: No dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peor dolor

Dibuja tu dolor:



Describe tu dolor:

dolor__ Alfileres y agujas__

dolor punzante__ Ardiente__ Palpitante__

Twinge__ Entumecimiento/sensación de hormiguelo__

Otro: _____

El dolor es constante? Si__ No__

Intermitente? Si__ No__

Fluctúa con actividad? Si__ No__

Te despierta de noche? Si__ No__

¿Qué empeora los síntomas??

Sentado(a)__ En pie__ Caminando__

Levantamiento__ Doblar__ Acostado__

Agacharse__ Stress__ Otro: _____

¿Alguna vez estás totalmente libre de dolor? Si__ No__

Injury Rehab Associates

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

¿Qué mejora sus síntomas? Sentado(a)___ En pie___ Caminando___ Levantamiento___
Doblar___ Acostado___ Otro: _____

A qué hora del día son sus síntomas los peores? _____ Mejor? _____

Sientes que eres: Mejorando___ Empeorando___ lo mismo___

¿Has tenido este problema antes? Si___ No___

En caso que si, cuándo y cómo mejoró?

Injury Rehab Associates

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

HISTORIA DE ACCIDENTES/CIRUGIAS

| CUANDO | DONDE | LESIONES | TRATADO POR | FECHA DE ULTIMO TRATAMIENTO | RECUPERACION TOTAL |
|--------|-------|----------|-------------|-----------------------------|--------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

¿Has podido trabajar desde tu accidente? Si__ No__

Ultimo dia trabajado? _____

¿Se le ha emitido un recibo por falta de trabajo? Si__ No__

Algún tratamiento previo para su condición actual? Si__ No__

¿Ha tenido estudios de diagnóstico para su condición actual? (x-ray, MRI, CT scan...) Si__
No__

Problemas Orthopedicas? Si__ No__

En caso que si, explíquelo porfavor:

Cualquier problema medico? Si__ No__

En caso que si, explíquelo
porfavor: _____

Escriba TODOS los medicamentos que está tomando ahorita, como medicamentos recetados y de venta libre para esta y cualquier otra condición: _____

¿Su condición ahorita lo limita en las tareas laborales?? Si__ No__

Las tareas del hogar? Si__ No__

Injury Rehab Associates

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

Motor Vehicle Collision/Personal Injury Preguntas

- Marca y modelo de su vehículo: _____
- Marca y modelo de otro vehículo: _____
- ¿En qué dirección iba su vehículo? _____
- ¿En qué dirección iba el otro vehículo? _____
- Fue el impacto de: Frente__ Tras__ Lado izquierdo__ lado derecho__
- Estaba su vehículo en: Park__ Neutral__ Moviendo__ Detenido__
- ¿Se aplicaron sus frenos?? Si__ No__
- Velocidad aproximada de impacto: su vehiculo: _____mph Otro Vehiculo: _____mph
- ¿Fue empujado su vehículo?: Adelante__ Hacia atrás__ De lado__
- ¿Tu vehículo giró o se voltio debido al impacto?? Si__ No__
- ¿Cuál era el clima en el momento de la colisión?: Seco--__ mojado__ hielo__
- ¿Fuiste empujado (tu cuerpo): Adelante__ Hacia atras__ De lado__
- ¿Estaba agarrado al volante?? Si__ No__
- Estuvo: Preparado(a) para el impacto Sorprendido(a) por el impacto
- ¿Apoyaste los brazos contra el tablero? Si__ No__

Injury Rehab Associates

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

- ¿Tu asiento tenía reposacabezas?? Si__ No__
En caso que si, ¿cuál era su posición? Bajo__ Posición media__ Alto--__
¿Tu cabeza golpeó el reposacabezas? Si__ No__
- ¿Alguna parte de su cuerpo golpeó el interior del vehículo? Si__ No__
Cinturón de seguridad Volante Tablero parabrisas
Puerta lateral Ventana Lateral
Otro: _____
Que parte de tu cuerpo: Pecho Cabeza Barbilla Cara
rodilla: izquierda/derecha Hombro: izquierda/derecha Mano
izquierda/derecha
Otro: _____
- Cuánto daño hubo en el exterior del vehículo?
Totalizado__ Pesado__ moderadamente__ ninguno__
- Cuánto daño hubo en el interior del vehículo?
Totalizado__ Pesado__ moderadamente__ ninguno__
- En el punto de impacto, ¿dónde experimentaste dolor? Por favor sea específico: _____
- Inmediatamente después del accidente, ¿estabas:
Consciente__ Aturdido__ Inconsciente__
Si perdiste el conocimiento, ¿por cuánto tiempo?

- En el momento del impacto, ¿estabas viendo:
Al frente__ A la derecha__ A la izquierda__ Abajo__ Arriba__
- ¿Se rompió su asiento debido al impacto? Si__ No__

Injury Rehab Associates

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

- Fuiste al hospital? Si__ No__

Quando? Despues del accidente__ Día siguiente__

Otro: _____

¿Cómo llegaste allí? _____

Si en ambulancia, te colocaron en un: Collarín o un Soporte en la espalda

Otro: _____

- Si fue al hospital, responda lo siguiente:

Nombre del hospital:

Diagnostico/Tratamiento _____

Algun medicamento o suministros médicos administrados:

- ¿Has hecho algún tratamiento en casa? Si es así, explique: _____

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Injury Rehab Associates

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

Renuncia a la facturación del seguro

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha del incidente: _____

Se ha registrado como un **paciente de gravamen medico/tercero**. Esto significa que en el momento del servicio, recibira tratamiento sobre gravamen

No le facturaremos a su aseguradora medica por los servicios brindados bajo este arreglo.
No se producira ningun formulario ahora ni en el futro para que ni usted ni nosotros solicitemos facturacion al seguro.

Porfavor contactese con nuestro departamento de gravamenes si tien alguna pregunta sobre este arreglo.

Acepto:

- 1)pagar en el momento de mi acuerdo de lesiones personales, y
- 2)renunciar a la facturación al seguro

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Injury Rehab Associates

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

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR/RECIBIR INFORMACIÓN MÉDICA Y / O OTRA INFORMACIÓN

Por el presente autorizo a Injury Rehab Associates a liberar y/o recibir todo registro/documentación, incluidos, entre otros, abuso de alcohol/drogas, informes psiquiátricos, informes/placas de radiología, historia clínica e información de cobertura relacionada con los seguro(s) de salud aplicables.

Nombre del paciente: _____

Numero de seguro social del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

(*Si el paciente es menor de edad): Firma del padre o guardian

legal: _____

Injury Rehab Associates

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

FOLLETO DE HIPAA

Por el presente reconozco que recibí una copia de la Notificación sobre Prácticas de Privacidad de Manejo de Injury Rehab Associates.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente o guardian: _____

Fecha: _____

Injury Rehab Associates

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

CESION IRREVOCABLE DE GANANCIAS

Fecha: _____ Fecha del incidente: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Yo, el Paciente abajo firmante (o guardian legal de un menor), (en adelante tambien llamado "Paciente") del Injury Rehab Associates (en adelante, el "Centro Medico"), cedo para siempre y de manera irrevocable todas las ganancias que reciba de la Aseguradora (o Aseguradoras) arriba nombradas, a pagarse directamente al Centro Medico por los servicios que me fueron prestados en relacion con la Fecha del Incidente abajo indicada.

Autorizo e intruyo a la Compania de Seguros (o Companias de Seguros) a retener de cualquier conciliacion, dictamen o veredicto el monto total de los servicios medicos no pagos que me presto el Centro Medico.

Autorizo e instruyo al Centro Medico a brindarle a la Compania de Seguros (o Companias de Seguros) todos los informes, hallazgos, interpretaciones, impresiones, tratamientos, diagnosticos o estudios de diagnostico que el Centro Medico pudiera llegar a realizarme en relacion con cualquier lesion en la que estube involucrado en la Fecha del Incidente o cerca de ella.

Entiendo totalmente que soy total, directamente responsable hacia el Centro Medico por todas las fracturas medicas asociadas con los sevicios medicos que me fueron prestados, haya o no un recuperacion financiera de la Compania de Seguros (o Companias de Seguros) o otra fuente

Si el paciente no tiene un abogado y luego decide contratar a uno, entonces acepto (1) brindarle inmediatamente al Centro Medico informacion de contacto relacionada con dicho abogado, y (2) notificar a dicho abogado sobre la existencia de esta Cesion Irrevocable de Ganancias.

En caso de que el Paciente reciba un pago mediante una coniliacion, dictamen o veredicto, estoy de acuerdo en no aceptar dinero de la Compania de Seguros (o Companias de Seguros) o del abogado por ninguna de las ganancias que le he cedido a este Centro Medico y que estan destinadas a el. El Centor Medico recibira un pago completo tomado de las primeras ganancias recibidas pagadas por la Compania de Seguros (o Companias de seguros) o el abogado.

Nombre del Paciente en imprenta: _____

Firma del Paciente: _____

COMPANIA DE SEGUROS: SI LA POLITICA DE LA COMPANIA REQUIERE UN GRAVAMEN REGISTRADO/ARCHIVADO PARA QUE SE REALICE EL PAGO DIRECTO, POR FAVOR CONTACTE A NUESTRA OFICINA ANDES DE CONILIAR EL CASO. NUESTRA OFICINA LE BRINDARA UNO.

Injury Rehab Associates

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

GRAVAMEN

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Incidente: _____

Nombre del Abogado: _____ Tel: _____ Fax: _____

Cedo a Injury Rehab Associates todas las ganancias de conciliacion, dictámenes y/o veredictos relacionados con las lesiones arriba esablecidas, hasta el limite necesario para pagar por completo el saldo de mi cuenta. Autorizo e instruyo a mi abogado y/o compania (o companias) de seguros a (1) retener de toda ganancias de conciliacion, dictamen y/o veredicto suficiente dinero para satisfacer el saldo de mi cuenta con el Injury Rehab Associates y (2) a transmitir con rapidez dicho monto a Injury Rehab Associates ante su recibo.

En circunstancias especiales, por el presente autorizo a Injury Rehab Associates a facturar sus cargos completos por la atencion medica que me fue prestada a las aseguradoras automotrices por la cobertura de los gastos medicos, si corresponde. por el presente acepto que Velazquez Relief Pain Center no ha declarado, recomendado, aconsejado ni de otra manera sugerida que el paciente no utilice ningun seguro de salud para cubrir los servicios. Si cuento con un seguro medico y firme una Renuncia al Seguro, lo hice a mi propio criterio.

Acepto nunca rescindir este documento, y que dicha rescision no sera cumplida por mi abogado. Por el presente deajo instrucciones, en caso de que otro abogado actue como sustituto en este asunto, que el nuevo abogado cumpla con este gravamen inherente a la conciliacion y exigible sobre el caso como si el o ella mismo(a) lo hubiera firmado. Entiendo que si por alguna razon cambio de abogado, debere avisar a Injury Rehab Associates dentro de las 72 horas, o sere el unico responsable por el pago total e inmediato.

Me han informado que si mi abogado no desea cooperar para proteger los intereses de Injury Rehab Associates, la clinica no esperara un pago, sino que me exigira que pague los servicios medicos a medida que se presten. Contrate o no a un abogado que me represente, entiendo que Injury Rehab Associates, a su unico criterio, puede contratar a un abogado o compania externa para representar sus intereses legales y/o de gravamen, y acepto cooperar con el representante designado por Injury Rehab associates y brindarle la informacion solicitada, para hablar sobre asuntos legales y opciones, y/o para obtener los pagos medicos relacionados con mi caso.

Reconozco y acepto ademas que cualquier saldo con Injury Rehab Associates que permanezca impago durante 30 dias luego de la conciliacion/resolucion del caso incurrira en una tasa de capitalizacion de interes del 1.5% por mes. Reconozco y acepto ademas que, en caso de que no pague por los servicios medicos prestados por Injury Rehab Associates y la clinica deba presentar mi cuenta a un abogado y/o agencia de cobros, pagare por los honorarios razonables del abogado y los costos legales incurridos en el cobre de mi cuenta vencida.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____

El Abajo firmante, que es el abogado que aparece en registros del paciente arriba nombrado, por el presente acepta cumplir con todos los terminos de este Acuerdo Financiero.

Nombre del Abogado: _____

Firma del abogado: _____ Fecha: _____

*Por favor enviar el gravamen por fax a (702)924-6356 * Si tiene alguna pregunta, porfavor llame al (702)509-509*

Injury Rehab Associates

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

CONSENTIMIENTO PARA FINES DE TRATAMIENTO, PAGO Y OPCIONES DE ATENCION MEDICA

Doy mi consentimiento para el uso de la divulgacion de mi informacion medica protegida por Injury Rehab Associates con el proposito de diagnosticar o proporcionarme tratamiento, obtener el pago de mis facturas de atencion medica o llevar a cabo operaciones de atencion medica de Injury Rehab Associates. Entiendo que el diagnostico o tratamiento de mi por parte de Injury Rehab Associates puede estar condicionado a mi consentimiento como evidencia por mi firma en este documento.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar una restriccion en cuanto a como se utiliza o divulga mi informacion medica protegida para llevar a cabo el tratamiento, pagar su operaciones de salud de la practiva. Lesin Rehab Associates no esta obligado a aceptar las restricciones que puedo solicitar. Sin embargo, si Injury Rehab Associates acepta una restriccion que solicito, la restriccion es vinculante para Injury Rehab Associates. tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que Injury Rehab Associates haya tomado medidas en base a este consentimiento.

Mi "informacion de salud protegida: se refiere a la informacion de salud, incluida mi informacion demografica, recopilada de mi y creada o recibida por mi medico, otro proveedor de atencion medica, un plan de salud, mi empleador o un centro de compensacion de atencion medica. Esta informacion de salud protegida se relaciona con mi salud fisica o mental pasada, presente o futura o condicionada e identifica me, o hay una base razonable para creer que la informacion puede identificarme.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Injury Rehab Associates

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

Reconocimiento de citas perdidas

Reconozco que soy responsable de hacer todas mis citas programadas a tiempo. Si no lo hago, lo que resulta en una no llamada o no presentación, soy responsable de pagar una tarifa de \$ 50.00. Reconozco que debo llamar con 24 horas de anticipación para evitar pagar esta tarifa. Esta tarifa se aplicará a mi derecho de retención de abogado y se pagará al final de mi asentamiento. Esta tarifa también se aplicará si llego más de diez minutos a mi cita. No se eliminará de la factura de Asociados de rehabilitación de lesiones; será sacado de mi asentamiento.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____