

INFORMACION PERSONAL / APLICACION PARA TRATAMIENTO

Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Numero de seguro social: _____

Nombre de padres o esposa/o: _____ Fecha de nacimiento: _____

Contacto de emergencia: _____ Celular: _____

Relación al paciente: _____

Empleador: _____ Estatus: Tiempo completo o Medio tiempo (circule uno)

Descripción del trabajo: (de pie? sentado? levantar objetos pesados? Trabajo de computadora?) _____

Número de hijos/as: _____ Edades: _____

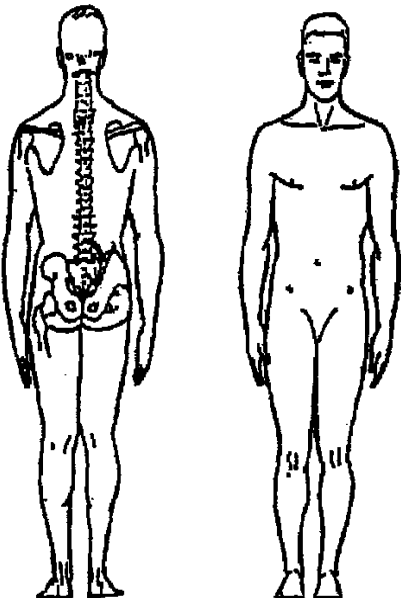
Estas tomando medicamentos? Si ___ No ___ Nombre los medicamentos: _____

Algún efecto secundario de las medicinas: _____

Tienes alguna alergias? _____

Has tenido cirugías? (Incluya los días) _____

Continúa afectado después de la cirugía? _____



Quejas, condiciones y problemas actuales

(Por favor incluya todas las condiciones y márcalas en el diagrama)

¿Cuánta molestia tiene?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (10 siendo el peor dolor que haya sentido)

REPORTE DEL ACCIDENTE

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Nombre de la compañía de seguro de auto: _____

Numero de póliza _____ Numero de reclamo _____

Hora de accidente: _____ AM / PM Fecha del accidente: _____

1. Usted: manejaba / pasajero / atropellado caminando / andaba a bicicleta / andaba en motor
2. En que vehículo (marca y modelo) andaba usted? _____
3. Que vehículo (marca y modelo) tenía la otra persona involucrada? _____
4. Donde fue el daño en su vehículo? Al frente / detrás / lado derecho / lado izquierdo
5. Cuánto daño tuvo su vehículo? Poco daño / daño moderado / daño severo
6. Cuanto daño tuvo el otro vehículo? Poco daño / daño moderado / daño severo
7. Vio el golpe venir? Si / No
8. Se protegió para el impacto? Si / No
9. Se activaron las bolsas de aire? Si / No
10. Que tan altas están las cabeceras en su vehículo? abajo/ medianas / arriba / no tiene cabecera
11. A donde miraba en el momento de impacto? Hacia al frente / hacia la derecha / hacia la izquierda / mirando hacia atrás
12. Perdió conocimiento con el impacto? Si / No
13. Recibió atención medica en el accidente? Si / No
14. Lo llevaron al hospital en ambulancia? Si / No
15. Si usted fue al hospital, le tomaron radiografías? Si / No, Le dieron medicamentos? Si / No Visito

-
1. a otro médico o clínica a causa de este accidente? Si / No, Nombre de la clínica: _____
 2. Que día asistió por primera vez a esa clínica? _____
 3. Además de un examen, que servicios le rindieron en la clínica: _____
 4. Que beneficios obtuvo de esa clínica? Mejore mucho / un poco de mejoría / muy poca mejoría / nada de mejoría
 5. Todavía recibe tratamiento en esa clínica? Si / No

-
1. Toma bebidas alcohólicas? Si / No / Socialmente
 2. Fuma? Si / No
 3. Toma café? Si / No
 4. Condiciones que su madre, padre o hermanos padezcan: _____

 5. Además de las molestias causadas por el accidente, padece de alguna condición previa? _____

 6. Cirugías previas: _____
 7. Medicameto(s): _____
-

REVISION DE SISTEMAS

Por favor de marcar enfermedades, síntomas o problemas que ha tenido durante el último mes.

1. CONSTITUCIONAL

- Depresión*
- Fiebre*
- Sudor incontrolable*
- Pérdida de peso incontrolable*
- aumento incontrolable de peso*
- Ninguno*

2. HEENT

- Problema auditorio*
- Problemas de visión*
- Problemas tragando*
- Ninguno*

3. CARDIO

- Dolor de pecho*
- Tobillos inflamados (sin ser lastimados)*
- Palpitaciones*
- Ninguno*

4. GASTRO INTESTINAL

- Dolor abdominal*
- Vómitos*
- Nausea*
- Constipación*
- Ninguno*

5. RESPIRATORIO

- Respiración acortada*
- Tos*
- Dolor de pecho al respirar profundo*
- Ninguno*

6. GENITAL / URINARIO

- Sangre en la orina*
- Descarga o secreción*
- Incontinencia*
- Ninguno*

7. PIEL

- Hematomas / golpes morados*
- Picazón*
- raspases*
- Ninguno*

8. PSYCOLOGICO

- Estrés excesivo*
- Falta de interés*
- Ninguno*

9. ENDOCRINOLOGO

- Sed excesiva*
- Intolerancia al calor*
- Intolerancia al frio*
- Ninguno*

10. HEMATOLOGICO / LYMPHATICO

- Masas*
- Hematomas*
- Sangrando*
- Ninguno*

POA / Assignment of Benefits Form

POWER OF ATTORNEY TO ENDORSE CHECKS AND/OR TO SIGN ANY PAPER WHICH WILL ENHANCE OR EXPEDITE PAYMENT TO PROVIDER FOR SERVICE RENDERED, INCLUDING BUT NOT LIMITED TO A RELEASE OF MEDICAL RECORDS AND ASSIGNMENT OF BENEFITS/AUTHORIZATION TO PAY.

Known by all these present that: the undersigned has made, constituted and appointed, and by these presents does not hereby make, constitute and appoint MIDTOWN CLINIC OF CHIROPRACTIC and any of its duly authorized agents and employees as and to be undersigned's true and lawful attorney for and in the undersigned's name, place and stead to endorse any and all checks, drafts, or money orders which are made payable to the undersigned alone or to the undersigned and MIDTOWN CLINIC OF CHIROPRACTIC which checks, drafts, or money orders are made payable for services which have been made by MIDTOWN CLINIC OF CHIROPRACTIC, at the request of with the knowledge and approval of the undersigned and/or maker of the check, draft or money order.

This assignment includes but it's not limited to, all rights to collect benefits directly from my insurance company for services that I have received and all rights to proceed against my insurance company in any action including legal suit if for any reason my insurance company fails to make payments of benefits due to my assignee or me. This assignment also includes any rights to recover attorney's fees and costs for such action brought by the provider as my assignee.

The undersigned by these presents does give and grant MIDTOWN CLINIC OF CHIROPRACTIC, as attorney the full power and authority to do and perform all and every act whatsoever requisite and necessary to be done in and about the premises as fully to all intents and purposes as the undersigned might or could do to personally present insofar as the endorsing and cashing of said check and concerned as well as any other document.

At any time after Insurer fails to render the applicable payment within 30 days upon receipt of Health Care Providers medical bills got any date of service, this agreement may be revoked. Health Care Provider's said revocation will be effective on the thirty first (31) day after Insurer has received Health Care Provider medical bill(s) that Insurer has denied has denied, withdrawn, reduced, or failed to pay in accordance with Florida Statute 627.736.

A photocopy of this document shall be as binding as an original signature page.
The undersigned does hereby ratify and confirm any and all actions taken by the said attorney in accordance with this special power and which they said attorney shall do cause to be done by virtue of these presents.

ASSIGNMENT OF BENEFITS

I, _____, hereby authorize _____
(name of insured) (name of insurance company)

to pay and mail directly to MIDTOWN CLINIC OF CHIROPRACTIC, the medical benefits otherwise payable to me for their services, but not to exceed the charges o those services, I hereby irrevocably assign to MIDTOWN CLINIC OF CHIROPRACTIC and benefits under any policy of insurance, indemnity agreement, or any other collateral source as defined in Florida Statutes for any services and charges provided by MIDTOWN CLINIC OF CHIROPRACTIC

PATIENT'S SIGNATURE

PATIENT'S NAME

DATE

Renuncia Estándar de Responsabilidad

Yo entiendo que soy responsable financieramente por cargos incurridos en esta oficina, para aquellos pacientes utilizando seguros, esto incluye co-pagos, deducibles, y cargos rechazados o no cubiertos por mi compañía de seguros. Yo realizo que mi cuidado puede ser sujeto a aprobación/ autorización de mi compañía de seguros, y acepto cualquier responsabilidad por cargos que no sean aprobados. Mi compañía de seguros revisara algunos documentos por Midtown Clinic of Chiropractic para revisión de necesidad médica. La determinación final es basada en los protocolos y/o medidas de salud de mi compañía de seguros. Limitaciones de la póliza de seguro se basa en el plan individual de mi póliza de seguros, al igual que los co-pagos, co-seguros, deducibles, referidos, etc. Yo entiendo que esta oficina me notificara lo antes posible si mi cuidado es aprobado o negado basado en mi seguro. También entiendo que mi visita inicial puede ser negada y esto puede ser luego de rendir los servicios y de la habilidad de la oficina de notificarme antes de mi evaluación/tratamiento.

NOTA: Nuestra oficina no hará reclamos a compañías de seguros secundaria.

Yo entiendo que esta oficina requiere que yo pague servicios rendidos no cubiertos por mi plan de la compañía de seguro. Pagos tardes por más de 30 días son sujetos a penalidad de tardanza, a un interés de 1.5% por mes y penalidad de agencias de colección. Yo estoy dispuesto a pagar costos asociados con la colección de dicha deuda, incluyendo, pero no limitado a costos de abogados de 25%, junto al costo de re-embolso de dicha acción.

Nombre	Firma	Fecha
--------	-------	-------

Liberación de Registros Médicos

Yo le otorgo el permiso al Dr. Colón a obtener información médica de otras facilidades que ayudan al doctor a tratar mi condición más detalladamente

Nombre	Firma	Fecha
--------	-------	-------

Consentimiento para evaluar a un menor de edad

Yo, _____ siendo el padre/madre o guardián legal de _____, he leído y completamente entendido la renuncia estándar de responsabilidad y autorizo que me hijo/a reciba tratamiento quiropráctico.

Permiso de embarazo

Esto certifica que para mí noción no estoy embarazada y el doctor mencionado arriba y sus asociados tienen mi permiso de tomar radiografías pueden ser peligrosas para un niño/a sin nacer.

Día del último ciclo menstrual: _____



MIDTOWN
CLINIC OF CHIROPRACTIC

TO: Attorney _____

Re: Health Report and Doctor's Lien

I (_____) hereby authorize the above doctor to furnish you, my attorney/insurer carrier, with a full report of his examination, diagnosis treatment, prognosis, etc., of myself in regards to the accident/illness which occurred/began on _____.

I hereby give and direct you, my attorney to pay directly to the said doctor such as sums may be due and owing him for professional services rendered me both by reason of this accident and by reason of any other bills that are due his office and to withhold such sums from any settlement, judgment or verdict as may be necessary adequately to protect the said doctor , I hereby future give a lien on my case to the said doctor against any and all proceeds of any settlement, judgment or verdict which may be paid to you attorney, or myself as a result of the injuries for which I have been treated or injuries in connection therewith.

I fully understand that I am directly and fully responsible to said doctor for all professional bills submitted by him for services rendered me and that this agreement is made solely for said doctor additional protection and in consideration of this awaiting payment. And I further understand that such payment is not contingent on any settlement, judgment or verdict by which I may eventually recover said fee.

Date: _____

Patients Signature: _____

The undersigned being attorney of record for the above patient does hereby agree to observe all the terms of the above and agrees to withhold such sums for any settlement, judgment or verdict as may be necessary adequately to protect the said doctors named above.

Dated: _____

Attorney's Signature: _____

Attorney: Please date, sign and return one copy to the doctor's office at once. Fax (561)439-7348
Keep one copy for your records.

HIPPA

Compliant Medical Release Form

Date: _____

To: _____

Patient Name: _____

Patient Address: _____

Birth Date: _____ SS#: _____

Purpose of release of all medical records/ PHI : Continuing medical care with Dr. Francisco Colon / Dr. Sebastian Colon.

Limited Power of Attorney: In the event that your institution requires a site-specific authorization for release of protected health information, I grant Dr. Colón the ability to use this medical release form I signed with him along with his signature on your form to release my PHI. I do appreciate the fact that you are lolling after my PHI privacy. I hope you understand that I have the right to have my medical records/ PHI sent to Dr. Colon in a timely fashion to ensure the proper documents are made available to him for my continuing medical care and well-being. I have read his HIPPA policy that can be found online at: www.MyMidtownClinic.com. If you have any concerns about releasing my medical records to Dr. Colon, please call (561) 533-3884.

X _____

Patient Signature



MIDTOWN
CLINIC OF CHIROPRACTIC

Certified Mail Receipt # _____

Date: _____

INSURANCE COMPANY AND ADDRESS:

Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

NOTICE OF INITIATION OF TREATMENT

Patient: _____

Insured: _____

Date of loss: _____

Claim #: _____

Policy #: _____

To whom it may concern:

Please be advised that I have been consulted by and have commenced rendering medical services to the patient referenced above. The first day of treatment was on _____.

Also enclosed please find a direction to pay by which the patient has directed you to send the check for payment for services rendered to the undersigned. The patient has granted us a lien on the benefits.

In accordance with 627.736(5)(b), I will be timely submitting the bills. We expect you govern yourself accordingly.

Sincerely,

Francisco Colon, DC and Sebastian Colon, DC

AUTHORIZED REPRESENTATIVE: _____

OFFICE FINANCIAL POLICY

CASH

1. Todos los pacientes están en una base de efectivo hasta su respectiva cobertura y deducible puede ser verificado por nuestro personal.
2. Esta oficina puede hacer arreglos de pago plan de forma individual. Cualquier plan o acuerdo se discutirá durante su informe de conclusiones.

SEGURO MEDICO

Si usted tiene seguro, con mucho gusto aceptamos asignación con las siguientes excepciones y regulaciones siempre que contamos con la certificación previa de su compañía de seguros

Aceptamos asignación para el plan de tratamiento inicial solamente. Cualquier visita de seguimiento se pagará cuando se prestan los servicios. Una vez que ha descargado el cuidado activo y puesto en mantenimiento, seguimos presentar su seguro pero requieren el pago completo de cada visita.

Aceptamos la cesión como una cortesía a usted; usted es responsable de su cuenta de toda su compañía de seguros no debe pagar cualquiera de los cargos previstos por cualquier razón. No somos un mediador entre usted y su compañía de seguros y no entrará en cualquier disputa con el mismo, ya que su contrato es entre usted y su compañía de seguros.

Siempre que reciba cualquiera hoja de trabajo de su compañía de seguros o la explicación de beneficios, por favor poner esta información en esta oficina tan pronto como sea posible. Debemos tener una copia de este para determinar si se ha efectuado el pago apropiado. Si usted debe recibir un cheque de su compañía de seguros durante la facturación, usted debe traer a la oficina a la recepción. Si existe cualquier pago excesivo facturación después de todo seguro se ha hecho, le emitiremos un cheque de pago en exceso, no vendrá de su compañía de seguros. Los pagos seguros, independientemente de que la compañía emite un cheque en primer lugar, se aplican a su cuenta como merece cualquier saldo.

Los servicios no cubiertos o reducciones de la cobertura de su seguro será la responsabilidad del paciente.

Esta oficina se vuelva a enviar una reclamación una vez. No entraremos en cualquier disputa con su compañía de seguros. Si se presentan problemas de cobertura, se espera ayudar a directamente en el trato con su compañía de seguros, ajustador o agente. Las reclamaciones denegadas o disputadas se considerará como servicios al descubierto y se espera que pagar dichos cargos en forma oportuna.

Si el paciente es referido a otro especialista o discontinúa la atención por cualquier motivo que no sea descarga por el médico, el proyecto de ley es debido y pago en su totalidad espera que inmediatamente independientemente de cualquier reclamación presentada.

Si usted tiene preguntas acerca de este o cualquier otro asunto, favor de hablar con la recepcionista o nuestro Departamento de seguros antes de ver al Doctor.

He leído y entiendo la política financiera de la oficina y acepto estos términos.

Firma

Fecha