

Entiendo que si estoy estacionado en un lugar afuera del lugar designado abajo mi carro puede ser llevado por la grua por mi costo.



Firma: _____ Fecha: _____



BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

Es un placer tenerle como nuevo paciente. En **Costa Vista Chiropractic Barnette Corporation**, Estamos comprometidos a proporcionarle la mejor atención posible. Miramos Adelante a asociarse con usted en su camino hacia la recuperación. Estamos aquí para compartir nuestra experiencia y proporcionar tratamiento específicamente diseñado para usted en base a sus lesiones. No tomamos un enfoque de "un tamaño adecuado para todos" a la prescripción de terapias. Es nuestra esperanza sincera que usted este cómodo como sea posible durante sus visitas en nuestra oficina; para ayudarnos a lograrlo necesitamos su ayuda.

Por encima de todo, nuestras promesas para usted son:

1. Mantener el más alto nivel de servicio al cliente, proporcionando atención de calidad en un ambiente profesional y agradable con personal altamente calificado.
2. Para ayudar en el proceso de curación de su cuerpo ofreciendo un plan de tratamiento a medida que incluye una combinación de terapias incluyendo servicios médicos, ajustes quiroprácticos, referencias especializadas, rehabilitación, relajación muscular y estimulación, fisioterapia, y/o terapia de masaje.

A cambio, le pedimos:

1. Llegar a tiempo para todas sus citas. Nos damos cuenta de que esto no siempre es posible, así que por favor le pedimos dar a la oficina una llamada e informar a la recepcionista si va a tener que llegar temprano O Tarde.
2. Siempre informar al personal o a los médicos si usted ha sido involucrado en algún accidente adicional o si tuvo alguna lesión después de la primera visita con nosotros. Tener otra lesión puede requerir cambios en su plan de tratamiento.
3. Para complacer ser paciente con el proceso de curación y se adhieran a todas las recomendaciones de su médico.

En **Costa Vista Chiropractic Barnette Corporation**, se reconoce la importancia de la comunicación entre los médicos y los pacientes. Su médico está siempre dispuesto a hablar de cualquier asunto que pueda afectar su recuperación y a responder a cualquiera de sus preguntas.

Una vez más, Bienvenidos a nuestra oficina,

El Dr. Brandon Barnette, D.C.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

**Costa Vista Chiropractic Barnette Corporation
2218 N Main St, Santa Ana, Ca 92706**

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PUEDE
SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA
INFORMACION
POR FAVOR REPASE CUIDADOSAMENTE**

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Este Aviso de Practicas de Privacidad NO es una autorización. Este Aviso de Practicas de Privacidad describe como nosotros, nuestros socios comerciales y sus subcontratistas, pueden usar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, el pago o la operación de atención médica (TPO) y para otros propósitos que son permitida o requerida por la ley. También describe sus derechos de acceso y control de su información de salud protegida. "Información de salud protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarle y que se relaciona con su pasado, presente o futuro condición física o mental y servicios de atención médica relacionados.

USOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Su información de salud protegida puede ser usada y revelada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que se implican en su cuidado y tratamiento con el fin de proporcionar servicios de salud a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, para apoyar el funcionamiento de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: utilizaremos y revelaremos su información de salud protegida para proporcionar coordinación, o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, su información médica protegida puede ser proporcionada a un médico al que se le ha referido para asegurarse de que el médico tiene la información necesaria para diagnosticar o

Pago: Su información de salud protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para una hospitalización puede requerir su información de salud protegida pertinente sea divulgada al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión del hospital.

Operaciones de atención médica: podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información médica protegida para respaldar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, evaluación de la calidad, revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias, recaudación de fondos y realización u organización de otras actividades comerciales; por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a estudiantes de medicina que ven pacientes en nuestra oficina. Además, podemos enviarnos una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted para recordarle su cita e informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Si usa o divulga su información médica protegida para actividades de recaudación de fondos, le proporcionaremos la opción de no participar en esas actividades. También puede elegir por volver a participar.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida en la siguiente situación con su autorización. Estas situaciones incluyen: según lo exige la ley, el emisor de salud pública según lo exigen las enfermedades transmisibles, la supervisión de la salud, el abuso o la negligencia, los requisitos de la administración de alimentos y comida, los procedimientos legales, la aplicación de la ley, los forenses, los directores de funerarias, la donación de órganos, la investigación, la actividad criminal Actividad militar y seguridad nacional, compensación del trabajador, reclusos y otros usos y divulgaciones requeridas. Bajo la ley, debemos hacer revelaciones a usted a su solicitud. Según la ley, también debemos divulgar su información médica protegida cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con el requisito de la Sección 164.500.

Proporcionado por HCSI-Revisado en marzo de 2013

PATIENT NUMBER _____ PI _____ ATTORNEY _____

CASH _____ WC _____ GI _____ MED PAY _____ DATE OF ACCIDENT _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (POR FAVOR EN LETRA DE MOLDE)**NOMBRES Y APELLIDOS**

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL _____ - _____ - _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ - _____ - _____

SEXO (Circule) Hombre /Mujer GÉNERO PREFERIDO (Circule) Hombre /Mujer

DIRECCIÓN _____ NMO DE APTO. # _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO RESIDENCIAL (_____) _____ TELÉFONO CELULAR (_____) _____

ESTADO CIVIL (CIRCULE) SOLTERO / CASADO / DIVORCIADO / VIUDO

EMPLEO (CIRCULE) NINGUNO / TIEMPO COMPLETO / A TIEMPO PARCIAL /
ESTUDIANTE / JUBILADO / DISCAPACITADO

EMPLEADOR _____ PROFESIÓN _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEO _____ TELÉFONO _____

INFORMACIÓN ESPOSO(A)/PADRES**NOMBRE Y APELLIDO**

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____ RELATIONSHIP _____

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL _____ - _____ - _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ - _____ - _____

SEXO M / F

TELÉFONO RESIDENCIAL (_____) _____ TELÉFONO CELULAR (_____) _____

EMPLEADOR _____ PROFESIÓN _____

PARIENTE MÁS CERCANO QUE NO VIVE CON USTED

NOMBRE COMPLETO _____

TELÉFONO RESIDENCIAL (_____) _____ TELÉFONO CELULAR (_____) _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

RENUNCIA DE BENEFICIOS DE ASEGURANZA PARA CASOS DE LESIONES PERSONALES

_____ Si hay una póliza de aseguranza de automóvil que tiene cobertura de "pago médico" que se puede utilizar para mi tratamiento, acepto que todos los fondos de pago médico de dicha compañía de seguros de automóviles deben utilizarse para satisfacer cualquier saldo pendiente con **Costa Vista Chiropractic Barnette Corporation** y los cheques deben pagarse y enviarse directamente a **Costa Vista Chiropractic Barnette Corporation**. Si es necesario, también autorizo **Costa Vista Chiropractic Barnette Corporation** para firmar mi nombre en el caso de un cheque por los servicios prestados se hace a mí o ambas partes y no se puede llegar. Este Acuerdo sustituirá a todos los demás acuerdos, contractuales o de otro tipo, incluidos, entre otros, los acuerdos con abogados u otras agencias o agentes.

_____ Reconozco que estoy eligiendo no usar, o no tengo seguro de salud privado, incluyendo Medicare y Medicaid. También entiendo que no habrá facturación retroactiva para mi seguro de salud privado, incluido Medicare y Medicaid.

_____ Entiendo que firmaré un 3rd parte y/o un gravamen del abogado, que es un aplazamiento del pago, no un perdón del pago.

_____ Reconozco que, en caso de que mi cuenta no sea pagada dentro de los treinta (30) días de la fecha de liquidación de una reclamación de lesiones personales, mi cuenta puede ser enviada a una agencia de cobro, yo seré responsable de todos los honorarios de los abogados y costos judiciales.

CESIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO DE SALUD

Como cortesía a nuestros pacientes, intentaremos facturar a su compañía de seguro de salud para los pagos de los servicios prestados. Tenga en cuenta que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. También, tenga en cuenta que algunos, y tal vez todos, de los servicios médicos que proporcionamos no pueden ser cubiertos o considerados razonables y necesarios bajo su plan de seguro médico específico.

_____ Todos los copagos, deducibles o porciones de responsabilidad del paciente se deben en el momento en que se proporcionan los servicios. Cualquier monto no cubierto por su compañía de seguros es su responsabilidad. Esto incluye, pero no se limita a; cargos por visitas al consultorio, cargos administrativos, suministros y radiografías.

_____ Autorizo que todos los pagos del seguro a ser hechos directamente a **Costa Vista Chiropractic Barnette Corporation**, que de otro modo sería pagadero a mí, por los servicios recibidos. Si es necesario, también autorizo **Costa Vista Chiropractic Barnette Corporation** para firmar mi nombre en el caso de un cheque por los servicios prestados se hace a mí o ambas partes y no se puede llegar. Soy consciente de que en el caso de que mi seguro de salud no pague por los servicios prestados, me pueden responsabilizar financieramente.

DECLARACIÓN DE NO ASEGURANZA

_____ Reconozco que no estoy usando o no tengo, seguro de salud privado incluyendo Medicare y Medicaid.

_____ Reconozco que soy el paciente o el tutor legal del paciente. Entiendo lo siguiente:

_____ Las facturas médicas incurridas en esta oficina son responsabilidad exclusiva del paciente o del tutor legal del paciente, independientemente del estado del seguro y/o resultado de un litigio pendiente.

_____/_____/_____
NOMBRE DE EL PACIENTE (IMPRIMA) FIRMA DEL PACIENTE/O GUARDIÁN FECHA

NUEVO CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y LA INFORMACIÓN DE SALUD PARA EL TRATAMIENTO, EL PAGO, O LA OPERACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo, _____, entiendo que, como parte de mi atención médica, Costa Vista Chiropractic Barnette Corporation origina y mantiene registros en papel y/o electrónicos describiendo mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de exámenes, diagnósticos, tratamiento, planes para el cuidado futuro, información financiera y de seguros. Entiendo que esta información sirve:

- Una base para planificar mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado
- Una fuente de información para aplicar mi información de diagnósticos a mi factura
- Un medio por el cual los pagadores de terceros pueden verificar que los servicios facturados en realidad fueron probados
- Una herramienta para las operaciones rutinarias de salud, como evaluar la calidad y revisar la competencia de los profesionales sanitarios

Entiendo y se me ha proporcionado un aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información. Entiendo que tengo el siguiente derecho y privilegios:

- El derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento
- El derecho a oponerse al uso de mi información de salud o propósitos de directorio
- El derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica

Entiendo que la siguiente información puede ser utilizada y/o divulgada con el fin de coordinar y proporcionar atención médica y para proporcionar el pago:

- Registros médicos
- Estados de cuenta de facturación
- Resultados de la prueba/informe de radiología
- Información sobre pólizas de seguros

Esta autorización es efectiva para un (1) año de la fecha firmada a menos que sean revocados o terminados por los pacientes o el representante personal de la patente.

También entiendo que Costa Vista Chiropractic Barnette Corporation no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado medidas en dependencia de ello.

Entiendo que al negarse a firmar este consentimiento o revocarse este consentimiento, Costa Vista Chiropractic Barnette Corporation puede reutilizar para tratarme según lo permitido por la sección 164,506 del código de regulaciones federales de HIPAA.

También entiendo que Costa Vista Chiropractic Barnette Corporation se reserva el derecho de cambiar sus avisos y prácticas antes de la implementación, de acuerdo con la sección 164. 520 del código de regulaciones federales de la HIPAA. Si Costa Vista Chiropractic Barnette Corporation cambia su notificación, enviará una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado o en mi próxima cita programada.

Deseo tener las siguientes RESTRICCIONES sobre el uso y/o divulgación de mi información de salud protegida:

Entiendo que como parte de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica de Costa Vista Chiropractic Barnette Corporation, puede ser necesario revelar mi información de salud protegida a otra entidad, y consiento dicha divulgación para estos permitidos usos, incluyendo la divulgación por fax y/o correo electrónico.

Comprendo y acepto plenamente los términos de este consentimiento.

_____ Reconozco que he recibido una copia de la divulgación de la notificación de prácticas privadas de HIPAA.

_____ / _____ / _____

NOMBRE DEL PACIENTE (IMPRIMA)

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Paciente Nuevo,

Cada tipo de procedimiento de atención médica y/o tratamiento está asociado con algún grado de riesgo. Esto incluye la atención quiropráctica. Queremos que se le informe sobre los posibles problemas asociados con la atención médica quiropráctica antes de dar su consentimiento al tratamiento.

Los ajustes quiroprácticos implican el movimiento de las articulaciones en el cuerpo con el uso de las manos del médico, el uso de una máquina, el uso de una mesa mecánica, o el uso de un instrumento de mano. Con frecuencia, los ajustes crean un sonido/sensación "pop" o "clic" en el área tratada.

En esta oficina, usamos personal capacitado para ayudar al médico con porciones de su consulta, examen, toma de radiografías, aplicación de terapia física y otras modalidades de tratamiento. Ocasionalmente, cuando el médico no está disponible, otro quiropráctico te tratará. Si no desea ser tratado por otro quiropráctico en esta clínica, por favor informe al personal inmediatamente y esa solicitud será honrada.

NATURALEZA Y FINALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIROPRÁCTICOS

La práctica de la quiropráctica incluye muchos procedimientos estándar de examen y pruebas. Estos incluyen examen físico, pruebas ortopédicas y neurológicas, palpación, instrumentación especializada, pruebas de laboratorio, exámenes de radiología, fisioterapia y procedimientos de rehabilitación.

Hay una serie de diferentes técnicas de ajuste, algunos utilizando equipos especialmente diseñados. Los ajustes generalmente se realizan a mano, pero se pueden realizar mediante instrumentos guiados a mano. Un ajuste quiropráctico es la aplicación de un movimiento preciso rápido sobre una distancia muy corta a un punto de contacto segmentario específico de una vértebra.

Si durante el curso de la atención, nos encontramos con la no-quiropráctica o hallazgos inusuales, le aconsejaremos de esos hallazgos y le recomendamos que busque los servicios de otro proveedor de atención médica.

Todos los médicos quiroprácticos que prestan atención en **Costa Vista Chiropractic Barnette Corporation** están licenciados por la Junta de médicos quiroprácticos de California de acuerdo con las leyes estatales.

POSIBLES RIESGOS ASOCIADOS A LOS PROCEDIMIENTOS QUIROPRÁCTICOS

No sólo debe entender los beneficios de la atención quiropráctica en la restauración y mantenimiento de la buena salud, pero también debe ser consciente de la existencia de algunos riesgos y limitaciones inherentes. Esta rara vez son suficientes para contraindicar el cuidado, pero deben tenerse en cuenta al tomar la decisión de recibir atención quiropráctica. Todos los procedimientos de atención médica, incluidos los utilizados en diferentes grados, tienen algunos riesgos asociados con ellos. Los riesgos asociados con algunos procedimientos de ajuste quiroprácticos pueden incluir:

- Golpe
- Hernia discal vertebral
- Lesión de tejido blando
- Fracturas de costilla
- Quemaduras en la fisioterapia
- Dolor

Por la presente doy su consentimiento para **Costa Vista Chiropractic Barnette Corporation** y sus empleados y/o personal contratado para rendir tratamiento a mí y/o a mi hijo (o hijo bajo mi tutela). Esto incluye todos los exámenes necesarios, el tratamiento y cualquier otro procedimiento relacionado necesario para proporcionar atención quiropráctica. Entiendo que el tratamiento se basará en el criterio profesional del médico.

NOMBRE Y APELLIDO (IMPRIMA)

FIRMA DEL PACIENTE / PADRE O TUTOR

FECHA

DIAGRAMA DE DOLOR

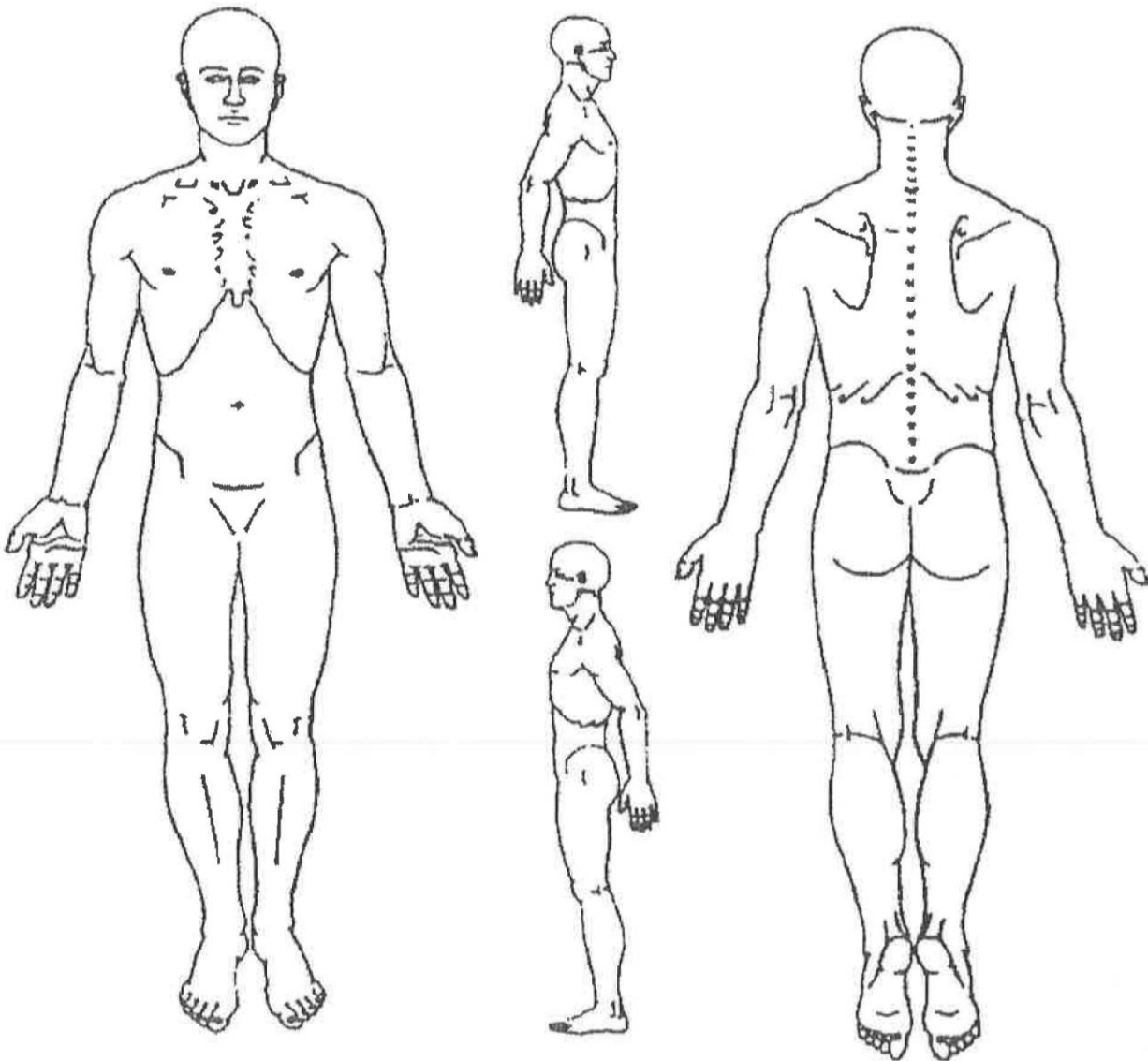
Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

En el diagrama abajo, circule todos los áreas donde usted está experimentando dolor u otras síntomas.

Otras síntomas que no se incluyen en el diagrama:

Dolor de cabeza: _____ Sí / _____ No

Otro: _____



Firma del paciente: _____ Fecha: _____

LISTA DE VERIFICACION DE MOLESTIA/DIFICULTAD/INCOMODIDAD CON ACTIVIDADES DIARIAS

Nombre y apellido del paciente _____ Fecha _____

Esta lista de verificación es para ayudarnos a comprender cuánta incomodidad, dolor y / o dificultad está teniendo al realizar ciertas actividades. Por favor, marque UNA COLUMNA para cada actividad. Si una actividad en particular no se aplica a usted o aún no ha probado esa actividad, marque "no aplicable".

ACTIVIDAD	NO MOLESTA / NO HAY DIFICULTAD	MOLESTIA / DIFICULTAD MÍNIMA	MOLESTIA / DIFICULTAD MODERADA	MOLESTIA / DIFICULTAD MAYOR	NO SE PUEDE HACER A CAUSA DE GRAN MOLESTIA / DIFICULTAD	NO SE APLICA
ESTAR SENTADO						
ESTAR DE PIE						
AGACHARSE						
LEVANTAR						
CAMINAR						
ESTAR ACOSTADO						
DORMIR						
MANEJAR						
TRABAJAR						
LIMPIEZA A LA CASA						
CUIDADO PERSONAL / VESTIRSE						
EL CUIDADO DE NIÑOS						
USAR LA COMPUTADORA						
HACER EJERCICIO / JUGAR DEPORTES						
VER LA TELEVISION						
OTRO _____						

FIRMA DEL PACIENTE

Revisado 3/5/19

Nombre del paciente	
¿Como te refirieron a nosotros?	
¿Cuándo fue su accidente?	
¿Como paso su accidente? ¿Quien agarro la infracción?	
¿Había alguien más en el coche contigo? ¿Quien?	
¿Fue su coche lo suficientemente dañado como para tener que habérselo llevado la grúa? ¿Tuvo golpe fuerte?	
¿Fue al hospital o a cualquier otro médico? ¿A dónde?	
¿Tiene usted pagos médicos en su aseguranza de caro?	
¿Tiene seguro médico? ¿Cuál?	



EXPEDIENTE DEL PACIENTE DE DIVULGACIONES

En general, las reglas de privacidad de HIPAA otorgan a las personas el derecho a solicitar una restricción en el uso y la divulgación de su información de salud protegida (PHI). La persona también tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales o que la comunicación de la PHI se realice por medios alternativos, como enviar correspondencia a la oficina de la persona en lugar de a la casa de la persona.

Deseo ser contactado de la siguiente manera: (Marque todas las que le correspondan)

<p>Teléfono de casa/celular</p> <p>_____ Aceptar para dejar el mensaje con información detallada mi domicilio</p> <p>_____ Dejar mensaje con el número de devolución de llamada</p> <p>_____ Aceptar recordatorios de citas de texto</p> <p>Portador del teléfono celular (círculo uno): T-Mobile, Sprint, Verizon, otros: _____</p>	<p>Comunicación escrita</p> <p>_____ Aceptar para enviar por correo a mi domicilio</p> <p>_____ OK para enviar mi trabajo/Oficina</p> <p>_____ Aceptar para enviar por fax: Fax (____) _____ - _____</p>
---	---

Correo electrónico: _____ @ _____
(DIRECCION ELECTRONICA) (LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO NO SERÁ VENDIDA NI ENTREGADA A 3rd PARTES).

Aceptar para divulgar información a los siguientes individuos: _____

NOMBRE DE LA LISTA Y FECHA DE NACIMIENTO DE LOS INDIVIDUALS AUTORIZADOS:

_____	_____
NOMBRE DEL PACIENTE (imprima)	Fecha de nacimiento
_____	_____
FIRMA DEL PACIENTE	Fecha

La regla de privacidad generalmente requiere que los proveedores de atención médica tomen medidas razonables para limitar el uso de la divulgación y la solicitud de PHI al mínimo necesario para lograr el propósito previsto. Esas disposiciones no se aplican a los usos o divulgaciones realizadas de conformidad con una autorización solicitada por el individuo. Las entidades de salud deben mantener registros de las revelaciones de PHI. La información proporcionada a continuación, si se completa correctamente, constituirá un registro adecuado.

NOTA: Los usos y las divulgaciones para TPO (Tratamiento, Pago u Operaciones) pueden permitirse sin consentimiento previo en una emergencia.

Fecha	Divulgada a quién dirigió o número de fax	Descripción de la divulgación/propósito de la divulgación	Por quien divulgó

INFORMACIÓN DE ACCIDENTE /LESIÓN

¿ESTUVO EN UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO? SÍ / NO ¿USTED FUE? CONDUCTOR / PASAJERO

¿TIENE UN ABOGADO PARA REPRESENTARSE EN ESTE ACCIDENTE / LESIÓN? SÍ / NO

NOMBRE Y APELLIDO DEL ABOGADO _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____ FECHA DE ACCIDENTE/ LESIÓN _____

¿ESTE ES UN RECLAMO DE COMPENSACIÓN PARA EL TRABAJADOR? SÍ / NO

¿FUE ESTE UN RESBALON Y CAIDA? SÍ / NO SI ES SÍ, ¿DÓNDE OCURRIÓ ESTO? _____

OTRO: _____ ¿ESTÁ EMBARAZADA? SÍ / NO

¿FUE TRANSPORTADO DE LA ESCENA DEL ACCIDENTE / LESIÓN POR AMBULANCIA? SÍ / NO

HOSPITAL DONDE FUERON TRATADOS _____

LOS NOMBRES DE OTROS MÉDICOS QUE LE HAN TRATADO PARA ESTA ACCIDENTE/LESIÓN

INFORMACIÓN DE LA ASEGURANZA DE AUTOMÓVIL

COMPAÑÍA DE LA ASEGURANZA DE COCHE DE USTED/CONDUCTOR _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE LA ASEGURANZA DE COCHE DE

USTED/CONDUCTOR(_____) _____

NÚMERO DE PÓLIZA _____ NÚMERO DE RECLAMO _____

¿TIENE COBERTURA DE PAGOS MÉDICOS EN SU PÓLIZA? SÍ/NO CUANTO \$ _____

COMPAÑÍA DE LA ASEGURANZA DEL CONDUCTOR _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE LA ASEGURANZA DEL CONDUCTOR (_____) _____
(QUIEN LE CHOCÓ A USTED)

NÚMERO DE PÓLIZA _____ NÚMERO DE RECLAMO _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD

COMPañÍA DE SEGUROS _____ NÚMERO DE TELÉFONO (____) _____

DIRECCIÓN _____
DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ RELACIÓN _____

ID _____ # DE GRUPO _____ EMPLEADOR _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____ - _____ - _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA _____ NÚMERO DE TELÉFONO (____)

DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN

_____ DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

EMPLEADOR _____ NÚMERO DE TELÉFONO (____)

SUPERVISOR _____

GERENTE DE CASO _____ NÚMERO DE RECLAMO _____

Sus opciones de pago de tratamiento, **si el accidente de auto NO fue su culpa:**

- 1) **Asegurancia de automóvil de otra persona** (Es posible que tenga un abogado)
- 2) **Su propia asegurancia de automóvil** (si tiene Pagos Médicos)
- 3) **Su propia asegurancia de salud** (Si tiene una asegurancia de salud que pagará el tratamiento de un accidente automovilístico, y si nos cubren fuera de la red)

Beneficios posibles de las 3 opciones diferentes: (✓ = esta opción tiene este beneficio)

	1) Asegurancia de automóvil de la otra persona	2) Su propia asegurancia de automóvil (Pagos Médicos)	3) Su propia asegurancia de salud
NO COPAGO para cada visita	✓	✓	
NO DEDUCIBLE	✓	✓	
SIN LIMITACIONES al tipo de tratamiento (rayos X, masajes, derivaciones, etc., que el seguro de salud no permitirá)	✓	✓	
No hay limitaciones para la cantidad de tratamiento predeterminado (ejemplo: no se limita a sólo 12 visitas)	✓	✓	
No tendrá que pagar a la compañía de asegurancia de salud de nuevo cuando se recibe la liquidación del seguro de coche	✓	✓	
No tendrá que pagar el tratamiento hasta que la asegurancia de caro pague	✓		
Cuentas médicas cubiertas incluso si la persona que causó el accidente no tenga asegurancia de automóvil		✓	✓
NO NECESITA tener una referencia médica de su doctor primario para comenzar el tratamiento	✓	✓	

Razones por las que los pacientes han mencionado por qué eligieron contratar a un abogado:

- "Estaba frustrado con la asegurancia de automóvil porque era fácil trabajar con ellos al principio, pero luego se volvió difícil".
- "No tuvimos tiempo para hacer llamadas, quedarnos en espera, escribir cartas, y reunirnos con la compañía de asegurancia. Era como un trabajo de medio tiempo".
- "No me sentí cómodo argumentando mi caso contra la compañía de asegurancia."
- "Me gustó el hecho de que mi abogado sabía qué hacer y decir para conseguir que la compañía de asegurancia me pague sin necesidad de demandar."
- "Quería un abogado de mi lado para contrarrestar a los abogados de la compañía de asegurancia".
- "Sabía que mi abogado tenía una mejor oportunidad de obtener más dinero para el dolor, el sufrimiento y el trabajo perdido, incluso después de pagar facturas médicas y de abogados".
- "Nos gustó tener una consulta gratuita con el abogado para hacer preguntas y no tener que pagar al abogado hasta el final del caso."
- "Me sentí tranquilizada sabiendo que el dinero que le pagaron al abogado estaba basado en cuánto dinero me dieron de la asegurancia de auto."



Nombre del paciente: _____

Por favor traiga la siguiente información a su próxima cita.

Nombre de su aseguranza del auto: _____ Teléfono#: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Relación: _____

Póliza #: _____ Reclamo #: _____

Nombre del Ajustador: _____ o equipo #: _____

Directo#: _____ ext: _____

Medpay (Pagos Médicos) cuanto en la póliza: \$ _____

Cuanto de Pagos Médicos en la póliza: *(Por favor, marque uno, la información puede encontrarse en la página de declaración de su póliza)*

\$1,000 \$2,000 \$5,000 \$10,000 Other \$ _____

Cobertura no asegurada/Subasegurada: _____ / _____

Otros pacientes que tratan del mismo accidente: _____

¿POR QUÉ PAGOS MEDICOS?

- Medpay es la abreviatura de "pagos médicos". Los montos de cobertura comunes son \$1.000, \$2.000 y \$5.000.
- Cubre los gastos médicos para todas las personas en su automóvil que resultaron heridas, sin importar quién tuviera la culpa.
- Pagos Médicos no son obligatorios. Si lo tienes, estás pagando extra por ello.

¿POR QUÉ DEBO USAR PAGOS MEDICOS PARA PAGAR MI TRATAMIENTO SI EL ACCIDENTE NO FUE MI CULPA?

- Si usted está pagando extra para tener Pagos Médicos en su póliza de auto, usted podría también utilizarlo.
- Si usted (o su abogado) recibe una liquidación del seguro del conductor de la avería, más del dinero del establecimiento estará disponible para ser dado a usted porque no será necesario pagar las cuentas médicas ya pagadas por su Pagos Médicos.

¿MI PRIMA DE SEGURO VA A SUBIR SI UTILIZO MI PAGOS MEDICOS?

- No, su prima de seguro no va a subir. Las compañías de seguros están prohibidas de elevar su prima si usted utiliza su Pagos Médicos para pagar el tratamiento después de un accidente automovilístico, siempre y cuando el accidente no fue su culpa. (Código de Aseguranza §491)
- "Si el accidente no es su culpa, su compañía de seguros no le cobra más". (*Guía de información de la aseguranza del automóvil. " Departamento de Justicia de California, n.d. Web. Insurance.ca.gov)*