

INFORMACIÓN IMPORTANTE POR FAVOR COMPLETA

NOMBRE: _____ LA FECHA: _____

¿ A VISTO UN QUIROPRACTICO ANTES ? SÍ NO

¿ SI NO NUESTRA OFICINA, DÓNDE ? _____

¿ CÓMO USTED OYÓ HABLAR NUESTRA OFICINA ?

RELATIVO: _____ AMIGO: _____

DOCTOR: _____ MUESTRA DEL CAMINO: _____

CARTELERA: _____ PAGINAS AMARILLAS: _____

INTERNET: _____ OTRO: _____

Seguro Médico

_____ No tengo seguro médico.

_____ Tengo seguro médico y deseo para tenerlo archivado si incluye cobertura del quiropráctica.

_____ Tengo seguro médico pero elijo no tenerlo archivado para esta problema médico. He provisto del mostrador una copia de mi tarjeta del seguro en el acontecimiento mi abogado o el portador de seguro del automóvil no puede rendir el establecimiento completo de mi cuenta médica. Entiendo más lejos que el equilibrio restante será mi responsabilidad, si elijo no archivar mi seguro médico.

CONSENTIMIENTO AL CONVITE UN MENOR DE EDAD

El Nombre del menor de edad: _____ La Fecha de Nacimiento: _____

Yo, el infrascrito, atestiguan que soy el padre de la custodia o el guarda legal del menor de edad anteriormente mencionado ("el menor de edad"), y autorizo por este medio de ChiroCarolina, (Henry E. Rice,DC/Ferzaan A. Ali,DC/R. Scott Saario,DC) a administrar mientras que juzga tan necesario al menor de edad. En caso que el menor de edad haya recibido el tratamiento en su práctica anterior a la fecha de esta forma del consentimiento, autorizo por este medio tal tratamiento además del tratamiento mencionado arriba. Autorizo más lejos a menor de edad a terminar y a firmar cualquier documento en ChiroCarolina que se terminen y firmado acostumbradamente por los pacientes en su práctica como condición al tratamiento, y tales firmas servirán como mis el propio. En ningún acontecimiento mi firma a cualquier otro tal documento tendrá cualquier efecto en esta forma del consentimiento.

Nombre completo del guarda de la custodia de Parent/Legal (imprima y deletree por favor claramente):

La Relación al menor de edad: _____ El Padre De la custodia _____ El Padre adoptivo con custodia
_____ El guarda por ley si es así tutela de la fecha comenzó: _____ El Otro (especifique): _____

El Número de Seguridad Social del padre o del guarda: _____

La Fecha de nacimiento del padre o del guarda: _____

La Dirección del padre o del guarda: _____

Número De Teléfono: () - _____

La Firma del padre o del guarda: _____



537 West Sugar Creek Road
Charlotte, North Carolina 28213

Número De Teléfono: (704) 598-8040 Número De Fax: (704) 509-0915

ASIGNACIÓN DE INGRESOS, DEL EMBARGO PREVENTIVO Y DE LA AUTORIZACIÓN.

Autorizo y dirijo por este medio cuales quiera y todos los portadores de seguro, abogados, agencias, departamentos gubernamentales, compañías, individuos y/o otras entidades legales ("pagadores"), más allá de los cuales se puedan elegir u obligar para pagar, para proporcionar, o para distribuir ventajas a mí para cualesquiera condiciones, accidentes, lesiones, o enfermedad, presente, o futuro médico ("condición") para pagar directamente y exclusivamente a ChiroCarolina u oficina las sumas tales como puede estar debido a CHIROCAROLINA para las cargas incurridas en por mí en la oficina referentes a mi condición (las "cargas"), y con tal pago que se hará exclusivamente en el nombre de la Clínica Quiropráctica De Charlotte. Concedo más lejos un embargo preventivo a CHIROCAROLINA con respecto a mis cargas. Este embargo preventivo se aplicará a todos los pagadores y totalmente permitido por la ley. Para los propósitos de este documento (adjunto "asignación y embargo preventivo"), las "ventajas" incluirán, pero no serán limitadas a, las ventajas médicas del pago de los ingresos, protección de los daños corporales, cobertura, sin seguro no-fault y underinsured cobertura del motorista, distribución de la responsabilidad de tercera persona, las pagas por invalidez, las ventajas de la remuneración de los trabajadores, y ningunas otras ventajas o ingresos pagaderos a mí para los propósitos indicados adjunto.

Autorizo esta oficina - CHIROCAROLINA para lanzar cualquier información con respecto a mi tratamiento o pertinente a mi case(s) a todos los pagadores según lo definido arriba para facilitar la colección bajo esta asignación y embargo preventivo. Autorizo y ordeno más lejos a todos los pagadores a lanzar a CHIROCAROLINA cualquier información con respecto cualquier cobertura o ventajas que pueda tener incluyendo, pero no limitado a, la cantidad de cobertura, la cantidad pagada hasta el momento, y la cantidad de cualquier demanda excepcional. Dirijo por este medio esta oficina - CHIROCAROLINA para archivar una copia de esta asignación y embargo preventivo, junto con cualquier carga aplicable, con cualesquiera y todos los pagadores, cueste lo que cueste o si ha sido una demanda establecen con los pagadores dichos. Por este medio concedo a energía de CHIROCAROLINA del endosar/muestra del abogado mi nombre en cualesquiera y todo comprueba el listado yo como un beneficiario que se presentan a esta oficina para el pago de una cuenta referentes a me, mi esposo, o cualquier dependiente.

Autorizo más lejos CHIROCAROLINA para aplicarse y sueldos acreedores en las cargas incurridas en por mí a cualquier otra carga excepcional todavía debida por mí, mi esposo, o cualquiera de mis dependientes, cueste lo que cueste si éstos se relacionan con mi condición.

Entiendo que sigo siendo personalmente responsable de la cantidad total CHIROCAROLINA debido para sus servicios. Esta asignación y embargo preventivo no constituye ninguna consideración para que esta oficina aguarde pagos y puede exigir de mí inmediatamente sobre la representación de servicios en su opción. Si esta oficina debe tomar alguna acción para recoger un equilibrio excepcional en mi cuenta, seré responsable del pago y reembolsaré CHIROCAROLINA para todos los costes de tales esfuerzos de la colección, incluyendo, pero no limitado a, todos los costes de la corte y honorarios del abogado.

Esta asignación y embargo preventivo no serán modificados ni serán revocados sin el consentimiento escrito mutuo de CHIROCAROLINA y de mismo. Yo revoca por este medio cualquier autorización previamente firmada, está ejecutado en esta oficina o cualquier otra oficina hasta el punto de los términos de esas autorizaciones estén en conflicto con los términos de esta asignación y embargo preventivo.

NOMBRE PACIENTE (por favor impresión): _____ Carta #: _____

FIRMA PACIENTE: _____ La Fecha: _____

GUARDA LEGAL del PADRE DE LA CUSTODIA (por favor impresión): _____

FIRMA LEGAL DEL GUARDA DEL PADRE DE LA CUSTODIA: _____

Cuestionario Del Accidente Del Automóvil

Conteste por favor a todas las preguntas totalmente

La Fecha: ____/____/____

La Carta #: _____

El Nombre: _____

El Trabajo: _____

El Conductor del vehículo usted estaba adentro (usted u otro): _____

La Compañía Segurancia: _____ El Número De Teléfono: (____) _____ - _____

El Número De la Póliza: _____ E Número De la Demanda : _____

Nombre de la persona que ha hecho el contacto con usted: _____

El Conductor del otro vehículo (si cualquiera): _____

La Compañía Segurancia: _____ El Número De Teléfono: (____) _____ - _____

El Número De la Póliza: _____ El Número De la Demanda : _____

Nombre de la persona que ha hecho el contacto con usted: _____

Tiene usted conservado un abogado: Sí No No todavía

El Nombre del Abogado y El Número De Teléfono: _____

Explique por favor detalladamente cómo sucedió su accidente: _____

Dé el tiempo y el accidente de la fecha ocurrió: _____ AM PM ____/____/____

Dirección que usted dirigía: Norte Sur Este Oeste en _____ (La Calle)

Número de la gente en su vehículo? _____ Fue el policía notificado Sí No

Usted era? El conductor Centro Delantero La Derecha Delantera Izquierda Trasera

Centro Trasero La Derecha Trasera

Los Dispositivos de seguridad: Estaba Usando El cinturón En Asiento De Coche

En Asiento Del Aumentador de Presión Sesalio la Bolsa de Aire

Sintió dolor inmediatamente despues de accidente? Sí No Donde? _____

Su cabeza pulsó el parabrisas o el otro objeto? Sí No Qué? _____

Era usted golpeó inconsciente? Sí No Si tan para cuánto tiempo? _____

Le pulsaron de? Detrás de El Frente La Izquierda La Derecha

Usted fue al doctor del cuidado de hospital/urgent care/primary después del accidente? Sí No

¿Si es así donde (El Nombre de la Facilidad)? _____ Letomaron radiografías? Sí No

Enumere cualesquiera medicaciones o tratamiento prescrito o tomado para esta lesión: _____

Usted ha tenido siempre quejas en el área implicada antes? Sí No

Antes de lesión, estaba usted capaz de trabajar sobre una base igual con otras su edad? Sí No

Son sus actividades del trabajo restringidas como resultado de este accidente? Sí No

Desde el accidente, están sus síntomas: Están mejorando Se están empeorando

Están permaneciendo igual