



**537 West Sugar Creek Road, Suite 101  
Charlotte, North Carolina 28213**

Adult  
PI

**Dr. Henry E. Rice  
Dr. Ferzaan A. Ali  
Dr. R. Scott Saario**

**La Fecha del Accidente:**  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**La Informacion del Nuevo Paciente  
(Por Favor Escriba en Letra de Molde)**

La Fecha de Hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Espediente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Premero Medio Apellido

La Dirección: \_\_\_\_\_ # de Apartamento: \_\_\_\_\_

La Ciudad: \_\_\_\_\_ El Estado \_\_\_\_\_ El Código Postal \_\_\_\_\_ Número de la Licencia: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del Célular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

La Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Género: Varón: \_\_\_\_ Hembra \_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Patrón: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

La Dirección Comercial: \_\_\_\_\_

Nombre del Esposo(a): \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Patrón de Esposo(a): \_\_\_\_\_

La Dirección Comercial: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

La Fecha de Nacimiento del Esposo(a): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A Visto un Quiropractico antes: Sí  No  El Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Compañía del Seguro Médico: \_\_\_\_\_ (proporcione por favor una copia de su tarjeta del seguro)

A donde le duele: \_\_\_\_\_

Amigos o Familiares que puedan contactarse en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Su Relación: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Es generalmente y acostumbrado pagar servicios según lo rendido a menos que esté arreglado de otra manera.**

Autorizo por este medio de ChiroCarolina, (Henry E. Rice,DC/Ferzaan A. Ali,DC/R. Scott Saario,DC) para equipar a mi compañía de seguros con un informe detallado de la examinación física, diagnosis, tratamiento, y pronóstico de me en vista de mi lesión, si pedido por ellos.

Autorizo y dirijo por este medio el pago directamente al doctor dicho las sumas tales como puede ser debido en deberlo para el servicio del quiropractico me rindió. Entiendo que soy directamente y completamente responsable al doctor dicho de todas las cuentas médicas sometidas por él para el servicio rendido en mí. Este acuerdo se hace solamente para la protección adicional del doctor dicho y en la consideración de su pago que aguarda.

He leído y acuerdo ser limitado por los términos de su asignación de ventajas. Me también han aconsejado que si mi compañía de seguros no coopera en el interés del doctor dicho de protección, él no aguardará el pago pero puedo declarar este equilibrio entero debido y pagadero; estos ingresos asignados no excederán las cantidades debidas y pagaderas al doctor dicho para los servicios rendidos.

**Firma Del Paciente:** \_\_\_\_\_ **La Fecha:** \_\_\_\_\_

# INFORMACIÓN IMPORTANTE POR FAVOR COMPLETA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ LA FECHA: \_\_\_\_\_

¿ A VISTO UN QUIROPRACTICO ANTES ?    SÍ    NO

¿ SI SÍ, USTED CONSIGUIÓ EL TRATAMIENTO EN NUESTRA OFICINA ?    SÍ    NO

¿ SI NO NUESTRA OFICINA, DÓNDE ? \_\_\_\_\_

¿ CÓMO USTED OYÓ HABLAR NUESTRA OFICINA ?

RELATIVO: \_\_\_\_\_

AMIGO: \_\_\_\_\_

DOCTOR: \_\_\_\_\_

MUESTRA DEL CAMINO: \_\_\_\_\_

CARTELERA: \_\_\_\_\_

PAGINAS AMARILLAS: \_\_\_\_\_

INTERNET: \_\_\_\_\_

OTRO: \_\_\_\_\_

¿ USTED CONSULTÓ A ABOGADO ?    NOMBRE: \_\_\_\_\_

¿ QUIÉN REFIRIÓ A ESTE ABOGADO A USTED ?

RELATIVO: \_\_\_\_\_

AMIGO: \_\_\_\_\_

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.



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: \_\_\_\_\_

# 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 Elsinturon  En Asiento De Coche

En Asiento Del Aumentador de Presión  Sesalio la Bolsa de Aire

Sintio 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