



Date

Account #

NEW PATIENT INTAKE

ADMISIÓN DE NUEVOS PACIENTES

PATIENT INFORMATION

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

First Name *Nombre*Last Name *Apellido*Address *Dirección*City *Ciudad*State *Estado*Zip Code *Código Postal*Cell Phone # *Número Celular*☐ VMI has permission to text me at this number.

Doy permiso para enviarme un mensaje de texto a este número

Home/Other Phone # *teléfono de casa*Gender *Género*Age *Edad*DOB *Fecha de Nacimiento*Height *Estatura*Weight *Peso*SS# *Seguro Social*Marital Status *Estado Civil*Ethnicity: ☐ African American ☐ American Indian ☐ Asian ☐ Hispanic/Latino ☐ Pacific Islander ☐ White
*Etnicidad Afroamericano Indio americano Asiático Hispano/Latino Isleño del Pacífico Blanco*Email *Correo electrónico*How did you hear about us? *¿Cómo escuchó de nosotros?*Emergency Contact *Contacto de Emergencia*Phone *Teléfono*Relationship *Relación*

AUTO INSURANCE / CLAIM INFORMATION

SEGURO DE AUTO / RECLAMACIÓN

Insurance Company Name *Nombre de seguro de Auto*Claim # *Numero de reclamo*Policy # *Número de póliza*Date of Accident *Fecha de la lesión*Adjuster Name *Nombre del ajustador*Adjuster Phone/Fax/Email *Ajustador Teléfono/Fax/Correo electrónico*Are you the Policy Holder? ☐ Yes ☐ No

¿Es usted el titular de la póliza?

Si

No

If no, who is? *Si no, ¿quién es?*Was the accident in Florida? ☐ Yes ☐ No

¿El accidente fue en Florida?

Si

No

If no, where? *Si no, ¿dónde?*

ATTORNEY INFORMATION

INFORMACIÓN DEL ABOGADO

Attorney Name *Nombre del Abogado*Attorney Firm *nombre de la oficina del abogado*Paralegal *Nombre del asistente legal*Phone *teléfono #*Fax # *número de fax*Email *Correo electrónico*

SCHOOL / EMPLOYMENT

ESCUELA / EMPLEO

Are you currently working/attending school? ☐ Yes ☐ No

¿Actualmente trabaja/vas a la escuela?

Si

No

Occupation *Ocupación*Employer *Empleador*Were you employed at the time of accident? ☐ Yes ☐ No

¿Estaba Empleado en el Momento del accidente?

Si

No

If yes, did you miss any time from work? *¿Cuánto tiempo faltaste al trabajo?*

PHARMACY INFORMATION

INFORMACIÓN DE FARMACIA

Pharmacy Name *Nombre de Farmacia*Store # *Almacén #*Phone *teléfono #*Fax # *número de fax*Address *Dirección*City *Ciudad*State *Estado*Zip Code *Código Postal*

Signature of Patient or Personal Representative

Firma de la Paciente o Representante Personal

Date *Fecha*

ORLANDO
7780 Lake Underhill Rd. #109
Orlando, FL 32822

Phone: (407) 350-5075
Fax: (407) 350-5089
www.myvwi.com

KISSIMMEE
701 E. Oak St. #A
Kissimmee, FL 34744



Date

Account #

NEW PATIENT INTAKE

ADMISIÓN DE NUEVOS PACIENTES

ACCIDENT INFORMATION

INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

Brief description of accident and Vehicles Involved: (if additional space is needed Use Reverse Side):
Breve descripción del accidente y los vehículos involucrados: (si se necesita espacio adicional, use el reverso):

1. **Chief Complaints (related to accident) Quejas Principales (relacionadas al accidente)**

2. **Are you experiencing pain in: Está experimentando dolor en?**

☐Head Cabeza ☐Neck Cuello ☐Back Espalda ☐Chest Pecho ☐Shoulders Hombros ☐Arms Brazos
☐Hands Manos ☐Legs Piernas ☐Knees Rodillas ☐Feet Pies ☐Other Otro: _____

3. **Types of pain Tipos de dolor:** ☐Sharp Agudo ☐Dull Sordo ☐Aching Dolor ☐Burning Ardiente ☐Throbbing Palpitante

4. **Does your pain radiate? ¿Tu dolor irradia?** ☐No ☐Yes Si **If Yes, please describe Si es si, por favor describa**

5. **Pain Intensity (Circle) Intensidad de dolor (circulo):** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. **Are you experiencing pain every day? ¿Estás experimentando dolor cada día?** ☐Yes Si ☐No No

7. **Do your symptoms interfere with daily life? ¿Sus síntomas interfieren con su vida diaria?** ☐Yes Si ☐No No

8. **Does pain wake you up at night? ¿El dolor te despierta por la noche?** ☐Yes Si ☐No No

9. **Are your symptoms worse during certain times of the day? ¿Sus síntomas empeoran durante ciertas horas del día?** ☐Yes Si ☐No No

10. **Do changes in weather affect your symptoms? ¿El cambio climático afectan sus síntomas?** ☐Yes Si ☐No No

11. **Do you wear orthotics? ¿Utiliza plantillas ortopédicas?** ☐Yes Si ☐No No

12. **Do you take vitamins supplements? ¿Toma vitaminas o suplementos?** ☐Yes Si ☐No No

13. **Are you having difficulty with: ¿Presenta alguna dificultad?**

☐Walking Caminando ☐Bending Doblando ☐Sitting Sentado ☐Sleeping Durmiendo ☐Moving Arms/Legs Moviendo Brazos / Piernas
☐Other Otro: _____

14. **Are you experiencing any additional symptoms as a result of this accident?**

¿Está usted experimentando síntomas adicionales como resultado del accidente?

☐None Ninguno

☐Numbness/Tingling-Arms/Hands
Entumecimiento/hormigueo en brazos/manos

☐Numbness/Tingling-Legs/Feet
Entumecimiento/hormigueo en piernas/pies

☐Cold Hands or Feet
Manos o pies fríos

☐Swollen Joints
Manos o pies hinchados

☐Recent Weight Change
Cambio de peso reciente

☐Chest Pain
Dolor de pecho

☐Shortness of Breath
Dificultad para respirar

☐Bowel/Bladder Changes
Cambios en el intestino/vejiga

☐Fainting
Desmayo

☐Other Otro: _____

☐Difficulty Swallowing
Dificultad para tragar

☐Fever
Fiebre

☐Sensitivity to Light
Sensibilidad a la luz

☐Sensitivity to Sound
Sensibilidad al sonido

☐Brain Fog
Niebla cerebral

☐Loss of Memory
Pérdida de memoria

☐Blurred or Double Vision
Visión borrosa o doble

☐Dizziness
Mareos

☐Nausea
Náuseas

☐Tiredness/Fatigue
Cansancio/Fatiga

☐Difficulty with Balance
Dificultad con el equilibrio

☐Ringing in Ears
Zumbido en los oídos

☐Constipation
Conspicación

☐Diarrhea
Diarrea

☐Stomach Problems
Problemas estomacales

☐Cold Sweats
Sudores fríos

☐Difficulty Sleeping
Dificultad para dormir

☐Vomiting
Vómitos

☐Changes in Mood
Cambios en el estado de ánimo

☐Anxiety
Ansiedad

☐Depression
Depresión

☐Loss of Sense of Taste
Pérdida del sentido del gusto

☐Nervousness
Nerviosismo

☐Tension
Tensión

☐Difficulty Talking
Dificultad para hablar

☐Difficulty Concentrating
Dificultad de concentración

☐Jaw Problems
Problemas de mandíbula



Date

Account #

NEW PATIENT INTAKE

ADMISIÓN DE NUEVOS PACIENTES

ACCIDENT INFORMATION (CONTINUED)

INFORMACIÓN DE ACCIDENTE (CONTINUACIÓN)

15. **What aggravates your symptoms?** ¿Qué actividades agravan sus síntomas?
16. **Did you hit your head in the accident?** ¿Se dio en la cabeza en él a accidente? ☐ Yes Si ☐ No No
17. **Did you loose consciousness?** ¿Perdió el conocimiento? ☐ Yes Si ☐ No No
18. **Were you cut or bruised?** ¿Usted se cortó o tiene algún moretón? ☐ Yes Si ☐ No No
If yes, where? ¿Sí, es sí?: **Cut** Cortadura: _____ **Bruised** Moretón: _____
19. **Type of accident:** Tipo de accidente:
☐ Car Carro ☐ Bus Autobús ☐ Taxi Taxi ☐ Van Van ☐ Truck Camioneta ☐ Motorcycle Motocicleta ☐ Other Otro: _____
20. **Point of impact:** Punto de impacto:
☐ Front De Frente ☐ Front Lt. Delantero Izquierdo ☐ Drivers Side Lado del conductor ☐ Front Rt. Frente derecho
☐ Rear Posterior ☐ Rear Lt. Trasero izquierdo ☐ Passenger Side Lado del pasajero ☐ Rear Rt. Trasero derecho
☐ Roll Over Auto Volcado ☐ Other Otro: _____
21. **Where were you seated?** ¿Dónde estabas sentado?
☐ Driver Conductor ☐ Front Seat Passenger Pasajero del asiento delantero ☐ Rear Seat Passenger Pasajero del asiento trasero
☐ Pedestrian Peatón ☐ On Bicycle Ciclista ☐ Other Otro: _____
22. **When the accident occurred, did you hit?** Cuando ocurrió el accidente le dio a
☐ Dashboard Tablero ☐ Steering Wheel Volante
☐ Center Console Consola central ☐ Ground/Street Suelo/Calle ☐ Other Otro: _____
23. **Did you go to the Emergency Room or Hospital?** ¿Fuiste a urgencias/hospital? ☐ Yes Si ☐ No No
If yes, name of hospital Si es así, ¿en qué hospital?: _____
If yes, how did you arrive to ER? Si, ¿cómo llegó al hospital? ☐ Ambulance Ambulancia ☐ Air Lift Helicóptero ☐ Private Car Vehículo Privado
24. **Were x-rays taken at the hospital?** ¿Le tomaron radiografías en el hospital? ☐ Yes Si ☐ No No
If yes, what areas of the body? ¿Sí, en que partes del cuerpo? _____
25. **Have you seen any other doctors since the accident?** ¿Ha visto a otros médicos desde el accidente? ☐ Yes Si ☐ No No
If yes name of doctor and length of treatment Si es así, Nombre del doctor y tiempo de tratamiento: _____
26. **Did they prescribe any medication?** ¿Le recetaron algún medicamento? ☐ Yes Si ☐ No No
If yes, what medication En caso afirmativo, ¿qué medicamento?: _____
27. **Since the date of accident, are your symptoms** Desde que ocurrió el accidente sus síntomas:
☐ Completely Resolved Completamente Resuelto ☐ Much Better Mucho Mejor ☐ Slightly Better Breve Mejoría ☐ No Improvement No Mejoría ☐ Slightly Worse Poco Peor ☐ Much Worse Mucho Peor
28. **Have you had a similar accident in the past?** ¿Ha tenido algún accidente similar en el pasado? ☐ Yes Si ☐ No No
If yes, did you recover completely? ¿Se recupero completamente? ☐ Yes Si ☐ No No
29. **Were you wearing the seat belt?** ¿Estaba usando el cinturón de seguridad? ☐ Yes Si ☐ No No
30. **Did your car have an airbag?** ¿Su carro tenía bolsas de aire? ☐ Yes Si ☐ No No
If yes, did your airbag deploy? En caso afirmativo, ¿se desplegó la bolsa de aire? ☐ Yes Si ☐ No No

Signature of Patient or Personal Representative
Firma de la Paciente o Representante Personal

Date Fecha



Date

Account #

NEW PATIENT INTAKE

ADMISIÓN DE NUEVOS PACIENTES

MEDICAL HISTORY

HISTORIAL MÉDICO

- Do you have any allergies? si es así, ¿qué?** ☐ Yes Si ☐ No No
If yes, What? si es así, ¿qué?: _____
- List any current medications Lista de medicamentos actuales:** _____
- List all Medical Conditions Lista de condiciones médicas actuales:** _____
- List all past Surgeries Mencione toda sus pasadas cirugías:** _____
- Is there any possibility you can be pregnant ¿Hay alguna posibilidad de que usted este embarazada?:** ☐ Yes Si ☐ No No
- Personal Habits Hábitos Personales:**
SMOKING: ☐ Current Smoker ☐ Never A Smoker ☐ Former Smoker
Fumar Fumador Actual Nunca Fumador Ex Fumador **When did you quit? ¿Cuándo dejaste de fumar?** _____
ALCOHOL: ☐ Yes ☐ No **ILLICIT/RECREATIONAL DRUGS:** ☐ Yes ☐ No
Alcohol Si No Ilícito / Drogas Recreativas Si No
COFFEE: ☐ Yes ☐ No **TEA:** ☐ Yes ☐ No **PHYSICAL EXERCISE:** ☐ Yes ☐ No
CAFÉ Si No Té Si No Ejercicio Físico Si No

FAMILY HISTORY: Family Members – Present and past health conditions (Ex. Heart disease, cancer, diabetes, arthritis, etc.)
HISTORIAL FAMILIAR: Miembros de la familia - Condiciones de salud presentes y pasadas (Ex. Cardíacas, Cáncer, Diabetes, Artritis, etc.)

HAVE YOU EVER HAD ANY OF THE FOLLOWING? ¿HA PADECIDO USTED DE ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES?

- | | |
|---|--|
| Respiratory Problems Problemas Respiratorios | ☐ Yes Si ☐ No No |
| Heart Disease Enfermedades Del Corazón | ☐ Yes Si ☐ No No |
| High Blood Pressure Hipertensión | ☐ Yes Si ☐ No No |
| Chest Pain Dolores De Pecho | ☐ Yes Si ☐ No No |
| Ulcers Úlceras | ☐ Yes Si ☐ No No |
| Liver Disease Enfermedad hepática | ☐ Yes Si ☐ No No |
| Kidney Stones Cálculos renales | ☐ Yes Si ☐ No No |
| Bladder Infection Infección de Vejiga | ☐ Yes Si ☐ No No |
| Urinary Problems Problemas Urinarios | ☐ Yes Si ☐ No No |
| Cancer Cáncer | ☐ Yes Si ☐ No No |
| Diabetes Diabetes | ☐ Yes Si ☐ No No |
| Hepatitis Hepatitis | ☐ Yes Si ☐ No No |
| Bleeding Problems Problemas de sangrado | ☐ Yes Si ☐ No No |
| Arthritis Artritis | ☐ Yes Si ☐ No No |

Any other health conditions not listed: Alguna otra condición de salud que no este en la lista:

PRIMARY CARE PHYSICIAN (PCP)

MEDICO PRIMARIO

Name Nombre

Phone teléfono #

Fax # número de fax

Signature of Patient or Personal Representative
Firma de la Paciente o Representante Personal

Date Fecha

ORLANDO
7780 Lake Underhill Rd. #109
Orlando, FL 32822

Phone: (407) 350-5075
Fax: (407) 350-5089
www.myvwi.com

KISSIMMEE
701 E. Oak St. #A
Kissimmee, FL 34744



Date

Account #

Authorization to Release/ Obtain Medical Records

Autorización de Obtener de Expedientes Médicos

Patient:
Paciente

Date of Birth:
Fecha de nacimiento

Social Security #:
Seguridad Social #

To:
Para

This is your authority to release any and all medical records, including (but not limited to): Reports, Diagnostic Imaging, Office Notes, Demographics, and any other information pertaining to the treatment and care of myself and of any member of my family to **Viva Wellness & Injury, LLC** concerning the treatment for the past or present condition(s). This authorization has no expiration date. I understand that I have the right to revoke this authorization by sending a written letter to the above-named doctor, except to the extent that the above-named doctor has already taken action in reliance upon this authorization.

*Esta es su autoridad para la liberación de cualquier y todos los registros, radiografías e información médica relacionada con el tratamiento y cuidado de mí mismo de cualquier miembro de mi familia a **Viva Wellness & Injury, LLC** con respecto al tratamiento para la condición pasada o presente, o para Reenvío e informes médicos solicitados. Esta autorización no tiene fecha de caducidad. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización mediante el envío de una carta por escrito al médico mencionado anteriormente, excepto en la medida en que el médico mencionado anteriormente ya haya tomado medidas con respecto a esta autorización.*

****Please fax records to (407) 350-5089.**

Envíe los registros por fax al (407) 350-5089

Thank You.

Gracias

Records Requested:

Registros Solicitados:

Medical Records *Registros médicos:*

☐

X-rays/MRI/CT Scans *Radiografías/MRI/CT:*

☐

Laboratory *Laboratorio:*

☐

Signature of Patient or Personal Representative
Firma de la Paciente o Representante Personal

Date *Fecha*



Date _____

Account # _____

Medical Records Release Authorization Form

Autorización de Liberación de Expedientes Médicos

Patient: _____*Paciente***Date of Birth:** _____*Fecha de nacimiento***Social Security #:** _____*Seguridad Social #*

You must request in writing to obtain access to your medical information. You may also request access by sending us a letter to our office address. If you request copies, we will charge you \$1.00 per page up to the first 25 pages then a charge of .25 cents per page and postage if you want copies mailed to you. Please contact our office in advance if costs are associated with the reproduction of this information. You may contact us at 7780 Lake Underhill Rd. Suite 109, Orlando, FL 32833 or by telephone at 407-350-5075 or fax 407-350-5089.

Please Note: There will be a prepayment fee (pursuant to the Florida Administrative Code 21m-26.003) of \$1.00 per page for the first 25 pages and \$0.25 per page thereafter.

Debe solicitarlo por escrito para obtener acceso a su información médica. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección de nuestra oficina. Si solicita copias, le cobraremos \$ 1.00 por página hasta las primeras 25 páginas, luego un cargo de .25 centavos por página y franqueo si desea que se le envíen copias por correo. Comuníquese con mi oficina con anticipación si los costos están asociados con la reproducción de esta información. Contáctenos en 7780 Lake Underhill Rd. Suite 109, Orlando, FL 32833 o por teléfono al 407-350-5075 o por fax al 407-350-5089.

Nota: Habrá una tarifa de prepago (de conformidad con el Código Administrativo de Florida 21m-26.003) de \$ 1.00 por página para las primeras 25 páginas y \$ 0.25 centavos a partir de entonces.

Records Requested:

*Registros Solicitados:***Medical Records** *Registros médicos:* ☐**X-rays/MRI/CT Scans** *Radiografías/MRI/CT:* ☐**Laboratory** *Laboratorio:* ☐

I, _____ hereby authorize Viva Wellness & Injury, LLC to release medical,

Patient Name *Nombre del paciente*

financial information, and/or copies of my medical records to any guarantor of payment on my account, any insurance company for which benefits have been assigned to, and /or to the person(s) listed below:

Yo, _____ *Nombre arriba* autoriza a Viva Wellness & Injury, LLC a divulgar información médica, financiera y / o copias de mis registros médicos a cualquier garante de pago en mi cuenta, a cualquier compañía de seguros a la que se hayan asignado beneficios, y / o a la persona (s) a continuación:

Name *Nombre* _____**Relationship** *Relacion* _____**Phone** *Telefono* _____**Name** *Nombre* _____**Relationship** *Relacion* _____**Phone** *Telefono* _____**Name** *Nombre* _____**Relationship** *Relacion* _____**Phone** *Telefono* _____**Signature of Patient or Personal Representative***Firma de la Paciente o Representante Personal***Date** *Fecha* _____

ORLANDO
7780 Lake Underhill Rd. #109
Orlando, FL 32822

Phone: (407) 350-5075
Fax: (407) 350-5089
www.myvwi.com

KISSIMMEE
701 E. Oak St. #A
Kissimmee, FL 34744



Date

Account #

ACKNOWLEDGEMENT OF LIABILITY ASSIGNMENT OF BENEFITS

ACUERDO DE LA RESPONSABILIDAD ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

The undersigned patient and/ or responsible party, hereby acknowledge personal responsibility and liability for all the medical services which are provided by **Viva Wellness & Injury, LLC**. This personal obligation is not affected by any obligation of insurance companies to pay health care costs. If an insurance company pays, the payments shall be credited to your account. In addition to continuing personal responsibility, and in consideration of treatment rendered or to be rendered, the undersigned hereby assigns to the physician or facility named above the following rights, power, and authority.

El abajo firmante paciente y / o parte responsable, por la presente reconozco la responsabilidad personal y la responsabilidad de todos los servicios médicos que son proporcionados por Viva Wellness & Injury, LLC. Esta obligación personal no se ve afectada por ninguna obligación de las compañías de seguros de pagar los costos de atención médica. Si una compañía de seguros paga los pagos se abonarán en su cuenta. Además de continuar con la responsabilidad personal, y en consideración del tratamiento prestado o por prestarse, el abajo firmante por este medio asigna al médico o centro mencionado arriba los siguientes derechos, poder y autoridad.

CONSENT FOR TREATMENT: The undersigned hereby consents to provision of examination, fitness evaluations, treatment, therapies, medical and laboratory procedures, and drugs and supplies to the patient as ordered by the patient's healthcare provider **Viva Wellness & Injury, LLC** their physicians, nurse practitioners, physical therapists, certified athletic trainers or staff, and acknowledges that no guarantee or assurance has been made to the results of such treatments, procedures or examinations.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: El abajo firmante consiente en la provisión de exámenes, evaluaciones de acondicionamiento físico, tratamientos, terapias, procedimientos médicos y de laboratorio y medicamentos y suministros al paciente según lo ordenado por el profesional de la salud Viva Wellness & Injury, LLC sus médicos, , terapias físicas, entrenadores atléticos certificados o personal, y reconoce que no se ha garantizado ni garantizado los resultados de tales tratamientos, procedimientos o exámenes.

RELEASED INFORMATION: You are authorized to release and to permit the examination or copying of any of my medical records, x-rays, laboratory reports, and the results of all tests of any type or character to such person(s) as the Physician and/or Facility deems appropriate.

INFORMACIÓN LIBERADA: Usted está autorizado a liberar y permitir el examen o el manejo de cualquiera de mis expedientes médicos, radiografías, reportes de laboratorio y los resultados de todas las pruebas de cualquier tipo o carácter a la (s) persona (s) / o la instalación lo considere apropiado.

ASSIGNMENT OF RIGHTS: You are assigned to exclusive, irrevocable right any cause of action that exists in my favor against any insurance company or other person or entity to the extent of your bill for total services, including the exclusive, irrevocable right to receive payment for such services, make demand in my name for payments, and prosecute and receive penalties, interest, court costs, or other legally compensable amounts owned by an insurance company or other person of entity. I, as the patient and/or responsible party, further agree to cooperate, provide information as needed, and appear as needed, wherever to assist in the prosecution of such claims for benefits upon request. The physician and/ or facility is also assigned the exclusive, irrevocable right to request and receive from any insurance company or health care plan any and all information and documents pertaining to my policies including a copy of such policy and my information or supporting documentation concerning or touching upon the handling, calculation, processing, or payment of any claim.

ASIGNACIÓN DE DERECHOS: Se le asigna un derecho exclusivo e irrevocable a cualquier causa de acción que exista en mi favor contra cualquier compañía de seguros o otra persona o entidad en la medida de su factura por el total de servicios, incluido el derecho exclusivo e irrevocable de recibir pago por tales servicios, hacer demanda en mi nombre para los pagos, y procesar y recibir penas, intereses, costos judiciales, o otras cantidades legalmente indemnizables propiedad de una compañía de seguros o otra persona de la entidad. Yo, como paciente y / o parte responsable, también acepto cooperar, proporcionar información según sea necesario, y aparecer como sea necesario, donde sea que ayude en el enjuiciamiento de tales reclamaciones por beneficios bajo petición. El médico y / o la institución también se le asigna el derecho exclusivo e irrevocable de solicitar y recibir de cualquier compañía de seguros o plan de atención de salud y toda la información y documentos relacionados con mis políticas incluyendo una copia de dicha política y mi información o documentación de respaldo relativo al manejo, cálculo, procesamiento o pago de cualquier reclamación.

DEMAND FOR PAYMENT: As to any insurance company providing benefits of any kind to me/ us for treatment rendered by the physician/facility named above you are hereby tendered the right to demand payment in full for the bill for services rendered by the physician/ facility named above following your receipt of such bill for services to extent such bills payable under the terms of my/our policy for benefits, less any amount which I/we owe personally which are not payable under the terms of your policy.

DEMANDA DE PAGO: En cuanto a cualquier compañía de seguros que proporciona beneficios de cualquier tipo a mí / nosotros para el tratamiento prestado por el médico / facilidad nombrada arriba, se le ofrece el derecho de exigir el pago completo de la factura por los servicios prestados por el médico / anterior a la recepción de dicha factura por servicios en la medida de las facturas pagaderas bajo los términos de mi / nuestra póliza de beneficios, menos cualquier cantidad que yo / nosotros debamos personalmente que no sean pagaderos bajo los términos de su póliza.

THIRD PARTY LIABILITY: If patient(s) treatments for injuries are the result of the negligence of any third party, then patients(s) grant a secured interest (lien) against any recovery from such third party(s) to the extent of the bills for treatment in favor of the physician/facility named above.

RESPONSABILIDAD DE TERCEROS: Si el (los) tratamiento (s) de los pacientes por lesiones son el resultado de la negligencia de cualquier tercero, entonces los pacientes concederán un interés asegurado (gravamen) contra la recuperación de tales terceros hasta el grado de facturas para el tratamiento en favor del médico / facilidad mencionada arriba.

LIMITED POWER OF ATTORNEY: I hereby grant to the physician facility named above power of attorney to endorse my name upon any checks, drafts, or other negotiable instrument representing payment from any insurance company representing payment for treatment and health care rendered by physician/facility. I agree that any insurance payment representing an amount in excess of the charges for treatment rendered by physician facility. I agree that any insurance payment representing an amount in excess of the charges for treatment rendered will be credited to my/our account or forwarded to my/our address upon request in writing to the physician/facility named above.

PODER LIMITADO: Por este medio otorgo al establecimiento médico nombrado arriba poder para respaldar mi nombre en cualquier cheque, borrador o otro instrumento negociable que represente el pago de cualquier compañía de seguros que represente el pago por el tratamiento y la atención médica prestada por el médico / centro. Estoy de acuerdo en que cualquier pago de seguro que represente una cantidad que exceda los cargos por el tratamiento prestado por el centro médico. Estoy de acuerdo en que cualquier pago de seguro que represente una cantidad que exceda los cargos por el tratamiento prestado será acreditado a mi / nuestra cuenta o enviado a mi / nuestra dirección previa solicitud por escrito al médico / centro mencionado arriba.

In the event that any provision of this Agreement is determined to be invalid or unenforceable, all other provisions of this Agreement shall remain enforceable.

En caso de que se determine que alguna disposición de este Acuerdo es inválida o no es aplicable, todas las demás disposiciones de este Acuerdo permanecerán vigentes.

A PHOTOCOPY OF THIS INSTRUMENT SHALL SERVE AS ORIGINAL
(UNA FOTOCOPIA DE ESTE INSTRUMENTO SERÁ ORIGINAL)

Signature of Patient or Personal Representative
Firma de la Paciente o Representante Personal

Date Fecha

Print Name *escribe tu nombre*

Relationship Relation

Date of Accident *Fecha de la lesión*

ORLANDO
7780 Lake Underhill Rd. #109
Orlando, FL 32822

Phone: (407) 350-5075
Fax: (407) 350-5089
www.myvwi.com

KISSIMMEE
701 E. Oak St. #A
Kissimmee, FL 34744