

Sheridan Chiropractic, Inc.

Shamus Sheridan, D.C. | Sean Sheridan, D.C. | John Chapman, D.C.

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de Accidente: _____

PACIENTE: Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año): ____ / ____ / ____ Edad: ____ Género: M // F #SS: ____ - ____ - ____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Cel: _____ # Casa: _____ # Trabajo: _____
Correo Electrónico: _____

VITALES: Estatura: _____ Peso: _____ Mano Dominante: Derecha // Izquierda
DOCTOR PRIMARIO: _____ Ciudad: _____ #Tel: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ Ocupación: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Tel: _____ # Fax: _____ # Horas/Semana Trabajadas: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ Relación: _____ # Tel: _____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA: # de Póliza: _____ # de Grupo: _____
Nombre del Titular de la póliza: _____ # Tel: _____

NOMBRE DEL ABOGADO: _____
Tel: _____ # Fax: _____ Administrador de Casos: _____
Domicilio del Abogado: _____

MUÉSTREME DÓNDE LE DUELE

Por favor marque su nivel de dolor de 0-10.

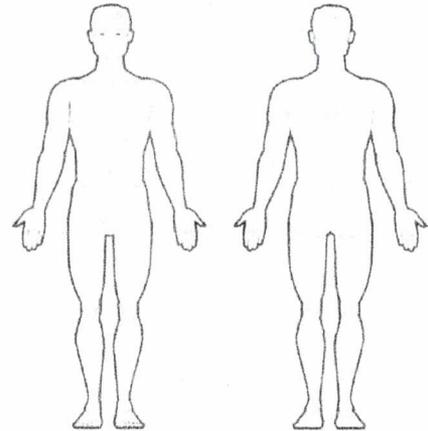
Marque con una "X" en las áreas de su dolor.

Sin dolor Mínimo Ligero Moderado Dolor severo
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Constante
- Frecuente
- Intermitente
- Ocasional

Descripción del dolor: (Círcule todo lo que corresponda)

- | | |
|------------------|------------------------|
| (DL) Lijero | (SO) Tierno |
| (A) Adolorido/a | (T) Apretado |
| (S) Agudo | (P) Alfileres y Agujas |
| (SB) Punzante | (ST) Punzante |
| (AY) Molesto | (SF) Rígido |
| (B) Ardiente | (TH) Palpitante |
| (W) Débil | (SP) Superficial |
| (N) Entumecido/a | (H) Caliente |
| (TG) Hormigueo | (C) Frío |
| (D) Profundo | Otro: _____ |



¿Has tratado con esta oficina en el pasado? Sí No

HISTORIAL DE ACCIDENTE: Explique los detalles del accidente al reverso de esta hoja. Puede incluir diagramas.

Elija los tipos de diagnósticos que se ha realizado en cualquier otra oficina en la cual recibió atención PARA ESTA LESIÓN:

- Rayos X Discograma Tomografía Computarizada (CT) Escaneo de Huesos Mielograma Electromiograma
 Resonancia magnética (MRI)

¿Dónde se realizaron? _____

- Accidente de Vehículo Cuantos vehículos? _____
 Relacionado al Trabajo No Relacionado al Trabajo
 Incidente Relacionado con Deportes
 Resbalón y Caída
 Otro: _____

Comentarios Adicionales:

Inmediatamente después del incidente:

- Ambulancia / Paramédicos llamados
 Tratado en la Escena
 Transportado al hospital por ambulancia
 Fue al hospital por su cuenta (**Fecha:** _____)
 Diagnósticos Realizados en el Hospital
 Medicación Prescrita
 Tratamiento en (**Nombre del Hospital** _____)
 Seguimiento Recomendado
 Otro:

Detalles del Accidente Automovilístico:

- Conductor Pasajero
 Asiento delantero Asiento trasero
 Preparado/a Sorprendido/a
 Golpe en la Cabeza Conmocionado/a
 No Golpe en la Cabeza Coche Remolcado
 Bolsas de aire desplegadas Informe policial realizado
 Destello de luz visto tras el impacto

Tiempo Perdido:

- NO hay pérdida de tiempo del trabajo debido a una lesión, actualmente trabajando sin limitaciones
 NO hay pérdida de tiempo del trabajo debido a una lesión PERO tiene limitaciones
 El paciente informa pérdida de tiempo debido a una lesión. Indicar día(s) o semana(s)
 N/A
 Fecha del último día de trabajo: ____ / ____ / ____

Historia Social:

- Soltero/a Fumador/a
 Casado/a No fumador/a
 Divorciado/a Bebe Alcohol Social
¿Tiene niños? Cuantos _____ Toma Drogas
 No Toma Drogas
Aficiones: _____

Historia Ocupacional:

¿Cuál es su satisfacción laboral actual?

- Muy Satisfecho Discapitado/a?
 Satisfecho Servicio Limitado / Liviano
 Insatisfecho/a Trabajo Físicamente Exigente
 Muy Insatisfecho/a
 N/A
 ¿Educación más alta alcanzada? _____

Mecanismo de Lesión:

- ¿Te sorprendió el impacto? Sí No
En relación con la parte posterior de la cabeza, se estableció el reposacabezas: Bajo Medio Alto
¿A dónde se enfrentaba tu cabeza en el momento del impacto? Izquierda Adelante Derecho No Recuerdo
¿Estaba inclinado/a hacia adelante en el momento del impacto? Sí No
¿Llevaba puesto el cinturón de seguridad? Sí No
¿Quedó inconsciente como resultado del incidente? Sí No (**¿Cuánto Tiempo?** _____)
¿Sentiste dolor inmediatamente después del incidente? Sí No (**¿Cuándo?** _____)
- ¿Año y tipo de vehículo en el que estuvo? Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____
Tamaño de su vehículo Pequeño Tamaño Medio Tamaño Grande No Recuerdo
- ¿Año y tipo de otro vehículo involucrado? Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____
Tamaño de otro vehículo Pequeño Tamaño Medio Tamaño Grande No Recuerdo
- ¿Cuál era la velocidad aproximada de su vehículo cuando ocurrió el incidente? _____ MPH
¿Cuál fue la velocidad aproximada del otro vehículo cuando ocurrió el incidente? _____ MPH
¿Tiene fotos de los vehículos dañados? Sí No

Historial Médico:

He visto al siguiente médico / profesional para esta afección:

Quiropráctico: _____

Masajista: _____

Ortopedista: _____

Fisioterapeuta: _____

Médico: _____

Psiquiatra/Psicólogo: _____

Otro: _____

Marque los tratamientos que ha tenido:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hielo | <input type="checkbox"/> Quiropráctico |
| <input type="checkbox"/> Calor/Ultrasonido | <input type="checkbox"/> Osteopatía |
| <input type="checkbox"/> Estimulación Eléctrica | <input type="checkbox"/> Inyecciones |
| <input type="checkbox"/> Ejercicio | <input type="checkbox"/> Acupuntura |
| <input type="checkbox"/> Tracción/Descompresión | <input type="checkbox"/> Naturopatía |
| <input type="checkbox"/> Reposo en cama | <input type="checkbox"/> Masaje |

Historial Médico Actual o Pasado:

- | | | |
|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Medicina | <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Hospitalización |
| <input type="checkbox"/> Problemas Musculoesqueléticos Previos | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

**Marque si ha tenido alguno de los siguientes síntomas en los últimos 3 años: MVC – Por Causa de el accidente
B4 MVC – Antes de el accidente****B4 MVC / MVC**

- / Fiebre(s) inexplicables
- / Sudores Nocturnos
- / Pérdida de peso 10 lb+
- / Pérdida de Apetito
- / Fatiga Excesiva
- / Problemas con Depresión
- / Dificultad para Dormir
- / Estrés Inusual en Casa
- / Estrés Inusual en el Trabajo

B4 MVC / MVC

- / Moretones con Facilidad
- / Sangrado Excesivo
- / Bulto en el cuello, axila o ingle
- / Dolor u Opresión en el Pecho
- / Tos Persistente/Inusual
- / Problemas al Respirar con Ejercicio
- / Problemas al Respirar al Acostarse
- / Tosiendo Sangre
- / Tobillos Hinchados

B4 MVC / MVC

- / Dolor de Estómago
- / Cambios Intestinales
- / Diarrea Persistente
- / Estreñimiento Excesivo
- / Heces Negras Oscuras
- / Heces con Sangre
- / Dolor/Ardor al Orinar
- / Dificultad para Orinar
- / Necesidad de orinar con Frecuencia

B4 MVC / MVC

- / Sangre en la Orina
- / Rigidez Matutina
- / Enrojecimiento de ojos
- / Ternura Muscular
- / Ojos o Boca Secos
- / Erupciones en la Piel
- / Dolor/Inflamación Articular
- / Ansiedad
- / Irritabilidad

******* PARA USO DEL DOCTOR DEBAJO DE ESTA LÍNEA. VAYA A LA PÁGINA 5. *********HEENT**

- The patient is normocephalic, non-traumatic
- Pupils are equal, round and reactive to light & accommodation
- TM's are clear

GASTROINTESTINAL

- Abdomen is soft, non-tender
- Bowel sounds are normoactive
- No history or present complaints regarding gastrointestinal system

CARDIOVASCULAR/PULMONARY

- No complaints or history of heart murmur, blood pressure problems or other vascular disorders
- Heart exam reveals a regular rate with no murmurs, gallops or rubs
- Lungs are clear to percussion and auscultation

Blood Pressure

Pulse Rate**UROGENITAL**

- There is no complaint of frequency, urgency or difficulty w/ urination.

GRIP STRENGTH:

Test 1	RIGHT _____	LEFT _____
Test 2	RIGHT _____	LEFT _____
Test 3	RIGHT _____	LEFT _____

NEUROLOGICAL EXAMINATION

- Cranial nerves II-IX are grossly intact
 - Romberg's Test
 - Cerebellum function is grossly within normal limits
 - Patient is alert and oriented to time, place and person
 - Reflexes are equal and reactive bilaterally in both upper and lower extremities and are +2
- DOCTOR'S INPUT: Wartenberg's pinwheel testing showed
HYPERESTHESIA / HYPOESTHESIA

At dermatomal distributions _____ on the RT / LFT

- Sensation is intact to all primary modalities
- Patient can heel and toe walk without difficulty
- Toes are down going and pathological reflex is absent for Babinski Sign

Motor testing of the upper & lower extremity musculature revealed:**Grade: I, II, III, IV, V in the UPPER and/or LOWER extremities.**

ORTHOPEDIC EXAMS

- Adson's Maneuver: Left Right Bilateral N/A
- Anterior Drawer: Left Right Bilateral N/A
- Apley's Compression: Left Right Bilateral N/A
- Apley's Distraction: Left Right Bilateral N/A
- Braggard's Sign: Left Right Bilateral N/A
- Cervical Distraction: Left Right Bilateral N/A
- Cozen's Test: Left Right Bilateral N/A
- Deep Inhalation Chest Pain: Left Right Bilateral N/A
- Dugas' Test: Left Right Bilateral N/A
- Ely's Heel Buttock Test: Left Right Bilateral N/A
- Finklestien Test: Left Right Bilateral N/A
- George's Test: Left Right Bilateral N/A
- Hoover's Sign: Left Right Bilateral N/A
- Kemp's Test: Left Right Bilateral N/A
- Laseque's SLR Test: Left Right Bilateral N/A

- Magnuson's Test: Left Right Bilateral N/A
- Mankopf's Sign: Left Right Bilateral N/A
- Max Cervical Comp: Left Right Bilateral N/A
- McMurray's Test: Left Right Bilateral N/A
- Mill's Test: Left Right Bilateral N/A
- O'Donohue Test: Left Right Bilateral N/A
- Patrick's Test: Left Right Bilateral N/A
- Phalen's Test: Left Right Bilateral N/A
- Schepelmann's Sign: Left Right Bilateral N/A
- Shoulder Depression: Left Right Bilateral N/A
- Straight Leg Raiser: Left Right Bilateral N/A
- Supraspinatus Press: Left Right Bilateral N/A
- Soto-Hall Test: Positive Negative
- Valsalva Maneuver: Left Right Bilateral N/A
- Yergason's Test: Left Right Bilateral N/A

The performance of the malingering exams were negative and/or were not performed due to the positive integrity of the patient and/or due to the absence of examiner perceived needed.

CERVICAL	Restrictive	Degree	Normal	Pain
Flexion	<input type="checkbox"/>		50	
Extension	<input type="checkbox"/>		60	
Left Lat Flex	<input type="checkbox"/>		45	
Rt Lat Flex	<input type="checkbox"/>		45	
Left Rot	<input type="checkbox"/>		80	
Rt Rot	<input type="checkbox"/>		80	

LUMBAR	Restrictive	Degree	Normal	Pain
Flexion	<input type="checkbox"/>		50	
Extension	<input type="checkbox"/>		25	
Left Lat Flex	<input type="checkbox"/>		25	
Rt Lat Flex	<input type="checkbox"/>		25	
Left Rot	<input type="checkbox"/>		30	
Rt Rot	<input type="checkbox"/>		30	

SPINAL EXAM

- Spinal examination consisted of static and motion palpation of the cervical, thoracic, lumbar and pelvis (all or separate)
- It included:
 - Intervertebral joint play analysis
 - Comparative leg length analysis
 - Range of Motion Evaluation

ARTICULAR DYSFUNCTION

- These articular dysfunctions are associated & accompanied by:
- Joint Edema
 - Joint Capsulitis
 - Deep & Superficial Myospasms
 - There is muscle splinting and tenderness upon digital palpation at the levels of articular dysfunction.
 - There is pain on percussion of the spinous processes at these levels as well

The examination revealed dysfunctions/vertebral subluxations at the following levels:

C 0 1 2 3 4 5 6 7 T 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 L 1 2 3 4 5 Sacrum Ilium R L

There are myofascial trigger points located in the following musculature:

Radiology:

UPPER EXTREMITY:

LOWER EXTREMITY:

OTHER:

CAUSATION:

- In my opinion, the above diagnoses are a direct result of the Date of the Incident noted above.

Are your findings and diagnosis consistent with patient's account of injury or onset of illness? Yes No If "No," please explain:

Is there any other current condition that will impede or delay patient's recovery? Yes No If "No," please explain:

PLAN/RECOMMENDATIONS:

- 4 times/week Once a week
- 3 times/week Every 2 weeks
- 2 times/week Once a month
- Patient will be re-evaluated in:
 - One month 2 weeks
 - 1 week 3 weeks

Visits

- Chiropractic Adjustments (CMT), Activator (ACT), Neuromuscular Re-Education (NR), Joint Mobilization (JM), Myofascial Release (MR), Intersegmental Traction (IT), Electrical Stimulation (EMS), Mechanical Massage (MM), Ultrasound (US), Diathermy (D), Hot/Cold Pack (HP/CP), Interferential (ITF) Transcutaneous Nerve Stimulation (TENS), Infrared (IF), Therapeutic Exercises/Outside Office (TE)/(TEO), Physician's Education Group (PEG)

Sheridan Chiropractic, Inc.

Shamus Sheridan, D.C. | Sean Sheridan, D.C. | John Chapman, D.C.

EVALUACIÓN DEL TRAUMA DE CABEZA

Nombre del paciente: _____

Marque los síntomas que tiene actualmente y que no tenía antes del accidente.

Síntomas Neurológicos

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo/Mano | I | D | <input type="checkbox"/> Debilidad Brazo/Mano | I | D |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo Pierna/Pie | I | D | <input type="checkbox"/> Debilidad Pierna/Pie | I | D |

Síntomas Asociados Con Lesiones

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas de Movimiento | <input type="checkbox"/> Interrupción de Sueño |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Irradiando Dolor |
| <input type="checkbox"/> Espasmos Musculares | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Trastornos Visuales | <input type="checkbox"/> Estoy Tomando Medicina |

Síntomas Del Cerebro / Neuropsiquia / MTBI

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Querer Estar Solo | <input type="checkbox"/> Cambio de Personalidad |
| <input type="checkbox"/> Somnolencia | <input type="checkbox"/> No Puedo Recordar Números |
| <input type="checkbox"/> Náuseas / Vómitos | <input type="checkbox"/> Problemas de Lectura |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Concentrarse | <input type="checkbox"/> Problemas de Escritura |
| <input type="checkbox"/> Soñar Despierto / Mirar Sin Sentido | <input type="checkbox"/> Dificultad para Sumar / Restar |
| <input type="checkbox"/> Cambios De Humor | <input type="checkbox"/> Mala Atención |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Aprender Cosas Nuevas | <input type="checkbox"/> Dificultad para Entender |
| <input type="checkbox"/> Agitación | <input type="checkbox"/> Tristeza O Lágrimas |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Recordar Cosas | <input type="checkbox"/> Borrosa / Visión Doble |
| <input type="checkbox"/> Volver a Leer Cosas para Entender | <input type="checkbox"/> Ira |
| <input type="checkbox"/> Desorientado | <input type="checkbox"/> Dificultad para Tomar Decisiones |
| <input type="checkbox"/> Confundido | <input type="checkbox"/> Cambio en el Funcionamiento Sensual |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Hablar | <input type="checkbox"/> Reducción de la Confianza |
| <input type="checkbox"/> Sentimientos de Aislamiento de los Demás | <input type="checkbox"/> Impotencia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Atención | <input type="checkbox"/> Apatía (No Me Importa) |
| <input type="checkbox"/> Cambio de Apetito | <input type="checkbox"/> Irritable |
| <input type="checkbox"/> Diferentes Tamaños de Alumnos | <input type="checkbox"/> Cambio en el Sentido del Gusto |
| <input type="checkbox"/> Olor a Fatiga | <input type="checkbox"/> Retrocesos al Accidente |
| <input type="checkbox"/> Las Habitaciones Giran / Sensación de Mareo | <input type="checkbox"/> Impaciencia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Equilibrio | <input type="checkbox"/> Frustración |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Caminar | <input type="checkbox"/> Problemas De Audición |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Enfocarse / Distraerse Fácilmente | <input type="checkbox"/> Dificultad para Planificar la Organización |

Sheridan Chiropractic, Inc.

26900 Newport Rd. Ste. 110, Menifee, CA 92584 | P. (951) 672-8060 | F. (951) 672-7490
Shamus Sheridan, D.C. | Sean Sheridan, D.C.

AVISO DE EMBARGO PREVENTIVO DEL MÉDICO

Paciente: _____

Fecha del Accidente: _____

Por la presente autorizo a **Sheridan Chiropractic, Inc.**, a proporcionarle a usted, mi abogado, un informe completo de su examen, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc., de mí mismo con respecto al accidente en el que estuve involucrado recientemente.

Por la presente, autorizo y le ordeno a usted, mi abogado, que pague directamente a dicho médico las sumas adeudadas y que le deba los servicios médicos prestados, tanto por este accidente como por cualquier otra factura que sea debido a su oficina y que retenga tales sumas de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto que sea necesario para proteger y compensar adecuadamente a dicho médico. Y por la presente doy además un embargo preventivo sobre mi caso a dicho médico en contra de todos y cada uno de los beneficios de mi acuerdo, sentencia o veredicto que pueda pagarle a usted, a mi abogado o a mí mismo, como resultado de las lesiones por las cuales he sido tratados o lesiones en relación con los mismos.

Entiendo completamente que soy directa y totalmente responsable ante dicho médico por todas las facturas médicas que él envió por los servicios prestados y que este acuerdo se realiza únicamente para la protección adicional de dicho médico en consideración a su pago pendiente. Además, entiendo que dicho pago no depende de ningún acuerdo, juicio o veredicto por el cual eventualmente pueda recuperar dicha tarifa.

Acepto notificar de inmediato a dicho médico sobre cualquier cambio o adición de abogado(s) utilizado por mí en relación con este accidente, y le indico a mi abogado que haga lo mismo y que entregue de inmediato una copia de este derecho de retención a dicho abogado sustituido(s).

Confirme esta carta firmando a continuación y regrésese al consultorio de el médico. Me han informado que si mi abogado no desea cooperar en la protección de los intereses de los médicos, el médico no esperará el pago y puede declarar el saldo total a pagar.

Fecha: _____

Firma de el Paciente

Nombre de el Paciente

El abajo firmante, abogado de registro para el paciente mencionado anteriormente, acepta por la presente cumplir con todos los términos de lo anterior y acepta retener tales sumas de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto, según sea necesario para proteger adecuadamente y compensar por completo a dicho médico nombrado arriba. El abogado acuerda además que, en caso de litigio sobre este derecho de retención, la parte que prevalezca recibirá honorarios y costos de abogado.

Fecha: _____

Firma de el Abogado

Nombre de el Abogado y Empresa

Sheridan Chiropractic, Inc. Consentimiento a los Servicios

DERECHOS DEL PACIENTE

INICIALES _____

Sheridan Chiropractic, Inc. (SCI) respeta las diferencias únicas de nuestros pacientes y asegurará que se mantenga la ética de la atención médica para todos los pacientes. Los siguientes derechos se ejercerán en nombre de nuestros pacientes:

1. El paciente tiene derecho a una atención considerada y respetuosa.
2. El paciente tiene derecho y se le recomienda que obtenga de el médico información relevante, actual y comprensible sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico.
3. El paciente tiene derecho a conocer la identidad del médico, el personal y todos los involucrados en la atención del paciente.
4. El paciente tiene derecho a tomar decisiones sobre el plan de atención antes y durante el curso del tratamiento, y a rechazar un tratamiento o plan de atención recomendado en la medida permitida por la ley, y a ser informado de las consecuencias de esta acción.
5. El paciente tiene derecho a toda consideración de privacidad.
6. El paciente tiene derecho a esperar que todas las comunicaciones y registros relacionados con su atención sean tratados como confidenciales, excepto en los casos en que la ley permita o exija la notificación.
7. El paciente tiene derecho a esperar atención médica con continuidad razonable cuando sea apropiado y a que el médico le informe sobre las opciones disponibles y realistas de atención al paciente.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN NIÑO MENOR (MENOR DE 18 AÑOS)

INICIALES _____

Autorizo la atención quiropráctica y/o de fisioterapia según se considere necesario para mi (relación) _____.

PACIENTES DE SEXO FEMENINO (ÚNICAMENTE)

INICIALES _____

Esto es para certificar que, a mi leal saber y entender, NO estoy embarazada y que SCI tiene mi permiso para tomar radiografías. Fecha de inicio del último período menstrual _____.

PAGO, SEGURO, ASEGURANZA Y USO DEL NOMBRE

INICIALES _____

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo y solicitar el pago de los beneficios del seguro, ya sea a mí mismo o a la parte que acepta la asignación.

Autorizo el pago de cualquier beneficio médico de terceros por los beneficios presentados para que mi reclamo se pague directamente a esta oficina. Autorizo el pago directo a esta oficina de cualquier suma en este momento o en el futuro que mi abogado le deba a esta oficina, fuera del producto de cualquier acuerdo de mi caso y por cualquier compañía de seguros contractualmente obligada a hacerme un pago a usted o a usted en función de los cargos presentados para productos y servicios prestados.

Entiendo y acepto que las políticas de salud y accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Además, entiendo que esta oficina preparará los informes y formularios necesarios para ayudarme a hacer el cobro de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada para pagarla directamente a esta oficina se acreditará en mi cuenta al recibirla. Sin embargo, entiendo claramente y acepto que todos los servicios que se me prestan se me cobran directamente y que soy personalmente responsable del pago. También entiendo que si suspendo o finalizo mi atención y tratamiento, y los honorarios por productos o servicios profesionales prestados serán inmediatamente debidos.

CONSENTIMIENTO PARA EL ACUERDO DE ASIGNACIÓN DE RADIOGRAFÍAS

INICIALES _____

Doy mi consentimiento para permitir que SCI use los servicios de un radiólogo externo si es necesario para garantizar la interpretación de la radiografía de la más alta calidad. Reconozco que estos servicios son independientes de los de la clínica donde estoy recibiendo atención, y que los cargos por los servicios se enviarán a mi compañía de seguros, a la compañía de compensación laboral de la Oficina Estatal y/o a mi abogado en el caso de lesiones personales.

En el caso de que reciba un pago por estos servicios, acepto remitirlo de inmediato al radiólogo o los servicios de radiología.

Asigno mis beneficios de seguro y mis derechos de pago al radiólogo en la medida de sus cargos, y los autorizo a ellos, o a sus agentes, a facturar y divulgar información a mi compañía de seguros, abogado y/o cualquier tercero pagador. Autorizo a mi médico tratante, compañía de seguros, abogado y / o tercero pagador a proporcionar al radiólogo o sus agentes cualquier información relacionada con mi reclamo, sus servicios y/o el pago de los servicios prestados.

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE QUIROPRÁCTICA Y/O FISIOTERAPIA

INICIALES _____

Por la presente solicito y doy mi consentimiento para exámenes completos (quiropráctica y/o fisioterapia, ortopedia y/o neurológica), ajustes/tratamientos quiroprácticos (y otros procedimientos que incluyen varios modos de modalidades de fisioterapia), intervención de fisioterapia (incluida la movilización de tejidos blandos, terapéutica ejercicios, estiramiento, postura y entrenamiento ergonómico y programa de ejercicios en el hogar), asesoramiento/asesoramiento nutricional y radiografías de diagnóstico por SCI (y su personal), que ahora o en el futuro me tratan en esta oficina. He tenido la oportunidad de discutir con el personal de SCI la naturaleza y el propósito del tratamiento indicado. Entiendo que los resultados no están garantizados y estoy informado de que, como en la práctica de la medicina, la práctica de la quiropráctica y la práctica de la fisioterapia, existen algunos riesgos para el tratamiento, que incluyen, entre otros: fracturas, lesiones de disco, derrames cerebrales, luxaciones y esguinces. No espero que el (los) médico(s) puedan anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en que el (los) médico(s) ejercerán su juicio durante el curso de cualquier procedimiento que el (los) médico(s) sienta en ese momento sean de mi mejor interés. He leído, o me han leído, el consentimiento completo anterior y también he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido y, al firmar a continuación, acepto los términos y procedimientos anteriores. Tengo la intención de que este consentimiento cubra cualquier tratamiento para mi afección actual y para cualquier afección futura para la que solicite tratamiento por parte de SCI y/o del personal empleado.

POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN/CANCELACIÓN/RETRASO

INICIALES _____

El paciente sera responsable de notificar a SCI por las citas canceladas y cierta se respetuoso al cancelar citas programada. Si los pacientes se presentan a las citas con más de 15 minutos de retraso, podemos reprogramar la cita o no se administrará el tratamiento completo.

Con mi firma a continuación, reconozco que he leído, entiendo y acepto las disposiciones anteriores, y asigno mis beneficios de seguro como se describe anteriormente.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
ACUERDO DE ARBITRAJE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Artículo 1: Acuerdo De Arbitraje: Se entiende que cualquier disputa en cuanto a negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados bajo este contrato fueron innecesarios o no autorizados fueron prestados de manera inadecuada, negligente o incompetente, se determinarán mediante la presentación al arbitraje como previsto por la ley de California, y no por una demanda o recurrir a un proceso judicial, excepto cuando la ley estatal y federal prevé la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al firmar, renuncian a su derecho constitucional a que dicha disputa se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en cambio, aceptan el uso del arbitraje.

Artículo 2: Todas Las Reclamaciones Deben Ser Arbitradas: También se entiende que cualquier disputa que no esté relacionada con negligencia médica, incluidas las disputas sobre si una disputa está sujeta a arbitraje o no, y las disputas procesales también se determinarán mediante la presentación de un arbitraje vinculante. Es la intención de las partes en cuanto a todas las reclamaciones, incluso las reclamaciones derivadas o relacionadas con el tratamiento o los servicios prestados por el proveedor de atención médica, incluyendo los herederos o cónyuges anteriores, presentes o futuros del paciente en relación con todas las reclamaciones, y/o la pérdida de consorcio. Este acuerdo también tiene la intención de obligar a cualquier hijo del paciente, ya sea nacido o no, en el momento de la ocurrencia que da lugar a cualquier reclamo. Este acuerdo está destinado a obligar al paciente y al proveedor de atención médica y/u otros proveedores de atención médica con licencia o pasantes de preceptoría que ahora o en el futuro tratan al paciente mientras está empleado, trabajando o asociado o sirviendo como respaldo para el proveedor de atención médica, incluyendo aquellos que trabajan en las clínicas u oficinas del proveedor de atención médica o en cualquier otra clínica u oficina, ya sean dignatarios de este formulario o no. Todos los reclamos por daños monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de reclamos menores contra el proveedor de atención médica y/o los asociados, asociación, corporación, sociedad, empleados, agentes y patrimonio de los proveedores de atención médica deben ser arbitrados, incluidos, entre otros, reclamos por pérdida de consorcio, muerte injusta, angustia emocional, creencia cautelara o daños punitivos.

Artículo 3: Procedimientos y Ley Aplicable: La demanda de arbitraje debe comunicarse por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un árbitro (árbitro de la parte) dentro de treinta días y un tercer árbitro (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes dentro de los treinta días posteriores. El árbitro neutral será el único árbitro y decidirá el arbitraje. Cada parte en el arbitraje pagará la parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos del arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir honorarios de abogados, honorarios de testigos u otros gastos incurridos por una de las partes para su propio beneficio.

Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de bifurcar las cuestiones de responsabilidad y daños previa solicitud por escrito al árbitro neutral. Las partes consienten en la intervención y la acumulación en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otra manera sería una parte adicional apropiada en una acción judicial, y tras dicha intervención y acumulación, cualquier acción judicial existente contra dicha persona o entidad adicional se suspenderá hasta el arbitraje.

Los grupos acuerdan que las disposiciones de la Ley de Reforma de Compensación de Lesiones Médicas de California se aplicarán a las disputas dentro de este acuerdo de arbitraje, incluidas, entre otras, las secciones que establecen el derecho a presentar evidencia de cualquier cantidad pagadera como un beneficio para el paciente según lo permitido por la ley (Código Civil 3333.1), la limitación de la recuperación por pérdidas no económicas (Código Civil 3333.2), y el derecho a un juicio por daños futuros conforme a pagos periódicos (CCP 667.7). Los grupos acuerdan además que las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje regirán cualquier arbitraje realizado de conformidad con este acuerdo de arbitraje.

Artículo 4: Disposición General: Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas serán arbitradas en un solo procedimiento. Una reclamación será eximida y prohibida para siempre si (1) en la fecha en que se recibe la notificación de la misma, la reclamación, si se afirma en una acción civil, estaría prohibida por la estatua de limitaciones del estado aplicable, o (2) el reclamante no persigue el reclamo de arbitraje de acuerdo con los procedimientos prescritos en este documento con diligencia razonable.

Artículo 5: Revocación: Este acuerdo puede ser revocado mediante notificación escrita entregada al proveedor de atención médica dentro de los 30 días de la firma y, si no se revoca, regirá todos los servicios profesionales recibidos por el paciente y todas las demás disputas entre las partes.

Artículo 6: Efecto Retroactivo: Si el paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha de su firma (por ejemplo, tratamiento de emergencia), el paciente debe iniciar aquí _____. Vigente como la fecha de los primeros servicios profesionales.

Si alguna disposición de este Acuerdo de Arbitraje se considera inválida o inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y no se verán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este Acuerdo de Arbitraje.

Por la presente solicito y autorizo la realización de ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluidos varios modos de fisioterapia y radiografías de diagnóstico, en mí (o en el paciente mencionado a continuación, de quien soy legalmente responsable) por el médico quiropráctico nombrado a continuación y/u otros médicos de quiropráctica con licencia que ahora o en el futuro me tratan mientras estoy empleado, trabajando o asociado o sirviendo de respaldo para el médico de quiropráctica mencionado a continuación, incluidos los que trabajan en la clínica u oficina que se enumeran a continuación o cualquier otra oficina o clínica, firmantes meteorológicos de este formulario o no.

He tenido la oportunidad de hablar con el médico de quiropráctica mencionado a continuación y/o con otro personal de la clínica sobre la naturaleza y el propósito de los ajustes y procedimientos quiroprácticos. Entiendo que los resultados no están garantizados.

Aviso: Al firmar este contrato, usted acepta que cualquier problema de negligencia médica se decida mediante arbitraje neutral y renuncia a su derecho a un jurado o juicio judicial. Ver artículo 1 de este contrato.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____