Ennis
Chiropractic Clinic
& Wellness Center

Formulario de Nuevo Paciente

Informacion de Paciente

Nombre: _____ FDN: _____ SS #_____ Fecha _____
Direccion: _____ Cuidad: _____ Estado: _____Codigo: _____
Telefono: _____ Correo electronico: _____ Sexo: ☐ M ☐ F
Estado Civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Vuido/a ☐ Separado/a ☐ Otro: _____
Como se entero de nuestra oficina? _____
Contacto de Emergencia: _____ Relacion: _____ Telefono#:_____

Informacion de Empleo

Empleo Presente: ☐ Empleado ☐ Desempleado ☐ Ama de casa ☐ Estudiante ☐ Menor ☐ Retirado
Compania de Empleo: _____ Titulo: _____
Esta aqui para: ☐ Alineación ☐ Postura ☐ Rendimiento atéltico ☐ Alivio de dolor

Problema Presente

¿Cuál es el problema o queja principal que se presenta?_____
Cuando o como comenzo? _____
¿Ha tenido esta u otras condiciones similares en el pasado? ☐ Si ☐ No
Su condicion esta (circule): Empeorando Mejorando No cambia Periódico
El dolor (circulo): Adolorido Agudo Punzante Eléctrico Palpitante Rigidez Calambres Otro_____
Califique dolor: (No dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (El peor dolor imaginable)
Frequencia: (Porcentaje de síntomas del día que se sienten) 0%-25% 26%-50% 51%-75% 76%-100%
Algun (circulo): Entumido / Hormigueo / Debil / Cambios en los hábitos intestinales o vesicales/ Dolor de cabeza / Nauseas / Dolor con esturneo, tos, estiro / Mareos / Fiebre / Cansancio Otro: _____
¿Cómo interfiere esta condición con su rutina diaria? _____
¿Qué agrava tu condición?_____
¿Qué alivia tu condición?_____
¿Tipos de tratamiento y / o cirugía previos para esta afección_____

Historia Personal de Salud

Nievel de Estres: (Sin estres) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Mucho estres)
Nievel de Salud: (Buen salud) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Mal salud)
Medicamentos, incluidos los de venta libre, que toma actualmente:
_____
_____
Alergias: _____
Vitaminas / Suplementos que toma actualmente: _____
Enumere cualquier enfermedad grave que haya tenido: _____
Fecha del último examen físico:_____ Enumere cualquier hallazgo anormal:_____
_____
Cirugias: _____
¿Alguna vez le han diagnosticado cáncer? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, de qué tipo?_____

Historial de salud familiar: describa cualquier condición / enfermedad (es decir, enfermedad cardíaca, diabetes y otras enfermedades hereditarias) que padecen los miembros de la familia:_____

Firma del paciente_____ Fecha_____

Cuestionario de Colision de Vehiculos de Motor

Nombre: _____ **Fecha:** _____ **Fecha de Accidente:** _____

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A USTED Y AL VEHÍCULO EN EL QUE SE ENCUENTRA:

Tipo de vehículo: Año_____ Marca_____ Modelo_____

Su posición en el vehículo: ☐ Conductor ☐ Pasajero ☐ Trasero izquierdo ☐ Trasero derecho ☐ Trasero en medio

Velocidad: _____ MPH ☐ Despacio ☐ Accelerando ☐ Parado

Tipo de colisíon: ☐ El lado del conductor ☐ El lado pasajero ☐ Por en frente ☐ Por atras

Describe el accidente con sus propias palabras: _____

_____

_____

_____

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN AL OTRO VEHÍCULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE:

Tipo de vehículo: Año_____ Marca_____ Modelo_____

CONDICIONES DEL CLIMA DIA DEL ACCIDENTE:

Condiciones de camino: ☐ Seco ☐ Mojado ☐ Covierto de nieve/hielo

Tiempo del día: ☐ Día ☐ Madrugada ☐ Atardecer ☐ Noche

Visibilidad: ☐ Excelente ☐ Bien ☐ Mas o menos ☐ Pobre

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN AL MOMENTO DE IMPACTO DEL ACCIDENTE:

Estaba: ☐ Inconsciente del accidente ☐ Consciente ☐ Preparado para ello ☐ Usando el cinturon de seguridad

Si usted era el conductor, ¿estaba su pie en el pedal del freno? ☐ Si ☐ No

¿Se desplegó el airbag? ☐ Si ☐ No

Fue tu reposacabezas: ☐ Posición bajo ☐ Posición intermedia ☐ Posición alta

Posición de la cabeza en el impacto: ☐ Mirando hacia adelante ☐ Inclinado hacia Adelante ☐ Girada a la derecho ☐ Girado a la izquierda

Posición del cuerpo en el impacto: ☐ Mirando hacia Adelante ☐ Inclinado hacia Adelante ☐ Girada a la derecho ☐ Girado a la izquierda

Daño al vehículo en el que estaba: ☐ Minimo ☐ Moderado ☐ Severo/Total

COMO RESULTADO DE LA FUERZA DE LA COLISIÓN, ¿A QUÉ OBJETOS LE HIZO EL CUERPO?

Cabeza: ☐ Volante ☐ Tablero ☐ Parabrisas ☐ Apoyabrazoz ☐ Reposacabezas ☐ Puerta izquierda ☐ Puerta derecha ☐ Ventana izquierdo ☐ Ventana derecha ☐ Consola central ☐ Asiento adelantero ☐ Asiento trasero

Brazo derecho: ☐ Volante ☐ Tablero ☐ Parabrisas ☐ Apoyabrazos ☐ Reposacabezas ☐ Puerta izquierda ☐ Puerta derecha ☐ Ventana izquierdo ☐ Ventana derecha ☐ Consola central ☐ Asiento adelantero ☐ Asiento trasero

Brazo izquierdo: ☐ Volante ☐ Tablero ☐ Parabrisas ☐ Apoyabrazos ☐ Reposacabezas ☐ Puerta izquierda ☐ Puerta derecha ☐ Ventana izquierdo ☐ Ventana derecho ☐ Consola central ☐ Asiento adelantero ☐ Asiento trasero

Pierna izquierdo: ☐ Volante ☐ Tablero ☐ Parabrisas ☐ Apoyabrazos ☐ Reposacabezas ☐ Puerta izquierda ☐ Puerta derecho ☐ Ventana izquierdo ☐ Ventana derecha ☐ Consola central ☐ Asiento adelantero ☐ Asiento trasero

Pierna derecho: ☐ Volante ☐ Tablero ☐ Parabrisas ☐ Apoyabrazos ☐ Reposacabezas ☐ Puerta iquierda ☐ Puerta derecha ☐ Ventana izquierdo ☐ Ventana derecha ☐ Consola central ☐ Asiento adelantero ☐ Asiento trasero

Cuerpo: ☐ Volante ☐ Tablero ☐ Parabrisas ☐ Apoyaabrazos ☐ Reposacabezas ☐ Left door ☐ Puerta derecha ☐ Ventana izquierdo ☐ Ventana derecha ☐ Consola central ☐ Asiento adelantero ☐ Asiento trasero

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN AL PERÍODO DE TIEMPO INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL ACCIDENTE:

¿Perdiste el conocimiento? ☐ Si ☐ No

¿Pudiste caminar sin ayuda? ☐ Si ☐ No

¿Fuiste al hospital? ☐ Si ☐ No Si contesto que si, a cual fue?_____

¿Recibiste atención de una ambulancia? ☐ Si ☐ No

Inmediatamente después del accidente, ¿sintió: ☐ Mareado ☐ Debil ☐ Aturdido ☐ Náusea ☐ Disorientado

¿Molestias al día siguiente? ☐ Aumento ☐ Disminuido ☐ No cambia

¿Existían sus principales quejas ANTES del accidente? ☐ Si ☐ No

¿En qué área sintió dolor INMEDIATAMENTE?

☐ Cabeza	Hombro	☐ Izquierdo	☐ Derecha	Cadera	☐ Izquierdo	☐ Derecha
☐ Cuello	Brazo	☐ Izquierdo	☐ Derecha	Muslo	☐ Izquierdo	☐ Derecha
☐ Espalda superior	Codo	☐ Izquierdo	☐ Derecha	Rodilla	☐ Izquierdo	☐ Derecha
☐ Mitad de espalda	Muneca	☐ Izquierdo	☐ Derecha	Pantorillas	☐ Izquierdo	☐ Derecha
☐ Costillas	Mano	☐ Izquierdo	☐ Derecha	Tobillo	☐ Izquierdo	☐ Derecha
☐ Pecho	Dedos	☐ Izquierdo	☐ Derecha	Pies	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Abdomen	Nalga	☐ Izquierdo	☐ Derecha	Dedos de los pies	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Espalda baja	☐ Pelvis					

¿Dónde experimentó dolor en los días posteriores al accidente?

☐ Cabeza	Hombro	☐ Izquierdo	☐ Derecha	Cadera	☐ Izquierdo	☐ Derecha
☐ Cuello	Brazo	☐ Izquierdo	☐ Derecha	Muslo	☐ Izquierdo	☐ Derecha
☐ Espalda superior	Codo	☐ Izquierdo	☐ Derecha	Rodilla	☐ Izquierdo	☐ Derecha
☐ Mitad de espalda	Muneca	☐ Izquierdo	☐ Derecha	Pantorillas	☐ Izquierdo	☐ Derecha
☐ Costillas	Mano	☐ Izquierdo	☐ Derecha	Tobillo	☐ Izquierdo	☐ Derecha
☐ Pecho	Dedos	☐ Izquierdo	☐ Derecha	Pies	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Abdomen	Nalga	☐ Izquierdo	☐ Derecha	Dedos de los pies	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Espalda baja	☐ Pelvis					

Problemas de Salud

☐ Entumecimiento	☐ Nauséa	☐ Dificultad para respirar
☐ parálisis	☐ Vomito	☐ Cardica irregular
☐ Mareo	☐ Diarrea	☐ Problemas pulmonares
☐ Olvido	☐ Estreñimiento	☐ Venas varicosas
☐ Confusión	☐ Hemorroides	☐ Hichazon de tobillos
☐ Convulsiones	☐ Problemas del vesícula	☐ Problemas de vista
☐ Alergias	☐ Aumento/perdida de peso	☐ Problemas dentales
☐ Perdida de sueño	☐ Dolor abdominal	☐ Dolor de garganta
☐ Fiebre	☐ Acidez	☐ Dolor de oídos
☐ Dolores de Cabeza	☐ Problemas de vejiga	☐ Dificultad auditiva
☐ Cambio de apetitio	☐ Urine descloridad/dolorosa	
☐ Sed excesiva	☐ Dolor de pecho	☐ Otro: _____

Información del seguro de automóvil

¿Tiene usted u otra persona cobertura de seguro para el vehículo en el que estaba? ☐ Si ☐ No

Si es alguien más, indique su nombre:_____

¿Cómo se relaciona esta persona contigo? ☐ Padre ☐ Amigo ☐ Otro: _____

Cobertura de beneficios médicos: ☐ Si ☐ No Limite: ☐ $3,000 ☐ $5,000 ☐ $15,000 Otro: _____

Fecha de accidente: _____ Lugar de accidente (Cuidad,Estado,Zip):_____

Nombre de la compañía de seguros de automóvil: _____

Número de teléfono del operador de automóvil: _____

Número de reclamación del conductor: _____

¿Tiene un seguro secundario (Blue Cross, Aetna, etc.)? ☐ Si ☐ No

Nombre del seguro secundario:_____ Policy # _____ Group # _____

Abogado

Tienes un abogado que te represente? ☐ Si ☐ No ☐ Aun no

Nombre del abogado: _____ Telefono #:_____ Fax: _____

¿Ha tenido algún otro examen / tratamiento para sus lesiones antes de nuestra oficina? ☐ Si ☐ No

Autorizo que el pago se realice directamente a Ennis Chiropractic and Wellness Center. El médico mencionado anteriormente puede usar mi información de atención médica y puede divulgar dicha información al abogado mencionado anteriormente oa terceros y sus agentes con el fin de obtener el pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento o un año después de la fecha firmada a continuación.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Consentimiento informado para la atención Quiropráctico

Cuando un paciente busca atención médica quiropráctica y nosotros aceptamos a un paciente para dicha atención, es esencial que ambos trabajemos por el mismo objetivo. Es importante que cada paciente comprenda tanto el objetivo (s) como el (los) método (s) que se utilizarán para lograr la afección y la atención recomendada que se brindará para que usted tome la decisión de someterse o no a atención quiropráctica después de recibir el asesoramiento, de los beneficios, riesgos y alternativas conocidos.

La quiropráctica es una ciencia, filosofía y arte que se ocupa de la relación entre la estructura espinal y la salud del sistema nervioso. Como quiroprácticos, entendemos que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social óptimo, no simplemente la ausencia de enfermedades o dolencias.

Una alteración del sistema nervioso se denomina subluxación vertebral. Esto ocurre cuando una o más de las 24 vértebras de la columna vertebral se desalinean y / o no se mueven correctamente. Esto provoca un cambio poco saludable en la función nerviosa e interferencia en el sistema nervioso. Esto puede resultar en dolor y disfunción o puede ser completamente asintomático.

Las subluxaciones se corrigen y / o reducen mediante un ajuste quiropráctico. Un ajuste es la aplicación específica de fuerza para corregir y / o reducir la subluxación vertebral. Nuestro método quiropráctico de corrección es mediante ajustes específicos en la columna. Los ajustes se realizan a mano, donde el médico ejercerá presión sobre los segmentos específicos de la columna para ajustar las vértebras en una mejor posición.

Si al principio o durante el curso de la atención encontramos hallazgos no quiroprácticos o inusuales, le informaremos sobre esos hallazgos y le recomendaremos algunas pruebas adicionales o lo remitiremos a otro proveedor de atención médica.

Se ha demostrado que la atención quiropráctica es muy segura y eficaz. Sin embargo, no es inusual sentir dolor después de los primeros ajustes correctivos. Aunque es raro, es posible sufrir otros efectos secundarios; es decir, espasmos musculares, rigidez, fractura de costillas, dolor de cabeza, mareos y accidente cerebrovascular.

Todas las preguntas sobre el objetivo del médico para mi atención en esta oficina han sido respondidas a mi completa satisfacción. He leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y, por lo tanto, acepto la atención quiropráctica sobre esta base.

_____

Nombre *(Escrito)* Firma Fecha

Consentimiento para evaluar y ajustar a un menor

Yo, _____ que soy el padre o tutor legal de _____, he leído y entiendo completamente el Consentimiento informado anterior y por la presente otorgo permiso para que mi hijo reciba atención quiropráctica.

Liberación de embarazo:

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, no estoy embarazada y que el médico mencionado anteriormente y sus asociados tienen mi permiso para realizar una evaluación por rayos X. Se me ha informado que las radiografías pueden ser peligrosas para el feto.
Date of last menstrual cycle: _____

_____ _____

Firma Fecha

Ennis
Chiropractic Clinic
& Wellness Center

109 NW Main St., Ennis, Texas 75119
Ph. (972)875-9377 Fax: (972)875-4325

Aviso de prácticas de privacidad de HIPPA en Ennis Chiropractic and Wellness Center

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN QUIROPRÁCTICA Y MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISARLO DETENIDAMENTE.

En el curso de su atención como paciente en Ennis Chiropractic and Wellness Center, podemos usar o divulgar información personal y relacionada con su salud de las siguientes maneras:

• Su información médica personal, incluidos sus registros clínicos, puede divulgarse a otro proveedor de atención médica u hospital si es necesario derivarlo para un diagnóstico, evaluación o tratamiento adicionales.

• Sus registros de atención médica, así como sus registros de facturación, pueden ser divulgados a otra parte, como una compañía de seguros y HMO, PPO o su empleador, si son o pueden ser responsables del pago de sus servicios.

• Su nombre, dirección, número de teléfono y sus registros de atención médica pueden usarse para contactarlo con respecto a recordatorios de citas, información sobre alternativas a su atención actual u otra información relacionada con la salud que pueda ser de su interés.

En efecto, enviamos mensajes de texto para recordarle su cita, o podemos dejar un mensaje en su contestador automático o correo de voz debido a ciertas circunstancias. Además, tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia de la información que utilizamos para estos fines. También tiene derecho a negarse a proporcionar autorización para que esta oficina se comunique con usted con respecto a estos asuntos. Si no nos proporciona esta autorización, no afectará la atención que le brindamos ni las vías de reembolso asociadas con su atención.

Según la ley federal, también se nos permite o exige que usemos o divulguemos su información médica sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias:

• Si le estamos brindando servicios de atención médica según las órdenes de otro proveedor de atención médica.

• Si le brindamos servicios de atención médica en una emergencia.

• Si la ley nos exige que le brindemos atención y no podemos obtener su consentimiento después de intentarlo.

• Si existen barreras sustanciales para comunicarse con usted, pero a nuestro juicio profesional creemos que tiene la intención de que le brindemos atención.

• Si nos lo ordenan los tribunales u otra agencia apropiada.

Cualquier uso o divulgación de su información médica protegida, que no sea el descrito anteriormente, solo se realizará con su autorización por escrito.

Normalmente le proporcionamos información sobre su salud en persona en el momento en que recibe nuestra atención quiropráctica. También podemos enviarle información sobre su atención médica o sobre el estado de su cuenta. Si desea recibir esta información en una dirección que no sea su domicilio o, si desea recibir la información en una forma diferente, infórmenos por escrito sobre sus preferencias.

Tiene derecho a inspeccionar y / o copiar su información médica durante siete años a partir de la fecha en que se creó el registro o mientras la información permanezca en nuestros archivos. Además, tiene derecho a solicitar una enmienda a su información médica. Las solicitudes para inspeccionar, copiar o enmendar su información relacionada con la salud deben proporcionarnos por escrito.

La ley estatal y federal nos exige mantener la privacidad de su expediente de paciente y la información médica protegida que contiene. También estamos obligados a proporcionarle este aviso de nuestras prácticas de privacidad con respecto a la información médica.

Además, estamos obligados por ley a cumplir con los términos de este aviso mientras esté en vigor. Nos reservamos el derecho de alterar o enmendar los términos de este aviso de privacidad. Si se realizan cambios en nuestro aviso de privacidad, se lo notificaremos por escrito lo antes posible después de los cambios. Cualquier cambio en nuestro aviso de privacidad se aplicará a toda su información médica en nuestros archivos.

La información que usamos o divulgamos en base a este aviso de privacidad puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona a quien le proporcionamos la información y es posible que ya no esté protegida por las reglas federales de privacidad.
Si tiene una queja con respecto a nuestro aviso de privacidad, nuestras prácticas de privacidad o cualquier aspecto de nuestras actividades de privacidad, debe dirigir su queja a: Recepción.

Si desea obtener más información sobre nuestras políticas y prácticas de privacidad, no dude en comunicarse con nosotros al (972) 875-9377.

El deseo de esta oficina es brindar atención quiropráctica en un entorno de ajuste de "puertas abiertas". Un enfoque de "puertas abiertas" implica que el médico se mueva de las áreas de atención al paciente abiertas. Como resultado, los pacientes ocasionalmente están a la vista unos de otros y algunos detalles rutinarios de la atención se discuten al alcance del oído de otros pacientes y del personal. Este entorno se utiliza para la atención continua y NO es el entorno utilizado para tomar historiales de pacientes, realizar exámenes o presentar informes de hallazgos. Estos procedimientos se realizan en un entorno privado y confidencial.

Le solicitamos esta autorización debido a diversas interpretaciones bajo la ley federal con respecto a lo que se conoce como "divulgaciones incidentales" de información médica. En nuestra opinión, los tipos de asuntos relacionados en un entorno de "puertas abiertas" son asuntos incidentales, en caso de que usted u otra persona no esté de acuerdo con nosotros, le proporcionaremos esta divulgación y solicitamos su autorización.

El uso de este formato está destinado a hacer que su experiencia con nuestra oficina sea más eficiente y productiva, así como a mejorar su acceso a una atención médica de calidad. Si elige no ser ajustado en un entorno de ajuste de "puertas abiertas", se harán otros arreglos para usted. Su decisión no tendrá ningún efecto adverso en la atención que reciba de Ennis Chiropractic and Wellness Center o en su relación con nuestro personal.

Este aviso entra en vigencia a partir del 1 de enero de 2015. Este aviso, y cualquier alteración o enmienda que se realice al mismo, vencerá siete años después de la fecha en que se creó el registro. Mi firma reconoce que he recibido una copia de este aviso.

_____	_____	_____
Nombre *(Escrito)*	Firma	Fecha

Si es menor de edad o está representado por otra parte por favor firma

_____	_____	_____
Representante personal *(Escrito)*	Representante personal *(Firma)*	Fecha

_____

Descripción de la autoridad para actuar en nombre del paciente

Ennis Chiropractic & Wellness Center
William C. Davis, DC

Asignación de Beneficios

El paciente abajo firmante y / o la parte responsable, además de la responsabilidad personal continua, y en consideración del tratamiento prestado o por ser prestado, otorga y transmite el pago diferido a Ennis Chiropractic & Wellness Center, PA, un gravamen y cesión contra los ingresos de acuerdo de seguro del paciente con todos los siguientes derechos, poder y autoridad.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Usted está autorizado a divulgar información sobre mi condición y tratamiento a mi compañía de seguros, abogado o ajustador de seguros con el fin de procesar mi (s) reclamo (s) de beneficios y pago por los servicios prestados a mí.

CESIÓN IRREVOCABLE DE DERECHOS: Se le asigna el derecho exclusivo e irrevocable a cualquier causa de acción que exista a mi favor contra cualquier compañía de seguros por los términos de la póliza, incluido el derecho exclusivo e irrevocable a recibir el pago por dichos servicios, hacer una demanda en mi nombre para el pago, y procesar y recibir multas, intereses, pérdidas judiciales u otros montos legalmente compensables adeudados por una compañía de seguros de acuerdo con el Artículo 21.55 del Código de Seguros de Texas para cooperar, proporcionar información según sea necesario y comparecer según sea necesario, donde sea para ayudar en la tramitación de dichos reclamos de beneficios a pedido.

DEMANDA DE PAGO: A cualquier compañía de seguros que nos brinde beneficios de cualquier tipo para el tratamiento brindado por el médico / centro mencionado anteriormente dentro de los 5 días posteriores a la recepción de dicha factura por los servicios en la medida en que dichas facturas sean pagaderas según los términos de La política. Esta demanda se ajusta específicamente a la Sec. 542.057 del Código de Seguros de Texas y el Artículo 21.55 del Código de Seguros de Texas, que establece los honorarios de abogados, una multa del 18%, los costos judiciales y los intereses del fallo, en caso de violación. Además, le indico al proveedor que haga todos los cheques pagaderos a Ennis Chiropractic & Wellness Center, PA, 109 NW Main St, Ennis, Texas 75119.

RESPONSABILIDAD DE TERCEROS: Si mis lesiones son el resultado de la negligencia de un tercero, entonces le indico a la compañía de seguros que emita un giro por separado para pagar la totalidad de los servicios prestados, pagadero directamente a Ennis Chiropractic & Wellness Center, PA, 109 NW Main St, Ennis, Texas 75119.

ESTATUTO DE LIMITACIONES: Renuncio a mis derechos de reclamar cualquier estatuto de limitaciones con respecto a reclamos por servicios prestados o por ser prestados por el médico / centro mencionado anteriormente, además del costo razonable de cobro, incluidos los honorarios de abogados y los costos judiciales incurridos.

PODER LIMITADO DE ABOGADO: Por la presente otorgo al médico / clínica mencionado anteriormente el poder de respaldar mi nombre en cualquier cheque, giros u otro instrumento negociable que represente el pago de cualquier compañía de seguros que represente el pago por el tratamiento y la atención médica prestados por el médico / centro nombrado encima. Estoy de acuerdo en que cualquier pago de seguro que represente una cantidad superior a los cargos por el tratamiento prestado se acreditará en mi / nuestra cuenta o se enviará a mi / nuestra dirección si lo solicita por escrito al médico / centro mencionado anteriormente.

RECHAZO POR ESCRITO: Por la presente autorizo al médico / clínica mencionado anteriormente a establecer un reclamo de PIP o UM / UIM en mi nombre. También le indico a mi compañía de seguros que proporcione, previa solicitud, al proveedor / clínica mencionado anteriormente, cualquier rechazo por escrito que se aplique a mi falta de cobertura PIP o UM / UIM. Alego que las firmas electrónicas no son una prueba adecuada de rechazo y no son válidas para establecer el rechazo, e instruyo a mi transportista que proporcione solo copias de mi firma original con respecto al rechazo como evidencia del rechazo de PIP o UM / UIM.

TERMINACIÓN DE LA ATENCIÓN: Por la presente reconozco y entiendo que si no cumplo con las citas que me recomendó mi médico responsable en esta clínica, él / ella tiene pleno y completo derecho a terminar la responsabilidad de mi atención y a renunciar a cualquier discapacidad que me haya sido otorgada dentro de un período de tiempo razonable. Si durante el curso de mi atención, mis compañías de seguros me exigen que me someta a un examen de cualquier otro médico, se lo notificaré a este médico / centro de inmediato. Entiendo que no hacerlo puede poner en peligro mi caso.

Nombre de Paciente	Firma del Responable	Fecha

109 NW Main St, Ennis, Texas 75119
Ph. (972)875-9377 Fax: (972)875-4325

Ennis Chiropractic & Wellness Center, P.A.

Dr. William C. Davis, D.C., D.A.A.C.A, C.D.T.P

Cancelación de 24 horas y política de tarifas por "No Presentarse"

Cada vez que un paciente falta a una cita sin notificarlo debidamente, se impide que otro paciente reciba atención. Por lo tanto, Ennis Chiropractic Clinic se reserva el derecho de cobrar una tarifa de $ 25.00 por todas las citas perdidas ("NO SHOWS") y citas que, sin una razón imperiosa, no se cancelen con un aviso previo de 24 horas.

Las tarifas de "NO SHOW" se facturarán al paciente. La tarifa no está cubierta por el seguro y debe pagarse antes de su próxima cita. Múltiples "NO SHOWS" en un período de 12 meses pueden resultar en la terminación de nuestra práctica.

Gracias por su comprensión y cooperación mientras nos esforzamos por atender mejor las necesidades de todos nuestros pacientes.

Al firmar a continuación, reconoce que ha recibido este aviso y comprende esta política.

_____ _____

Nombre *(Escrito)* Fecha

_____

Firma

Ennis
Chiropractic Clinic
& Wellness Center

109 NW Main St., Ennis, Texas 75119
Ph. (972)875-9377 Fax: (972)875-4325