



**Jaime DiOrio-Phillips, D.C.**

7380 W Sahara Ave # 100

Las Vegas, NV 89117

(702) 252-7246 | spinecenterlv.com

## **INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Mano Dominante:  D  I

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Los recordatorios de texto están bien?  Sí  No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

## **SEGURO DE AUTO**

Está cubierto por un seguro de salud?  Sí  No (Proporcione una copia de su tarjeta de seguro)

Su compañía de seguro de automóviles: \_\_\_\_\_ Reclamo presentado?  Sí  No

Nombre del asegurado en su póliza de automóvil: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ajustador: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de reclamación \_\_\_\_\_

Cobertura de pago medico:  Sí  No

Cobertura de automovilista sin seguro:  Sí  No

(Proporcione una copia de la página de declaración de su seguro)

Compañía de seguros de automóviles de otra parte : \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de reclamo: \_\_\_\_\_

## **INFORMACION DEL ABOGADO**

Qué bufete de abogados lo representa? \_\_\_\_\_

Nombre de su abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

## **HISTORIAL MÉDICO**

(marque todo lo que corresponda)

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH              | <input type="checkbox"/> COVID                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal        | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica        |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo           | <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática     | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide          |
| <input type="checkbox"/> Alergias              | <input type="checkbox"/> Drogadicción           | <input type="checkbox"/> Lupus                   | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática             |
| <input type="checkbox"/> Anemia                | <input type="checkbox"/> Enfisema               | <input type="checkbox"/> Migrañas                | <input type="checkbox"/> ETS                          |
| <input type="checkbox"/> Anorexia/Bulimia      | <input type="checkbox"/> Epilepsia              | <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo       | <input type="checkbox"/> Accidente<br>cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma             | <input type="checkbox"/> Fibromialgia           | <input type="checkbox"/> Mononucleosis           | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio          |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis           | <input type="checkbox"/> Glaucoma               | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple     | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides        |
| <input type="checkbox"/> Artritis              | <input type="checkbox"/> Bocio                  | <input type="checkbox"/> Paperas                 | <input type="checkbox"/> Amigdalitis                  |
| <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> La Gota                | <input type="checkbox"/> Osteoporosis            | <input type="checkbox"/> Úlceras                      |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Osteopenia              | <input type="checkbox"/> Tos ferina                   |
| <input type="checkbox"/> Bultos en los senos   | <input type="checkbox"/> Hepatitis              | <input type="checkbox"/> Marcapasos              | <input type="checkbox"/> Otro                         |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis            | <input type="checkbox"/> Hernia                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                | <input type="checkbox"/> Hernia de disco        | <input type="checkbox"/> Neumonía                |   |
| <input type="checkbox"/> Cataratas             | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta  | <input type="checkbox"/> Polio                   |   |
| <input type="checkbox"/> Varicela              | <input type="checkbox"/> Colesterol alto        | <input type="checkbox"/> Prótesis                |   |

Nombre de su médico personal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Está embarazada?  Sí  No Fecha debida del embarazo: \_\_\_\_\_

Ejercicio:  Ninguno  Moderado  Diario  Pesado

Actividades de trabajo:  Sentado  De pie  Trabajo ligero  Trabajo pesado

## **LESIONES PREVIAS**

Caídas:  Sí  No Cuando: \_\_\_\_\_

Describir: \_\_\_\_\_

Lesiones en la cabeza:  Sí  No Cuando: \_\_\_\_\_

Describir: \_\_\_\_\_

Huesos Rotos:  Sí  No Cuando: \_\_\_\_\_

Describir: \_\_\_\_\_

Luxaciones/dislocación:  Sí  No Cuando: \_\_\_\_\_

Describir: \_\_\_\_\_

Accidente automovilístico:  Sí  No Cuando: \_\_\_\_\_

Describir: \_\_\_\_\_

Lesiones de trabajo:  Sí  No Cuando: \_\_\_\_\_

Describir: \_\_\_\_\_

Cirugías anteriores de cuello/espalda:  Sí  No Cuando: \_\_\_\_\_

Describir: \_\_\_\_\_

Otras Cirugías:  Sí  No Cuando: \_\_\_\_\_

Describir: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL ACCIDENTE

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

### Descripcion de su vehiculo:

**Marca y Modelo:** \_\_\_\_\_

**Tiempo del accidente:**  Día  Húmedo

**Condiciones de la calle:**  Seco  Damp  Mojado  Nieve/Hielo

**Que estaba haciendo:**  Parado  reduciendo la velocidad  Navegar

Acelerando  Girando ala derecha  Girando ala izquierda

### El otro vehiculo:

**Marca y Modelo:** \_\_\_\_\_

**Velocidad a el tiempo de impacto:**  0-5 mph  5-10 mph  10-15 mph  25 mph+

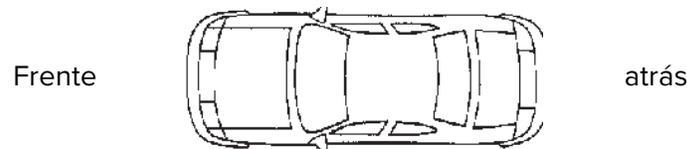
### Ubicación del impacto:

#### Por favor describe que paso:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### En qué parte golpearon su vehículo?:

Por favor marca en este diagrama:



**Su vehículo esta dañado?:**  Si  No

**Otro vehículo?:**  Si  No

#### Por favor describe el daño:

Rozaduras de pintura y rayones  Daños menores  Daños mayores, pero manejable

Daños mayores, pero no manejable  Caro es pérdida total

**En el momento del impacto, estaba usted:**

**Conductor**       **Pasajero**       **Pasajero de atrás** - pasajero / atrás del conductor/ en medio  
**Cinturón de seguridad puesto?:**       Si       No  
**Fueron aplicados los frenos?:**       Si       No  
**Se activó la bolsa de aire?:**       Si       No  
**El asiento se quebró?:**       Si       No  
**Miro o escucho el otro vehículo que se acercaba?:**       Si       No  
**Se preparó para el impacto?:**       Si       No  
**Estaba deteniendo el volante?:**       Si       No       N/A  
**Posición de su cabeza en el momento del impacto:**  
 Recto       Girado ala derecha       Girado ala izquierda  
 Mirando el retrovisor       Mirando el retrovisor lateral  
**Movimiento de la cabeza al impactar:**       Atrás/Frente       Izquierda/Derecha       Inseguro  
**Posición de su cuerpo en el momento del impacto:**  
 Recto       Girado ala derecha       Girado ala izquierda  
 Mirando el retrovisor       Mirando el retrovisor lateral  
**Movimiento de su cuerpo al impactar:**       Atrás/Frente       Izquierda/Derecha       Inseguro

**Que parte de su cuerpo se golpeó sobre el impacto en su vehículo:**

Cabeza       Superior Espalda       Cadera Derecha       Rodilla Izquierda  
 Pecho       Cintura       Pierna Derecha       Pie/Tobillo Izquierdo  
 Hombro Izquierdo       Hombro Derecho       Rodilla Derecha       Otro: \_\_\_\_\_  
 Brazo Izquierdo       Brazo Derecho       Right Foot/Ankle \_\_\_\_\_  
 Codo Izquierdo       Codo Derecho       Cadera Izquierda \_\_\_\_\_  
 Mano/Muñeca Izquierda       Mano/Muñeca Derecha       Pierna Izquierda \_\_\_\_\_  
**Que Pego?:**  
 Salpicadero/Tablero       El parabrisas       Ventana lateral       Puerta       Consola central

**Inmediatamente después del accidente:**

Mareado/Aturdido       Molesto       Débil       Nervioso       Dolor de cabeza  
 Desorientado       Náusea       Vómitos       Quedo inconsciente

**Dolor: Indique si sintió dolor inmediatamente después del accidente- marque las que apliquen**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cabeza           | <input type="checkbox"/> Hombro Izquierdo      | <input type="checkbox"/> Codo Derecho        | <input type="checkbox"/> Cadera Izquierda      |
| <input type="checkbox"/> Cara             | <input type="checkbox"/> Brazo Izquierdo       | <input type="checkbox"/> Mano/Muñeca Derecha | <input type="checkbox"/> Pierna Izquierda      |
| <input type="checkbox"/> Cuello           | <input type="checkbox"/> Codo Izquierdo        | <input type="checkbox"/> Cadera Derecha      | <input type="checkbox"/> Rodilla Izquierda     |
| <input type="checkbox"/> Espalda Superior | <input type="checkbox"/> Mano/Muñeca Izquierda | <input type="checkbox"/> Pierna Derecha      | <input type="checkbox"/> Pie/Tobillo Izquierdo |
| <input type="checkbox"/> Media Espalda    | <input type="checkbox"/> Hombro Derecho        | <input type="checkbox"/> Rodilla Derecha     | <input type="checkbox"/> Pecho                 |
| <input type="checkbox"/> Cintura          | <input type="checkbox"/> Brazo Derecho         | <input type="checkbox"/> Pie/Tobillo Derecho | <input type="checkbox"/> Pelvis                |

**Entumecimiento: Indique si sintió entumecimiento o hormigueo después del accidente**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Brazo Izquierdo | <input type="checkbox"/> Brazo Derecho | <input type="checkbox"/> Pierna Izquierda | <input type="checkbox"/> Pierna Derecha |
| <input type="checkbox"/> Mano Izquierda  | <input type="checkbox"/> Mano Derecha  | <input type="checkbox"/> Pie Izquierdo    | <input type="checkbox"/> Pie Derecho    |

- Llegó la **policia o los paramédicos** al lugar?  No  Si  
 Solo Policia  Paramédicos

**INFORMACION MEDICAL**

(Recibió atención medica antes de venir a nuestra oficina)

- Fue transportado por ambulancia?:  No  Si – Hospital: \_\_\_\_\_
- Busco atención medical por su cuenta?:  No  Si
- En Donde?:  Cuarto de emergencia  Cuidado Urgente  Doctor familiar  Quiropráctico
- Cuando?:  Inmediatamente después del accidente  Mismo día, pero después Día: \_\_\_\_\_
- Estás tomando alguna medicación:  No  Si
- En caso afirmativo, nombre:  
\_\_\_\_\_
- Exámenes?:  Rayos X  Resonancia Magnética  Tomografía Computarizada

## SÍNTOMAS

Pacient \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de accidente \_\_\_\_\_

Por Favor Marque todos los Síntomas que ha sentido recientemente que no sentia antes del accidente.

### Síntomas Ortopédicos y Musculo-esqueléticos

- Sonidos Torpes Con Movimiento del Cuello
- Dolor de Cuello
- Dolor de Espalda
- Dolor de Cintura
- Dolor de Hombro  Izquierdo  Derecho
- Dolor de Brazo  Izquierdo  Derecho
- Dolor de Codo)  Izquierdo  Derecho
- Dolor de Antebrazo  Izquierdo  Derecho
- Dolor de Mufieca  Izquierdo  Derecho
- Dolor de Mano  Izquierdo  Derecho
- Dolor de Cadera  Izquierdo  Derecho
- Dolor del Muslo  Izquierdo  Derecho
- Dolor de Rodilla  Izquierdo  Derecho
- Dolor de Pierna  Izquierdo  Derecho
- Dolor de Tobillo  Izquierdo  Derecho
- Dolor del Pie  Izquierdo  Derecho
- Dolor de la Quijada
- Tronidos en la Quijada
- Dolor al Masticar
- Dolor en la Cara
- Dolor en el Pecho
- Dolor de Estomago
- Moreton en: \_\_\_\_\_
- Raspon/Cortadas en: \_\_\_\_\_
- Otros Sintomas: \_\_\_\_\_

### Síntomas Neurológicos

- Entumecimiento en los Brazos / Manos  Iz  Der
- Entumecimiento en las Piemas / Pies  Iz  Der
- Hormigueo en los Brazos / Manos  Iz  Der
- Hormigueo en las Piemas / Pies  Iz  Der
- Debilidad de los Brazos / Manos  Iz  Der
- Debilidad de las Piemas / Pies  Iz  Der

### Síntomas Asociados con sus Lastimaduras

- Problemas con sus Movimientos
- Dolores de Cabeza
- Espasmos 0 Tensión Muscular
- Mareos
- Problemas con su Vista
- Interrupción con el Sueño, Mal Dormir
- Dolor que se corre a sus extremidades
- Ansiedad
- Depreción
- Estoy tomando Medicamentos no de Prescripción.
- I am taking the following medications \_\_\_\_\_

### Brain/Neuropsych/MTBI/PTSD Symptoms

- Deseos de Estar Solo
- Deseos De Dormir
- Nausea 0 Vomitos
- Dificultad para
- Soñar Despierto
- Agitado
- Cambios en su Actitud
- Visión Borrosa
- Tristesa
- Desorientado
- Ver Doble
- Dificultad al Hablar
- Confundido
- Problemas con la Atención
- Sentimiento de Soledad
- Pupilas de Diferentes Tamaños
- Cambios con el Apetito
- Dificultad al Caminar
- Mareos
- Muy Cansado/a
- Problemas con el Balance
- Casi se Duerme Durante el Dia
- Dificultad en Enfocarse/Se Distrae Facilmente
- Dificultad para Leer
- Cambio de Personalidad
- Dificultad Poniendo Atención
- Dificultad Recordando Números
- Dificultad para Aprender Cosas Nuevas
- Dificultad para Escribir
- Dificultad Recordando Cosas
- Dificultad para Sumar y Restar
- Dificultad en hacer Decisiones
- Dificultad Comprendiendo
- Reducción de Confianza en si Mismo
- Tener que volver a leer algo para comprenderlo
- Irritable
- Ira/Enojo
- Cambios en el Sentido del Olfato
- Cambios en el funcionamiento sexual
- Frustración
- Sentimientos de Desamparo
- Impaciencia
- Apatía (No me importa)
- Dificultades en Planear o de Organizar
- Cambios en el Sentido de Sabor
- Memorias Recurrente del Accidente
- Problemas al Oir
- Dificultad en Cordinación Manual

Patient Signature \_\_\_\_\_

Dr. Signature \_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**A. CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN:** Fecha de la lesión \_\_\_\_\_ Reporta:  Paciente  Padres  Esposa/o  Otro \_\_\_\_\_

**1. Descripción de la lesión** \_\_\_\_\_

- 1a. Hay alguna evidencia de un golpe fuerte en la cabeza (directo o indirecto)?  Si  No  Desconocido  
 1b. Hay alguna evidencia de una lesión intracraneal o fractura del cráneo?  Si  No  Desconocido  
 1c. Lugar del impacto:  Frontal  Temporal izq.  Temporal derecho  Parietal izq.  Parietal derecho  Occipital  Cuello  Fuerza indirecta  
 2. Causa:  Accidente automovilístico  Accidente Peatonal  Caída  Asalto  Deportes (específica) \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 3. Amnesia Antes: Hay algo que no recuerde que ocurrió justo antes del accidente (incluso breve)?  Si  No Duración \_\_\_\_\_  
 4. Amnesia Después: Hay algo que no recuerde que ocurrió justo después del accidente (incluso breve)?  Si  No Duración \_\_\_\_\_  
 5. Pérdida de Conciencia: Perdió la conciencia?  Si  No Duración \_\_\_\_\_  
 6. Síntomas Tempranos:  Parece aturdido  Esta confundido acerca de los eventos  Responde las preguntas lentamente  
 Repite las preguntas  Olvidadizo (información reciente)  
 7. Convulsiones: Se observaron convulsiones?  Si  No Detalles \_\_\_\_\_

**B. LISTA DE SÍNTOMAS\*** Desde la lesión o accidente, ha experimentado cualquiera de estos síntomas más de lo usual hoy o en los días pasados? Indica la presencia de cada síntoma (0=No, 1=Si).

Físico (10)	0	1	Cognitivo (4)	0	1	Sueño (4)	0	1	N/A
Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensación de niebla mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adormilado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentirse lento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durmiendo menos de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durmiendo más de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para recordar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para conciliar el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Cognitivo Total (0-4)</b>	_____		<b>Sueño Total (0-4)</b>	_____		
Problemas Visuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Emocional (4)</b>			<b>Esfuerzo:</b> Empeoran estos síntomas con: Physical Activity <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Cognitive Activity <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A  <b>Calificación General:</b> Qué tan diferente está actuando en comparación de antes del accidente? Normal 0 1 2 3 4 5 6 Muy Diferente			
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sensibilidad al ruido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mas emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Entumecimiento/hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Físico Total (0-10)</b>	_____		<b>Emocional Total (0-4)</b>	_____					
<b>(Suma el total del Físico, Cognitivo, Emocional, Desorden del sueño)</b>			<b>Puntuación total de síntomas (0-22)</b>			_____			

**C. FACTORES DE RIESGO para una recuperación prolongada** (Marque todo lo que corresponda)

Historial de Contusión? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Historial de Dolores de Cabeza? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Historial de Desarrollo	Historial Psiquiátrico
Previo # 1 2 3 4 5 6+	<input type="checkbox"/> Tratamiento previo para dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Dificultades de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Ansiedad
Duración del síntomas más largo Días _____ Semanas _____ Meses _____ Años _____	<input type="checkbox"/> Historial De Migrañas	<input type="checkbox"/> Déficit de atención/ Desorden de hiperactividad	<input type="checkbox"/> Depresión
Múltiples contusiones, menos fuerza causo esta lesión? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Familiar _____	<input type="checkbox"/> Otro trastorno del desarrollo _____	<input type="checkbox"/> Otro desorden psiquiátrico _____

Anote cualquier otro trastorno comórbido o medicación que esté usando (ej. convulsiones, hipotiroideo) \_\_\_\_\_

**D. SENALES DE ALERTA para manejo de emergencia aguda:** Consulte al departamento de emergencia con inicio repentino de cualquiera de los siguientes:

- Dolores de cabeza que empeoran • Dolor de cuello • Se ve muy somnoliento/ No puede despertar • No puede reconocer gente o lugares
- Convulsiones • Vomito constante • Aumenta confusión o irritabilidad • Cambio de comportamiento inusual • Signos neurológicos focales
- Habla arrastrado • Debilidad o entumecimiento de brazos/piernas • Cambio en el estado de concienciaconsciousness

**E. Diagnosis (ICD):**  Concussion w/o LOC 850.0  Concussion w/ LOC 850.1  Concussion (Unspecified) 850.9  
 Other (854) \_\_\_\_\_  No diagnosis

**F. Follow-Up Action Plan:** Complete ACE Care Plan and provide copy to patient/family.

- No Follow-Up Needed  Physician/Clinician Office Monitoring: Date of next follow-up \_\_\_\_\_
- Referral:  Neuropsychological Testing  
 Physician:  Neurosurgery  Neurology  Sports Medicine  Physiatrist  Psychiatrist  Other  
 Emergency Department

**ACE Completado por:** \_\_\_\_\_



**Jaime DiOrio-Phillips, D.C.**

7380 W Sahara Ave # 100

Las Vegas, NV 89117

(702) 252-7246 | spinecenterlv.com

## **PÓLIZA DE LA OFICINA**

JaimeDiOrio-Phillips, D.C. ha hecho una copia de la notificación de prácticas de privacidad a mi disposición. Entiendo que tengo el derecho de revisar las prácticas de privacidad antes de firmar este documento. La notificación de prácticas de privacidad.

Jaime DiOrio-Phillips, D.C. se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen el Aviso de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener una copia revisada de estos formularios llamando a la oficina y solicitando se enviará una copia revisada para mí en el correo o pedir uno en el momento de mi siguiente cita. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, salvo en la medida en que The Spine Center ha tomado acción en confianza en este consentimiento.

**Inicial** \_\_\_\_\_

Yo doy permiso a Jaime DiOrio-Phillips, D.C. a tratarme en una habitación abierta donde otros pacientes también siendo tratados. Estoy consciente de que otras personas en la oficina pueden escuchar algunas de mi información protegida de salud en el curso de atención.

**Inicial** \_\_\_\_\_

Jaime DiOrio-Phillips, D.C. mantendrá sus registros médicos para cinco después de su última fecha de servicio una vez que han pasado cinco años reservado a los registros médicos serán destruidos de manera que se reúnen las relaciones federales.

**Inicial** \_\_\_\_\_

En un esfuerzo por evitar las citas perdidas, usted recibirá un recordatorio automático de su cita el día antes de su cita.

Cualquier cita cancelas o perdido con menos de 24 horas se le cobrará una cita perdida. La cuota cita perdida de \$ 25.00 debe ser pagado antes de / o en el momento de su próxima cita. Esta cantidad no es elegible para la facturación de seguros y es la responsabilidad del paciente.

**Inicial** \_\_\_\_\_

### **\*CONSENTIMIENTO MINOR**

(Menor es cualquier persona menor de 18 años de edad en el momento de la atención)

Yo soy el padre, tutor o representante personal de \_\_\_\_\_ (nombre del niño) y no hay órdenes de la corte ahora vigente que me prohíben firmar este consentimiento. Hago presente solicito y autorizo The Spine Center y el personal para llevar a cabo los servicios necesarios para el niño nombrado arribaincluyendo pero no limitado a los rayos X y los tratamientos que se considere conveniente por el médico , o no estoy presente cuando se hace el tratamiento . Estoy de acuerdo en mantener The Spine Center libre e inofensivo de cualquier reclamo y / o trajes de daños o complicaciones que puedan derivarse de dicho tratamiento.

**Imprimir nombre del niño(a)** \_\_\_\_\_

**Firma de Paciente o Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_



**Jaime DiOrio-Phillips, D.C.**

7380 W Sahara Ave # 100

Las Vegas, NV 89117

(702) 252-7246 | spinecenterlv.com

## **PÓLIZA DE LA OFICINA**

Nuestra oficina se complace en aceptar su seguro de salud tan pronto como su cobertura exacta es verificada por la parte responsable. Vamos a presentar sus formularios de reclamación y le ayudará siempre que podamos. Sin embargo, hay que entender plenamente que el contrato es entre usted y su compañía de seguros y usted es completamente responsable de cualquier cantidad no pagada por su seguro. Si portador tiene una "red" de los proveedores, es su responsabilidad asegurarse de que estamos en la red. Su seguro debe pagar en el plazo de 30 días. Si su seguro no ha pagado en los 60 días que debe pagar el saldo adeudado y ser reembolsados por su compañía de seguros cuando y si vale la pena. Habrá un cargo de interés del 7% anual (año) cargado en todos los saldos pendientes de pago de más de 60 días. Vamos a facturar a su semanal de seguro, siempre y cuando usted está recibiendo la atención quiropráctica con nuestra oficina. Una vez que hemos recibido un cheque de su compañía de seguros se le cobrará por cualquier diferencia en el pago. Pacientes en efectivo se paga en el momento del servicio. Nuestra oficina no garantiza que su seguro pagará. Vamos a hacer todo lo posible, en el comienzo de su atención médica, para recibir la verificación de su póliza y lo que cubre. Sin embargo, si por alguna razón se le niega su reclamo de seguro usted es responsable por el importe total de su factura. Nuestra oficina no entrará en una disputa con su compañía de seguros sobre su reclamo. Esta es su responsabilidad y obligación. Políticas de lesiones auto se facturarán como la cobertura médica de cabecera si usted ha estado en un accidente de auto. Una vez que su política se agota es posible que ya sea ir a través de un abogado o pagar por su tratamiento después de la marcha. Si usted está representado por un abogado, usted debe firmar gravamen de un médico que será remitido a su abogado. Por favor, tenga en cuenta que usted es responsable de su factura, independientemente de las circunstancias. Habrá un cargo de \$ 25.00 en todos los cargos por cheques devueltos. El paciente es responsable de todos los cargos y comisiones que pueden ser aplicados de una agencia de colección debido a saldos pendientes de pago. Paciente acuerda además que pagar tasa de interés del 2% mensual, 24% por año a partir de la primera fecha de la cuenta llega a ser delincente de 60 días.

**Inicial** \_\_\_\_\_

Por la presente solicito y consentimiento para el desempeño de la atención quiropráctica de The Spine Center y su personal. He tenido la oportunidad de discutir con el médico y su personal con el propósito y los beneficios del tratamiento quiropráctico. Aunque los ajustes y tratamientos quiroprácticos son generalmente beneficiosa una rara vez causan ningún problema, entiendo y estoy informado de que hay algunos riesgos para el tratamiento. Los riesgos incluyen pero no se limitan a: fracturas, lesiones de disco, derrames cerebrales, hematomas, luxaciones y esguinces. Entiendo que se me puede recibiendo el siguiente tratamiento: HOT / terapia de frío, el ICE MINERAL (O SUSTANCIA COMO), ultrasonido, EMS, tracción manual / FLEXIÓN, gatillo PUNTO DE TERAPIA, VIBRATORIA / MASAJE PROFUNDO DE TEJIDOS, TENS, ejercicios terapéuticos, estilo de vida AN INSTRUCCIONES DERGONOMIC, ajuste vertebral, las técnicas de movilización articular, la corrección postural, suplementos nutricionales, recomendaciones dietéticas, los rayos X, TRACCIÓN MECÁNICA Y LASER TERAPIA. Reconozco que hay garantía o seguridad se ha hecho por cualquier persona en relación con el tratamiento quiropráctico que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto.

**Inicial** \_\_\_\_\_

Certifico que he leído y entendido toda la información proporcionada por Jaime DiOrio-Phillips, D.C. Certifico que la información proporcionada por mí es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

**Imprimir nombre del paciente** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Firma de Paciente o Guardián** \_\_\_\_\_



**Jaime DiOrio-Phillips, D.C.**

7380 W Sahara Ave # 100

Las Vegas, NV 89117

(702) 252-7246 | spinecenterlv.com

## **DERECHO DE RETENCION MEDICA**

Yo, el paciente firmante (o tutor legal de un menor de edad), otorgo a The Spine Center (en lo sucesivo "centro médico") un derecho de retención sobre la recuperación de cualquier y todos los ingresos de cualquier fuente obtenidos a través de la liquidación, el juicio, para cualquier servicios médico prestados a mí o al menor de edad, para el tratamiento de las lesiones sufridas o la exacerbación de alguna condición médica (en lo sucesivo "tratamiento") que yo o el menor he indicado, creer o de hecho si surgen de un incidente que se produjo el o sobre la fecha se indica a continuación (en adelante "incidente"). Además, autorizo a la institución médica para proporcionar mi abogado con un informe completo de los exámenes, diagnósticos, tratamientos, pronósticos, así como la facturación para el tratamiento de este incidente. Por la presente notificación y en que, autorizo a mi abogado, a pagar directamente al centro médico la cantidad no pagada por los servicios prestados.

Entiendo que aparte de este derecho de retención, soy directa y plenamente responsable a la instalación médica para todas las cuentas médicas presentadas por ella por los servicios prestados. Incluso para las factures incurridos para el menor (Como se indica a continuación) que puede llegar a la mayoría de edad, por lo que puedo ser requerido para realizar un pago único o pagos periódicos, en la elección de la instalación médica. Este derecho de retención está hecho exclusivamente para la protección adicional de dicho centro médico, y en consideración de su pago en espera. Salvo que se disponga lo contrario a continuación, mi intención es que este derecho de retención, continúe hasta que todos los cargos han sido satisfechos. Estoy de acuerdo en que el estatuto de limitaciones de mi obligación de pago se suspende y no empieza a correr mientras que el centro médico está a la espera de pago a través de este derecho de retención. Además, entiendo que el pago de servicios no está supeditada a ningún acuerdo, sentencia o veredicto que el menor de edad o que pueden llegar a recuperarse.

Salvo que a continuación, estoy de acuerdo que nunca rescindir este derecho de retención, y yo no concedo cualquier abogado que pueda representar al menor o a mí el derecho de rescindirlo. Sin embargo, si mi primer abogado no firma puntualmente, reconocer y devolver este derecho de retención a la instalación médica dentro de los 10 (diez) días siguientes a la recepción de este derecho de retención, o si el primer abogado por cualquier motivo (por ejemplo, se retira, renuncia, es liberado por mí, o sustituido por otro abogado) ya no yo o el menor de edad por lesiones derivadas de este siniestro representa, a continuación, la cesión irrevocable de ganancias que he firmado con este centro médico fuera superior a este derecho de retención y produce efectos inmediatos. Por otra parte, si un abogado modifica este derecho de retención de ninguna manera, entonces el Procedimiento de Asignación fuera superior a este derecho de retención y produce efectos inmediatos cuando se produzca la modificación. Estoy de acuerdo en notificar prontamente al centro médico de cualquier cambio de mi dirección o cambio o adición de abogado(s).

Para mi abogado: Por favor, reconocer este derecho de retención médica firmando abajo y devolverlo a la oficina del centro médico.

**Fecha de Incidente:** \_\_\_\_\_ **Imprima Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma del paciente o tutor legal de un menor:** \_\_\_\_\_

Yo, el abogado firmante, el estado que yo soy el abogado de registro para este paciente; Reconozco que estoy en la recepción de este derecho de retención; y yo de acuerdo en observar sus términos mediante la retención de las sumas de cualquier arreglo, juicio o sentencia que se le deben a la instalación médica, para su compensación o beneficio. También estoy de acuerdo con prontitud (1) notificar a la instalación médica si interrumpo representación de este paciente/cliente, y (2) proporcionar cualquier abogado posterior del paciente por este incidente una copia de este derecho de retención, junto con todas las instalaciones médicas de registros y facturas en mi o posesión de mi bufete de abogados. En el evento se litigó este derecho de retención, la parte ganadora se adjudicará honorarios de abogados y costos.

**Nombre de Abogado:** \_\_\_\_\_ **Firma de Abogado:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_

Por favor, de firmar, fecha y devolver una copia a la oficina del centro médico dentro de 10 días siguientes a la recepción. También hay que tener una para sus registros.



**Jaime DiOrio-Phillips, D.C.**

7380 W Sahara Ave # 100

Las Vegas, NV 89117

(702) 252-7246 | spinecenterlv.com

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

(Ultimos cuatro numeros) de SS: \_\_\_\_\_ Numero de Lic.: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Numero de Reclamación: \_\_\_\_\_

## **ASIGNACIÓN DE PROCEDIMIENTO**

Yo, el paciente abajo firmante (o tutor legal de un menor de edad), (también denominado en lo sucesivo como "paciente") de The Spine Center ("centro médico"), para siempre e irrevocablemente asignar cualquier y todas las ganancias que paciente recibe de la Compañía de seguros por dicho encima, que se pagará directamente al abogado del centro médico, CRAIG K. PERRY & ASSOCIATES, para servicios prestados al paciente en relación con la Fecha del incidente indicado a continuación. Yo autorizo y doy dirección a la Compañía de seguros de retener de cualquier acuerdo, fallo o veredicto de la cantidad total de los servicios médicos no remunerados prestados a los pacientes según centro médico. Yo entiendo y acepto que dicho bufete de abogados está autorizado a ponerse en contacto conmigo en nombre de la institución de tratamiento médico para obtener información sobre los hechos y el estado de El caso de paciente (por ejemplo, la finalización de la atención, el estado de liquidación, información de la compañía de seguros, etc.).

Yo autorizo y doy permiso al centro médico para compartir con Compañía de seguros con todos los informes, hallazgos, interpretaciones, las impresiones, los tratamientos, diagnósticos, estudios de diagnóstico o centro médico que puede realizar el paciente en relación con cualquier lesión en la que el paciente se involucró en o alrededor de la fecha del incidente.

Yo entiendo perfectamente que soy directa y plenamente responsable al servicio médico para todos los gastos médicos asociados con los servicios prestados a mí, si hay o no hay ninguna recuperación financiera de la compañía aseguradora o otra fuente. También entiendo y acepto que esta asignación de los peajes de ningún tipo de limitaciones que comienza el momento de tomar medidas para cobrar las cantidades que le debo al centro médico por los servicios rendidos, y que mis obligaciones de pago de estas facturas no están supeditadas a la obtención de una recuperación del producto en el caso del paciente.

Si el paciente no tiene un abogado y más tarde decide retener uno, entonces estoy de acuerdo con lo antes posible (1) notificar al centro médico con información de contacto relativa de el abogado y (2) notificar al abogado referente a la existencia de esta Asignación de Procedimiento. En el caso que se pague al paciente en concepto de acuerdo, fallo veredicto, estoy de acuerdo de no aceptar ningún dinero de cualquiera del abogado o de la compañía de seguros o el abogado del paciente de cualquiera de las ganancias que he asignado y que está previsto para este centro médico. Fondo para el médico será pagado en su totalidad fuera de los primeros ingresos recibidos pagado por la compañía de seguros o el fiscal.

**Fecha de Incidente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Imprimir Nombre del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o tutor legal del paciente menor de edad**

The Spine Center reconoce que el bufete de abogados de CRAIG K. Perry & Associates es el abogado de The Spine Center y otorga a la firma de abogados poder limitado para hacer cumplir este Procedimiento de Asignación, y para recibir, endosar y depositar en su cuenta de fideicomiso los fondos recibidos.

**Representante autorizado de The Spine Center** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



**Jaime DiOrio-Phillips, D.C.**

7380 W Sahara Ave # 100  
Las Vegas, NV 89117  
(702) 252-7246 | spinecenterlv.com

## **AUTHORIZATION TO OBTAIN MEDICAL INFORMATION**

**Patient Name (printed)** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_\_\_

I authorize any physician, dentist, chiropractor, hospital, pharmacist, medical professional, health care provider, insurance company, worker compensation provider, or employer to disclose all information about past and present medical care, history, physical condition, and injuries including itemized statements to The Spine Center.

I agree that this authorization will remain valid up to one year of the signed date, unless revoked by delivery of written notice to The Spine Center.

I hereby designate the above named company and its claims personnel as my designated representative, pursuant to NCGS Sec 90-411 for the purpose of obtaining copies of my medical records, the production of which is authorized herein. It is specifically my intent that this designation provide to the company named above the benefit of the maximum fees established in NCGS Sec 90.41.

I understand that I (or my representative) am entitled to receive a copy of this authorization. A photocopy of this form may be accepted as the original.

I (or the patient named above) have received health care treatment from the following providers:

**Provider Name** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_

**Provider Name** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_

**Insurance Company** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_

**Requesting:**

- Entire File                       Related to MVA on \_\_\_\_\_                       Diagnostic Tests
- Progress Notes                       Auto Insurance Declaration Page

Please send records to:

**The Spine Center**  
**7380 W Sahara Ave #100**  
**Las Vegas, NV 89117**  
**Phone # (702) 252-7246**  
**Fax # (702) 251-9650**

\_\_\_\_\_  
**Signature of Patient or Person Authorized to Act on Patient's Behalf**

\_\_\_\_\_  
**Date**



**Jaime DiOrio-Phillips, D.C.**

7380 W Sahara Ave # 100

Las Vegas, NV 89117

(702) 252-7246 | spinecenterlv.com

## **SEGURO DE SALUD RENUNCIA**

Tengo el honor de dirigir, como mi médico, no facturar o utilizar mi seguro de salud personal para cualquiera de los tratamientos prestados por usted y su oficina por las lesiones sufridas en el incidente para el que ahora estoy en busca de tratamiento.

Yo creo, y lo he dicho como el profesional, que el incidente no fue mi culpa. No deseo ser penalizado de ninguna manera por fechoría de otra persona. Mis derechos de seguro de salud puede verse afectada negativamente, como limitar mi número total de visitas al consultorio de un máximo anual y si los utilizo para las lesiones de este incidente, que perderán este derecho seguro para futuras visitas a la oficina. O bien, no quiero ser responsable de los copagos, deducibles o servicios no cubiertos por estas mismas razones. Yo deseo, y elegir, para preservar mis visitas de seguro de salud y co-pagos o deducibles para cualquier futura similar atención médica donde se puede optar por utilizar mi cobertura de la asistencia sanitaria.

En consecuencia, mientras se le permite facturar a mi seguro de auto si med-pay (pagos médicos) está disponible, se le indica a no facturar a mi seguro de salud médica. Esta directiva es efectiva inmediatamente y me cubre desde la fecha de mi primera visita a la oficina de su relación con este incidente, y continúa hasta el final de mi tratamiento de estas lesiones. Hago esta directiva voluntaria, de mi propia preferencia y sin ninguna coerción o coacción de ningún tipo por usted o miembros de su personal.

Entiendo que al elegir esta opción, estoy de acuerdo que no voy a dejar sin efecto esta Directiva, una vez dada a menos que la rescisión se da por escrito por mí en el plazo de catorce días (14) naturales siguientes a la firma del presente Directiva. De lo contrario, usted, como profesional de la medicina, probablemente sería más allá de la fecha límite para la presentación de mis facturas para el pago a mi compañía de seguro médico, o yo estaría creando otros problemas para el pago de sus servicios bajo mi plan de salud. Voy a ser el único responsable de notificar a cualquier abogado que ahora o más tarde retengo de esta directiva. En caso de cualquier litigio que surja en virtud de esta Directiva, la parte ganadora tendrá derecho a recuperar los honorarios y costos de su abogado razonable. Lugar para cualquier litigio que surja de este incidente será donde se prestan los servicios médicos.

**Imprimir nombre del paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_