

Información de admisión del paciente

Nombre de pila: _____

Apellido: _____

Nombre Preferido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____

Género: Masculino Femenino

Ocupación: _____ Localización: _____

Nombre de la esposa: _____

Nombre de los niños: _____

Contacto de emergencia: _____

Número de teléfono: _____

Estás trabajando con una abogada? Si es así, ¿quién? _____

En qué fecha ocurrió el accidente? ____ - ____ - ____

Cómo se enteró de la quiropráctica Kosterman?

Internet **Médica** **la palabra de boca** (Quién? _____)

Otra _____



Formulario de queja principal del paciente

Nombre: _____ Fecha: _____

Qué es lo que más te molesta hoy?

Cómo empezaron sus síntomas??

Nivel de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Es tu condición: Mejorando o Empeorando

Es tu condición: Encendido o apagado o Constante

Tipo de dolor: Aguda Puñalada Ardiente Dolorida Aburrida Rígido y dolorido

Dolor que irradia: Izquierda/Derecha Base del cráneo Hombro Brazo

Brazo Cadera Pierna Rodilla Pie Costillas Otra: _____

Qué lo hace mejor? Hielo Calor Descanso Movimiento Extensión

Qué lo empeora? Sentada En pie Caminando Acostado Dormir

Uso excesivo Otro: _____

Ha visto a alguien más por esta condición? _____

Estuvo involucrado en un accidente? Automóvil Caer Trabajo

Lista de medicamentos que está tomando:

Lista de cirugías pasadas:

Tiene alguna otra queja? _____

Firma del paciente: _____

Functional Rating Index

We must understand how much your symptoms have affected your ability to manage everyday activities. For each item please circle the number which most closely describes your condition right now.

1. Pain Intensity

0-----1-----2-----3-----4
 No Mild Moderate Severe Worst
 pain pain pain pain possible
 pain pain pain pain pain

2. Sleeping

0-----1-----2-----3-----4
 Perfect Mildly Moderately Greatly Totally
 sleep disturbed disturbed disturbed disturbed
 sleep sleep sleep sleep sleep

3. Personal Care (washing, dressing, etc.)

0-----1-----2-----3-----4
 No Mild Moderate Moderate Severe
 pain; pain; pain; pain; pain; need
 no no to go slowly some 100%
 restrictions restrictions assistance assistance assistance

4. Travel (driving, etc.)

0-----1-----2-----3-----4
 No Mild Moderate Moderate Severe
 pain on pain on pain on pain on pain on
 long trips long trips long trips short trips short trips

5. Work

0-----1-----2-----3-----4
 Can do Can do Can do Can do Cannot
 usual work usual work 50% of 25% of work
 plus unlimited no extra usual usual
 extra work work work work

6. Recreation

0-----1-----2-----3-----4
 Can do Can do Can do Can do Cannot
 all most some a few do any
 activities activities activities activities activities

7. Frequency of pain

0-----1-----2-----3-----4
 No Occasional Intermittent Frequent Constant
 pain pain: 25% pain: 50% pain: 75% pain: 100%
 of the of the of the of the of the
 day day day day day

8. Lifting

0-----1-----2-----3-----4
 No Increased Increased Increased Increased
 pain with pain with pain with pain with pain with
 heavy heavy moderate light any
 weight weight weight weight weight

9. Walking

0-----1-----2-----3-----4
 No pain: Increased Increased Increased Increased
 any pain after pain after pain after pain after pain with
 distance 1 mile 1/2 mile 1/4 mile all walking

10. Standing

0-----1-----2-----3-----4
 No pain Increased Increased Increased Increased
 after pain pain pain pain
 several after several after after after
 hours hours 1 hour 1/2 hour standing

Internal Use Only: 1. Initial [] / 40 = [] 2. Follow up [] / 40 = [] Clinical improvement: (Total initial - Total follow-up) / Total initial = []

Primary Care Facility: _____

Contact Number: _____

Physician: _____

Alentamos y apoyamos un proceso de toma de decisiones compartido entre nosotros con respecto a sus necesidades de salud. Como parte de ese proceso, tiene derecho a ser informado sobre el estado de su salud y la atención y el tratamiento recomendados que se le brindarán para que pueda tomar la decisión de someterse o no a dicha atención con pleno conocimiento de los riesgos. Esta información está destinada a informarle mejor para que pueda dar o negar su consentimiento con conocimiento de causa.

La quiropráctica se basa en la ciencia, que se ocupa de la relación entre las estructuras (principalmente la columna vertebral) y la función (principalmente del sistema nervioso) y cómo esta relación puede afectar la restauración y preservación de la salud.

Los quiroprácticos realizan ajustes para corregir o reducir las subluxaciones de las articulaciones de la columna y las extremidades. La subluxación vertebral es una alteración del sistema nervioso y es una afección en la que una o más vértebras de la columna están desalineadas y / o no se mueven correctamente, lo que provoca interferencia y / o irritación del sistema nervioso. El objetivo principal en la atención quiropráctica es la eliminación y / o reducción de la interferencia nerviosa causada por la subluxación vertebral.

Se realizará un examen quiropráctico que puede incluir examen físico y espinal, pruebas ortopédicas y neurológicas, palpación, instrumentación especializada, examen radiológico (rayos X) y pruebas de laboratorio.

El ajuste quiropráctico es la aplicación de un movimiento y / o fuerza precisos en la columna para reducir o corregir la (s) subluxación (es) vertebral. Hay varios métodos o técnicas diferentes mediante los cuales se realiza el ajuste quiropráctico, pero generalmente se realizan a mano. Algunos pueden requerir el uso de un instrumento u otro equipo especializado.

Además, los procedimientos de fisioterapia o rehabilitación pueden incluirse en el protocolo de tratamiento. Entre otras cosas, la atención quiropráctica puede reducir el dolor, aumentar la movilidad y mejorar la calidad de vida. Además de los beneficios de la atención y el tratamiento quiroprácticos, también se debe conocer la existencia de algunos riesgos y limitaciones de esta atención. Los riesgos rara vez son lo suficientemente altos como para contraindicar la atención y todos los procedimientos de atención médica tienen algún riesgo asociado.

Los riesgos asociados con algunos tratamientos quiroprácticos pueden incluir dolor, esguince / distensión musculoesquelética y fractura. Los riesgos asociados con la fisioterapia pueden incluir los anteriores, así como una reacción alérgica y dolor muscular y / o articular. Además, se han notificado casos de accidente cerebrovascular asociados con visitas a médicos y quiroprácticos. La investigación y la evidencia científica no establecen una relación de causa y efecto entre el tratamiento quiropráctico y la aparición de un accidente cerebrovascular; más bien, estudios recientes indican que los pacientes pueden consultar a médicos y quiroprácticos cuando se encuentran en las primeras etapas de un accidente cerebrovascular. En esencia, ya hay un

derrame cerebral en proceso. Sin embargo, se le informa de esta asociación informada porque un accidente cerebrovascular puede causar un deterioro neurológico grave.



Se me ha informado sobre la naturaleza y el propósito de la atención quiropráctica, las posibles consecuencias de la atención y los riesgos de la atención, incluido el riesgo de que la atención no logre el objetivo deseado. Se han explicado tratamientos alternativos razonables, incluidos los riesgos, las consecuencias y la probable eficacia de cada uno. Me han informado de las posibles consecuencias si no recibo atención. Reconozco que no se me ha brindado ninguna garantía con respecto a los resultados de la atención y el tratamiento.

HE LEÍDO EL PÁRRAFO ANTERIOR. ENTIENDO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA. TODAS LAS PREGUNTAS QUE TENGO SOBRE ESTA INFORMACIÓN HAN SIDO RESPONDIDAS PARA MI SATISFACCIÓN. TENIENDO ESTE CONOCIMIENTO, AUTORIZO CON CONOCIMIENTO:

KOSTERMAN CHIROPRACTIC

PROCEDER CON EL CUIDADO Y TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO.

Nombre del paciente: _____ Firma del paciente:

Fecha: _____

Consentimiento de los padres para el paciente menor:

Nombre del paciente: _____

Edad del paciente: _____ DOB: _____

Nombre impreso: _____

Firma de la tutora: _____

Relación con la paciente: _____

Además, al firmar a continuación, doy permiso para que el médico maneje al paciente menor mencionado anteriormente, incluso cuando yo no esté presente para observar dicha atención.

Paciente: _____

Firma: _____



Políticas de la oficina para pacientes con lesiones personales

Esta oficina lo aceptará como un nuevo paciente según nuestro examen clínico y la creencia de que la atención quiropráctica será eficaz para el tratamiento de sus lesiones. Su responsabilidad en esta oficina será seguir las recomendaciones de los médicos y proporcionar la información financiera adecuada para que se pueda recibir el pago por los servicios. No divulgaremos ninguna información, como facturas o notas, hasta que el paciente haya completado y haya sido liberado de la atención.

Los pacientes deben traer lo siguiente:

1. Copia del informe policial y / o copia del comprobante de cambio.
2. Nombre de la persona física y compañía de seguros de la parte responsable. Incluya el número de póliza y / o el número de reclamación.
3. Copia de la póliza de automóvil personal.
Esto es para verificar los pagos médicos cubiertos por su seguro de automóvil.
4. Nombre y número de teléfono del abogado si se ha retenido.

Una vez finalizado su tratamiento en esta oficina, su factura se enviará a la parte responsable.

Firma: _____

Fecha: _____



Elección de no presentar reclamos de seguro medico (Lesión personal / Accidente)

Los quiroprácticos de esta clínica son proveedores participantes ("dentro de la red") de su plan de beneficios de salud. Como proveedores participantes, estamos obligados a presentar reclamaciones de reembolso a su plan por todos los servicios cubiertos que se le brindan, A MENOS que nos indique por escrito que no lo hagamos.

Ha indicado que en lugar de utilizar su propio seguro médico, desea considerar solicitar el pago de otros terceros pagadores, como el seguro de responsabilidad civil del conductor culpable. Para ayudarlo a tomar una decisión informada, revise cuidadosamente la siguiente información.

Si elige NO presentar reclamaciones sobre su seguro médico:

1. La clínica se basará en su decisión y le otorgará un crédito por el costo de la atención en base a la suposición de que su factura será pagada por fuentes distintas a su seguro médico. Se le pedirá que asigne a la clínica el derecho a recibir el dinero pagado por las aseguradoras de responsabilidad, las aseguradoras de pagos médicos u otros terceros pagadores en la medida necesaria para satisfacer su factura.
2. No se le pedirá que pague copagos / coseguros y / o deducibles que normalmente requeriría su plan de beneficios de salud.
3. El costo de su tratamiento se facturará según las tarifas habituales de la clínica en lugar de las tarifas con descuento que se aplican habitualmente a los servicios cubiertos por su plan de beneficios de salud.
4. Si los pagos combinados recibidos de otras fuentes no satisfacen completamente su factura, es posible que usted sea personalmente responsable de cualquier saldo impago.
5. Ninguno de los cargos por su tratamiento se aplicará para satisfacer los deducibles anuales asociados con su plan de beneficios de salud.

Si elige presentar reclamaciones sobre su seguro médico:

1. Su seguro médico debe pagar el costo de los servicios cubiertos asociados con este accidente / lesión EXCEPTO los copagos, coseguros y / o deducibles, que se espera que pague directamente a la clínica en el momento en que se presten los servicios.
2. Usted será responsable de pagarle a la clínica el costo de cualquier servicio no cubierto que elija recibir, y su pago vencerá en el momento en que se presten los servicios.
3. Si su plan de beneficios de salud paga inicialmente a la clínica por su tratamiento y luego determina que no es legalmente responsable del pago, el administrador del plan puede requerir que la clínica reembolse al plan la totalidad o parte de los pagos recibidos. Si eso sucede, usted será responsable de reembolsar a la clínica el monto que debía reembolsar.
4. Su plan de beneficios de salud requiere que la clínica presente los reclamos de manera oportuna y, aunque los requisitos de presentación a tiempo varían, la mayoría de los planes requieren que



los reclamos se presenten dentro de los 3 a 6 meses posteriores a la fecha del servicio. Si su acción o inacción hace que un reclamo se presente tarde, el reclamo podría ser denegado y usted será responsable de pagar a esta clínica por los servicios que fueron denegados.

Elección de no presentar reclamos de seguro médico:

1. Con mi firma a continuación, doy fe de que he leído y comprendido la información anterior con respecto a las opciones disponibles para mí y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y de que se responda a esas preguntas.
2. Por la presente, le indico a la clínica que no presente reclamaciones a mi seguro médico por servicios asociados con este accidente / lesión, y autorizo a la clínica a solicitar el pago y enviar mis registros de tratamiento a otros terceros pagadores que sean fuentes potenciales de pago.
3. Entiendo que la clínica se basa en mi decisión de no presentar reclamaciones de seguro médico, y que con respecto a las reclamaciones relacionadas con este accidente / lesión, esta decisión es irrevocable.
4. Entiendo que ninguna acción posterior de mi parte afectará el derecho de la clínica a facturar y recibir pagos de terceros pagadores; sujeto únicamente a cualquier obligación contractual que la clínica pueda tener con mi plan de beneficios de salud.

Nombre impreso de la paciente

Representante de la clínica impresa

Firma de la paciente

Firma de la representante de la clínica

(o padre / tutor legal, según corresponda)

Fecha

Fecha



INFORMACIÓN MEDPAY

Muchas personas tienen beneficios incluidos en sus pólizas de automóviles y ni siquiera se dan cuenta. Nuestra oficina recomienda encarecidamente que utilice su cobertura de Medpay, si la tiene, en caso de que haya resultado lesionado en un accidente automovilístico, independientemente de quién tenga la culpa.

Aquí hay 3 razones por las que recomendamos que presentemos su Medpay:

1. Medpay es similar al seguro médico: su uso no aumenta las tarifas. Si sus tarifas aumentan, no es porque haya presentado su Medpay, es muy probable que se deba a que: A) Se determinó que usted tuvo la culpa, B) Recibió la citación o multa policial, o C) Ha estado involucrado en numerosos informes accidentes en un breve período de tiempo y no se consideran de “alto riesgo”.
2. Presentar su Medpay no exime a la otra parte de tener que pagar la totalidad de su pérdida. Por el contrario, al presentar su Medpay, cuando cobra del Seguro de Responsabilidad Civil del otro conductor, una mayor cantidad de la liquidación irá directamente a usted porque su factura en nuestra oficina puede pagarse en su totalidad. Si el seguro de responsabilidad civil del otro conductor se niega a realizar el pago a usted por cualquier motivo, presentar su Medpay le ayudará a asegurarse de que no se quedará con todas las facturas médicas.
3. Si tiene cobertura de Medpay y decide no presentarla, entonces está pagando por una opción pero no recibiendo ningún beneficio de ella.

Firma de la paciente: _____

Fecha: _____



Asignación de beneficios / gravamen

A cualquier compañía de seguros con cobertura aplicable a mi (s) reclamo (s) y a cualquier abogado que me represente:

EN CONSIDERACIÓN de la voluntad de Kosterman Chiropractic de tratarme a crédito sin demanda de pago en el momento en que se prestan los servicios, por la presente acepto y estipulo lo siguiente:

Por la presente autorizo y ordeno a todas y cada una de las compañías de seguros, abogados, agencias, departamentos gubernamentales, empresas, individuos y / u otras entidades legales ("pagadores"), que pueden elegir o estar obligadas a pagarme, proporcionarme o distribuirme beneficios. por cualquier condición médica, accidente, enfermedad, pasado, presente, futuro ("condiciones") para pagar directa y exclusivamente a la quiropráctica Kosterman, de cualquier beneficio por discapacidad, juicio, liquidación u otra percepción de cualquier tipo que de otro modo me sería paga. Tales sumas están hechas o tal vez vendidas a Kosterman Chiropractic como mi abogado, de hecho, para colocar mi nombre como endoso en el reverso de cualquier cheque por giro en el que soy nombrado beneficiario y para depositar dicho cheque o giro y aplicar los ingresos a cualquier saldo impago que pueda tener con Kosterman Chiropractic.

Reconozco que sigo siendo personalmente responsable por el monto total adeudado a Kosterman Chiropractic por los servicios prestados, incluido cualquier saldo restante después de la aplicación de los pagos del seguro y los procedimientos de acuerdos o juicios. Si se requiere que Kosterman Chiropractic emprenda una acción legal para recuperar cualquier saldo impago de mi cuenta, le reembolsaré a Kosterman Chiropractic el costo de la recuperación, incluidos los honorarios razonables de abogados.

En el caso de que contrate a uno o más abogados para que me representen en este asunto, ordenaré a cada abogado que emita una carta de protección sin restricciones a esta oficina con respecto a mis cargos. Tras la emisión, por la presente acepto que dicha (s) carta (s) de protección no se puede revocar ni modificar sin el consentimiento expreso por escrito de la oficina.

Autorizo a Kosterman Chiropractic a divulgar a cualquier emisor con cobertura aplicable oa mi abogado cualquier información relacionada con mi lesión, enfermedad o tratamiento que sea necesaria para facilitar la recopilación en virtud de esta cesión y renuncia.

Imprimir nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Testigo: _____

Aviso de gravamen



De conformidad con N.C.G.S. 44-49 y 44-50, Kosterman Chiropractic declara activos y notifica un gravamen sobre cualquier suma recuperada en daños por lesiones personales en cualquier acción civil y también sobre todos los fondos pagados al paciente mencionado anteriormente en compensación o arreglo de lesiones sostenido, ya sea en litigio o de otro modo.

Este gravamen se aplicará a todos los pagadores y en la medida permitida por la ley. A los efectos de este documento (en este documento, "Cesión y gravamen"), los "beneficios" incluirán, entre otros, los ingresos de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto, así como los ingresos relacionados con el seguro médico comercial o de grupo, anticipo de abogado acuerdos, beneficios de pago médico, protección contra lesiones personales, cobertura sin culpa, cobertura de automovilistas asegurados y no asegurados, distribución de responsabilidad de terceros, beneficios de compensación para trabajadores y cualquier otro beneficio o producto pagadero a mí con el propósito de la audiencia establecida.

Kosterman Chiropractic solicita por la presente que si sus reclamaciones no se pagan en su totalidad con los ingresos anteriores, una divulgación completa y una contabilidad de los ingresos en continuidad con N.C.G.S 44-50.1. El Dr. Stephen F. Kosterman acepta registrarse por cualquier acuerdo de confidencialidad con respecto al contenido de la contabilidad.

Dr. Stephen F. Kosterman _____

