

West OC Chiropractic

3611 S. Harbor Blvd. Suite 180 Santa Ana, CA 92704

tel: (949) 409-4002 | fax: (833) 391-1703

www.westocchiropractic.com

1

CONDICION DE PACIENTE

Nombre de paciente: Dr./Mr./Mrs./Ms. _____

Apellido

Nombre

Iniciales

Día: _____ # Telefono:() _____ # Cell:() _____

E-mail: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sex: M F DL #: _____

Por favor marque uno: Soltero(a)/Casado/Otro: _____

En caso de contacto de emergencia: _____ Relación: _____ # Telefono: _____

Empleador del Paciente: _____

Dirección del trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Telefono: () _____ Ext: _____ Ocupación: _____

Quién podemos agradecer por referirnos? Evento que asistió?: _____

Método Recordatorio de la cita preferida: Texto Email Tarjeta

2

PAGO / SEGURO

¿Quién es responsable del pago: Yo Otro (Relación de paciente) _____

Form of payment: Cash Credito Debito Aseguransa Lesiones Personales Otro _____

Aseguransa (Si es aplicable)

Nombre de Aseguransa: _____

Nombre del suscriptor: _____ Numero de ID: _____ Numero de Grupo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Telefono:() _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Empleador del Asegurado (si es diferente del paciente): _____ # Telefono:() _____

Dirección del trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Note: Rellene esta sección sólo si el asegurado es diferente al paciente.

Nombre del suscriptor: _____ Relación del suscriptor: _____

Address: Same as above (If different fill out below)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Ciudad: _____ Zip: _____

Telefono:() _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____



Empleador del Asegurado (si es diferente del paciente): _____ # Telefono:(_____)

Dirección del trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

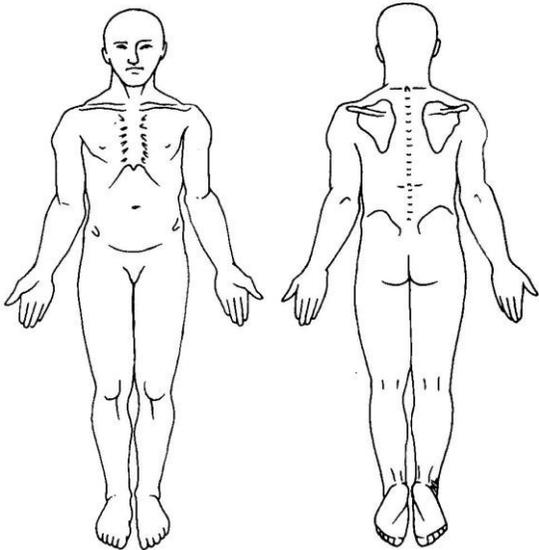
3

QUEJA PRINCIPAL

- 1. Sus síntomas actuales o condiciones relacionadas son el resultado de un accidente de auto, del, o lesiones personales que alguien más podría ser legalmente responsable de? Si No
- 2. Queja Principal: _____
- 3. ¿Cuándo comenzó primero su condición? Año: _____ Mes: _____ Día / Fecha: _____
- 4. Es esta condición empeorando progresivamente? Si No Desconocido
- 5. ¿Ha tenido algo como esto antes? No / Sí: cuando?: _____
- 6. ¿Con qué frecuencia vuelve a aparecer el problema?: _____
- 7. ¿El dolor es constante o se va y viene? _____
- 8. ¿Interfiere con su: Trabajo Dormir Rutina diaria Recreación N/A Otro: _____
- 9. ¿Qué lo hace sentir mejor? _____
- 10. Que lo hace sentir peor? _____
- 11. Tipo de dolor: Agudo Aburrido Palpitante Entumecimiento DolorIDO Disparo
 Ardiente Estremecimiento Tiron Rígido Hinchado Otro _____

POR FAVOR MARQUIEN EL ÁREA(S) EN EL ESQUEMA CON EL SÍMBOLO APROPIADO (S) DE LA SENSACIÓN (S) SE SIENTE:

DOLORIDO: == AGUDO/ PUÑALADA: // AGUJAS: 00 ENTUMECIMIENTO: ++ ARDIENTE: xx



POR FAVOR CIRCULE SU NIVEL DE DOLOR:
(1= dolor mínimo; 10= peor dolor imaginable)

<u>DOLOR</u>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

HISTORIAL DE SALUD

¿Has ido alguna vez con un quiropráctico? Si / No, ¿para qué? _____

¿Es usted, o podría estar embarazada? Si/No ¿Tiene un marcapasos? Si/No

¿Qué tratamiento han recibido por su condición?

Medicamentos

Cirugía

Terapia física

Quiropráctica

Ninguna

Otro: _____

Nombre y dirección de otro médico(s) que te han tratado para tu condición? _____

¿Cuándo fue su último examen físico? _____ Resultados: _____

Fecha de la última:

Examen físico: _____ Examen espinal: _____ Radiografía espinal: _____ Radiografía de pecho: _____

MRI, CT-Scan, Bone Scan: _____ Prueba de sangre: _____ Examen de orina: _____

Marque "Si" o "No" para indicar si usted ha experimentado cada uno de los siguientes y complete la información a continuación:

AIDS/HIV	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hernia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Nervio Comprimido	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Alergias	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Chicken Pox	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Disco herniado	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Neumonía	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Trastrono de sangre	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hipertensión	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Problema de próstata	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Ansiedad /Depr.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Higado	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Atención Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Apendicitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Problema de comer	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Migrañas	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Rheu. Artritis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Emphysema	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Stroke	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Trastorno Auto.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Epilepsia/Seizure	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	MS	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Thyroid Diseases	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Cancer	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Otro: _____	

Anote todos los **medicamentos actuales, suplementos de vitaminas / minerales, hierbas**, incluyendo la dosis: _____

Detalle las **alergias** conocidas: _____

Si usted **fuma o ha fumado** alguna vez, describir cuánto y por cuánto tiempo: _____

Describa su uso de alcohol típico (#of bebidas por día / por semana): _____

Por favor, enumerar y describa todas las **lesiones previas significativas** con fechas (**esguinces, fracturas, accidentes**, etc.): _____

Enumere y describa todas las **cirugías previas significativas** con fechas: _____

Enumere sus habituales de **ejercicio y el deporte, la actividad laboral, valores (familia, espiritual, financiero, mental, social:** _____

HISTORIA FAMILIAL

Por favor escriba cualquier **problema de salud significativo** de padres, abuelos o hermanos (**cáncer, diabetes, enfermedades del corazón, presión arterial alta, enfermedad renal, migraña, apoplejía, tiroides, etc.**): _____

Ahora viene un hombre. Cualquier hombre es una cosa pequeña. Este hombre da un ajuste. El ajuste es una cosa pequeña. El ajuste sustituye a la subluxación. Eso es una cosa pequeña. Los comunicados de la subluxación ajustados liberan la presión sobre los nervios. Eso es una cosa pequeña. La presión liberada restaura la salud a un hombre. Eso es una gran cosa para que el hombre

-D.D. Palmer



3611 S. Harbor Blvd. Suite 180, CA 92704

tel: (949) 409-4002 | fax: (833) 391-0192

www.westocchiropractic.com



3611 S. Harbor Blvd. Suite #180
Santa Ana, CA 92704

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE QUIROPRACTICA

Felicidades por elegir el programa de atención médica más segura y más natural jamás concebido: quiropráctica. Este enfoque indoloro, lógica y eficaz a la salud ha estado sirviendo a la gente común por más de 100 años. Es licenciado en todos los estados, y en muchos países. Quiropráctica tiene la menor posibilidad de efectos secundarios que cualquier otro tipo de atención médica. Dolores de cabeza leves y músculos dolor a veces puede ocurrir.

Estan son algunas estadísticas acerca de los posibles efectos secundarios de gravedad:

La causa # 1 de muerte en los EE.UU. es prescritos fármacos. (CDC, FDA, sitios NIH, también Gary Null: Muerte por la Medicina) El accidente cerebrovascular es una de las causas más comunes de muerte en los EE.UU. La gente va a los médicos todo el tiempo y es probable que muchos habrán tenido una reciente visita al médico. No hay absolutamente ningun riesgo importante de la atención quiropráctica que es mayor que los riesgos de un tratamiento médico. De hecho, cuando se toman juntos todos los factores, las muertes y lesiones causadas por una combinación de errores médicos y medicamentos intencionales, la quiropráctica es menor riesgo. Riesgo de accidente cerebrovascular de la quiropráctica? Prácticamente cero posibilidades de accidente cerebrovascula. El estudio más grande jamás hecho- 2008 estudio en Canadá- www.bellevuechiro.com/index.php?p=213660- ~V~aux~singular~3rd mirando a los 12 millones de personas de más de 9 años, mostró que el 53% de los accidentes cerebrovasculares había visitado su MD dentro de los 30 días antes, mientras que sólo el 4% había visitado su DC. No hay evidencia de exceso de riesgo de ictus asociado con la atención quiropráctica.

En 2001, el Canadian Medical Association Journal encontró que sólo hay un riesgo de uno en 5,85 millones en la manipulación cervical de un MD, PT, o CC sería seguido por un accidente cerebrovascular. Autor David Cassidy, profesor de epidemiología de la Universidad de Toronto dijo que los pacientes ya habían dañado la arteria antes de buscar ayuda, ya sea un médico o un quiropráctico, y luego la carrera se produjo después de la visita.

Hablando de los riesgos asociados con la quiropráctica, debemos mirar también en el riesgo asociado con la falta de ajuste. Esta riesgo fue uno de los 4 componentes del riesgo en la Asociación de Colegios de quiropráctica sobre el consentimiento informado en 2008. La degeneración discal, pérdida de movilidad, pérdida de tono general, y la disminución de la calidad de vida son los riesgos reales de la columna vertebral sin tartar con el tiempo.

Se requieren doctores en quiropráctica que utilizan técnicas de terapia manual para aconsejar a los pacientes que no son o pueden ser algunos riesgos asociados con dicho tratamiento. En particular, se señala:

- Aunque es poco común, algunos pacientes pueden experimentar empeoramiento a corto plazo de los síntomas, fracturas de costillas o los músculos y ligamentos cepas o esguinces como resultado de las técnicas de terapia manual:
- Se ha informado de casos de síntomas asociados con muchos movimientos del cuello común, incluidos los ajustes de la columna cervical superior. Evidencia médica y científica actual no establece una relación causa-efecto clara entre la parte superior de ajuste de columna cervical y la ocurrencia de un accidente cerebrovascular. Además, la asociación aparente se observa con muy poca frecuencia. Sin embargo, usted está siendo advertido de esta posible asociación porque derrame cerebral a veces causa deterioro neurológico grave, y puede en raras ocasiones causar lesiones incluyendo parálisis. Es posible que estos tipos de lesiones resultanten por parte de un ajuste vertebral cervical superior es extremadamente remota.
- Hay casos raros reportados de lesiones de disco siguientes ajustes de la columna cervical y lumbar o tratamiento quiropráctico. El tratamiento quiropráctico, incluyendo el ajuste vertebral, ha sido objeto de informes del gobierno y estudios multidisciplinarios realizados durante muchos años y han demostrado ser un tratamiento efectivo para muchos el cuello y las condiciones de la espalda que implican dolor, entumecimiento, correo no deseado muscular, pérdida de movilidad, dolor de cabeza y otros síntomas similares. El cuidado quiropráctico contribuye a su bienestar general también. El riesgo de lesiones o complicaciones de os tratamiento quiropráctico sustancialmente menor que el asociado con muchos tratamientos médicos o de otro tipo, medicamentos y procedimientos indicados para los mismos tratamientos.

Reconozco la naturaleza y finalidad del tratamiento quiropráctico en general y mi tratamiento en particular (incluyendo ajuste vertebral), así como el contenido de este consentimiento. Doy mi consentimiento para los tratamientos quiroprácticos ofrecidos o recomendados por mi quiropráctico, incluyendo el ajuste vertebral. Tengo la intención de este consentimiento para aplicar a toda mi atención quiropráctica presente y futuro.

Tenga en cuenta que si es menor de 18 años, un padre ó tutor legal debe firmar este formulario de consentimiento que autoriza West OC Chiropractic brindar tratamiento al paciente menor de edad.

Nombre de Paciente

Firma

Fecha

Nombre de tutor legal

Firma

Fecha



**3611 S. Harbor Blvd. Suite #180
Santa Ana, CA 92704**

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE WEST OC CHIROPRACTIC

Nos preocupamos por la privacidad de nuestros pacientes y nos esforzamos para proteger la confidencialidad de su información médica en esta práctica. La nueva legislación federal requiere que emitimos el presente comunicado de nuestras prácticas de privacidad. Usted tiene el derecho a la confidencialidad de su información médica, y esta práctica es requerida por TAW a mantener la privacidad de esa información.

Se requiere esta práctica para cumplir con los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente en vigor, y para proporcionar una notificación de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si usted tiene alguna pregunta sobre este Aviso, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad en esta práctica.

¿Quién va a seguir este aviso?

Cualquier profesional de la salud autorizado a ingresar información en su expediente médico, todos los empleados, el personal y otros miembros del personal en esta práctica que puede necesitar el acceso a su información debe cumplir con este Aviso. Todas las filiales, socios de negocios (por ejemplo, un servicio de facturación), sitios y ubicaciones de esta práctica pueden compartir información médica entre sí para tratamiento, con fines de pago o el funcionamiento de atención de salud como se indica en este aviso. Excepto cuando se trate de tratamiento, sólo la información necesaria mínima necesaria para llevar a cabo la tarea será compartida.

Cómo podemos usar y divulgar información médica sobre usted.

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar información médica sin su consentimiento o autorización específica. Se proporcionan ejemplos para cada categoría de usos o revelaciones. No se enumeran todos los posibles usos o revelaciones.

Para tratamiento: Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Ejemplo: En lo esté tratando por una condición específica, es posible que necesitemos saber si usted tiene alergias o lesiones previas o cirugías que podrían influir en nuestro proceso de tratamiento.

Para pago: Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba de nosotros puedan ser facturados y el pago recogidos de usted, una compañía de seguros o un tercero. Ejemplo: es posible que tengamos que enviar su información de salud protegida, tal como su nombre, dirección, fecha de visita al consultorio, y los códigos de identificación de su diagnóstico y tratamiento a su compañía de seguros para el pago

Para Operaciones de Cuidado de Salud: Podemos utilizar y divulgar su información médica para las operaciones de atención de salud para asegurar que usted reciba una atención de calidad. Ejemplo: Podemos utilizar la información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted.

Otros usos o divulgaciones que se pueden hacer sin su consentimiento o autorización

- A medida que se requiere durante una investigación realizada por las fuerzas del orden
- Para evitar una amenaza seria para la salud o la seguridad pública
- A medida que lo requieran las autoridades militares a sus registros medicos



**3611 S. Harbor Blvd. Suite #180
Santa Ana, CA 92704**

- Para programas de compensación o similares de los trabajadores para la tramitación de las reclamaciones
- En respuesta a un procedimiento legal
- Para un médico forense para la identificación de un cuerpo
- Si un preso. a la institución o la aplicación de ley oficial correccional
- Como es requerido por la Food and Drug Administration {FDA}
- Las actividades de tratamiento de otros proveedores de salud
- Otras entidades cubiertas como de los proveedores actividades de pago
- Actividades de operaciones de asistencia sanitaria otras entidades cubiertas "(en la medida permitida por HIPAA))
- Usos y divulgaciones requerido por la ley
- Usos y revelaciones de la violencia doméstica o situaciones de negligencia
- Actividades de supervisión de salud
- Otras actividades de salud pública

Podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas o información sobre el tratamiento y otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Usos y divulgaciones de información médica protegida que requieren su autorización por escrito

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este aviso o las Quijadas que se aplican a nosotros se harán sólo con su autorización por escrito. Si usted nos da autorización para usar o revelar información sobre su medial, usted puede revocar esa autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, a partir de entonces ya no usar o revelar información médica sobre usted por las razones cubiertas en su autorización por escrito. No podemos tomar ninguna revelación que ya hayamos hecho con · su autorización y que estamos obligados a retener nuestros registros de la atención que le hemos proporcionado.

Sus Derechos Individuales Con respecto:

Revelaciones y cambios a su información médica

Derecho a solicitar restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago o atención de salud o para alguien que esté involucrado en su cuidado o el pago de su cuidado. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en esta práctica. En su solicitud, usted debe decirnos qué información quiere limitar.

Derecho a una Contabilidad de Revelaciones no estándar: Usted tiene el derecho de solicitar una lista de las revelaciones que hemos hecho de su información médica. Para solicitar esta lista, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en esta práctica. Su solicitud debe indicar el período de tiempo durante el cual desea recibir una lista de divulgaciones que no más de seis años, es decir, y no puede incluir fechas antes abril 14 de 2003. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (ejemplo: papel o electrónicamente). La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, nos reservamos el derecho de cobrarle por el costo de proporcionar la lista.

Derecho a enmendar: Si usted siente que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda durante el tiempo que se mantiene la información. Para solicitar una enmienda, nuestra solicitud debe hacerse por escrito y presentarse al Oficial de Privacidad en esta práctica. Además usted debe proporcionar una razón que apoye su petición. Podemos negar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición. Además podemos rechazar su solicitud si la información no fue creada por nosotros, no es parte de la información médica mantenida en esta práctica, no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar, o que consideramos ser correcta



**3611 S. Harbor Blvd. Suite #180
Santa Ana, CA 92704**

y completa. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar declaración de desacuerdo con nosotros. Podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación. Las declaraciones de desacuerdo y las refutaciones correspondientes se mantendrán archivados y enviados con cualquier futuras solicitudes autorizadas para la información relativa a la parte apropiada de su registro.

Su acceso a la información médica

Derecho a inspeccionar y copia: Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye los registros médicos y de facturación, pero no incluye las notas de psicoterapia, información recopilada para su uso en una acción civil, penal o administrativa, y la información de salud protegida cuyo acceso está prohibido por la ley. Para inspeccionar y copiar información médica que puede ser utilizada para tomar decisiones acerca de su, usted debe presentar su solicitud por escrito al funcionario de privacidad en esta práctica. Si usted solicita una copia de la información, nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud. Podemos negar su solicitud de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, usted puede solicitar que se revise la negativa. Otra de atención de salud con licencia profesional elegido por esta práctica revisará su solicitud y la negación. La persona que realiza la revisión no será la persona que negó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

Derecho a una copia impresa de este aviso: Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Incluso si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia en papel. Para obtener una copia impresa de la notificación actual, por favor solicitarlo por escrito a la Oficina de Privacidad en esta práctica.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Usted tiene derecho a solicitar cómo debemos enviar comunicaciones con usted acerca de asuntos médicos, y donde le gustaría aquellos comunicación enviada. Para solicitar comunicación confidencial, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en esta práctica. No le preguntaremos la razón de su solicitud. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Nos reservamos el derecho de rechazar una solicitud si impone una carga excesiva para la práctica.

Quejas: Si usted cree que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja con el Oficial de Privacidad en esta práctica o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Toda queja debe ser presentada por escrito. Usted no será penalizado o discriminado por presentar una queja.



3611 S. Harbor Blvd. Suite #180
Santa Ana, CA 92704

RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES WRITTEN
ACKNOWLEDGEMENT FORM

Yo _____, he recibido una copia
del Aviso de Prácticas de Privacidad del West OC Chiropractic.

Nombre de paciente

Firma de paciente o guardian legal

Fecha:

****For Office Use Only****

If patient wishes not to sign this notice, please
indicate time and date notice was given, also state
reason and provide documentation that the patient
refused to sign waiver.

(Employee signature is sufficient)



West OC Chiropractic Financial Agreement

Trabajaremos diligentemente con su compañía de aseguranza para garantizar que sus reclamos sean procesados y pagados. Si la aseguranza niega el pago, es posible que usted sea responsable de pagar los servicios. Trabajamos para garantizar que reciba el mejor tratamiento posible con su ayuda. Por favor notifique a WEST OC CHIROPRACTIC cuando un número de tarjeta de crédito haya sido cambiado o se haya vencido.

POR FAVOR LEA CADA PUNTO ABAJO

- Si mi aseguranza no realiza el pago a WEST OC CHIROPRACTIC por los servicios, seré personalmente responsable de los cargos. Tendré 15 días para balancear mi cuenta llamando a mi aseguranza después de ser notificado por la oficina. Si la cuenta no se liquida dentro de los 15 días, yo autorizo a WEST OC CHIROPRACTIC a cargar cualquier monto pendiente a mi tarjeta de crédito.
- Los cheques de la aseguranza que reciba por correo serán llevados a la oficina de inmediato. La incapacidad de hacerlo dentro de los 30 días de recibir los cheques de mi aseguranza, yo autoriza a WEST OC CHIROPRACTIC a cargar en la tarjeta de crédito los cargos no pagados en mi cuenta.
- El balance en mi cuenta se pagará dentro de los 30 días de la notificación del que se debe a la cuenta. Si queda un balanceo de mas de 30 días, yo autorizo a WEST OC CHIROPRACTIC a cargar lo debido total a mi tarjeta de crédito.
- Cuando no utilice una aseguranza médica para mi tratamiento, autorizo el uso de esta tarjeta para el pago de los servicios en WEST OC CHIROPRACTIC en el momento en que se prestan los servicios hasta que se proporcione una notificación por escrito para finalizar. (es decir, copagos de fisioterapia, acupuntura y quiropráctica, masajes, pagos médicos, etc.)
- Entiendo que hay un cargo de \$35.00 POR NO PRESENTACIÓN / CANCELACIÓN EN EL MISMO DÍA para todos los servicios excepto quiropráctica, a menos que se proporcione un aviso de 24 horas antes de la cita.

Autorizo a la empresa mencionada anteriormente a cargar la tarjeta de crédito indicada en este formulario de autorización por los servicios. Certifico que soy un usuario autorizado de esta tarjeta de crédito y que no disputaré el pago con la compañía de mi tarjeta de crédito cuando se me cobre por los servicios prestados.

Entiendo y acepto toda la información escrita arriba .

Nombre de paciente: _____

Nobre en la tarjeta de credito: _____

Numero de tarjeta: _____

Fecha de vencimiento: _____ CVC: _____

Firma de titular de tarjeta: _____ Fecha: _____



West OC Chiropractic Financial Agreement

Los cargos asociados con reclamos por lesiones personales puede ser diferente de los cargos anteriores debido a los requisitos y la necesidad de la documentación legal médica. Si tiene dudas o desea ser informado de estas tarifas, por favor pregunte en recepción o al médico y estaremos encantados de atenderle.

Nombre de paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____



**3611 S. Harbor Blvd. Suite #180
Santa Ana, CA 92704**

A signación cesión del prodecer, contractual de derecho de retención y autorización

Yo por este medio dirigo que cualquier y todas aseguranzas, abogados, agencias, departamentos del gobierno, compañías, individuales, y o otras entidades legales puedan ser elegidos o obligados a pagar beneficios a mi por cualquier condición médica, accidentes, lesiones, o enfermedades del pasado y futuro, que sean pagados directamente y exclusivamente al nombre de West OC Chiropractic (WOCC). Tales sumas debidos a WOCC por cargos incurrido de parte de mi, incluyen pero no son limitados a, cargos de tratamiento, reportes de naracción, deposiciones, testimonios, y cualquier otros cargos incurridos por me in las oficina. Yo concedo el derecho de retención a WOCC con respeto a mis cargos, aplicable para beneficiarios alternos, sin embargo, yo entiendo que nada en este acuerdo que se interpretará como una elección de WOCC para reclamar protección bajo una ley de derecho de retención. Por los propósitos de este acuerdo, "beneficios" serán incluidos, pero no serán limitados a, ganancias de cualquier asentamiento, juicio, o veredicto, y además cualquier ganancias emparentado a aseguranzas de comercio de salud, beneficios de discapacidad, beneficios compensación de el trabajo, pagos de beneficios médicos, lesiones personales de protección, beneficios de salarios perdidos, beneficios de servicios perdidos, cobertura de culpa, cobertura de manejo sin aseguranza, responsabilidad de tercera parte, ganancias de negligencia profesional, acuerdos de retener abogados, y cualquier otros beneficios o ganancias que serán pagados a mi para los propósitos dichos arriba, independientemente de cualquier ganancias serán relatados a mis cargos o no.

Yo adicionalmente estoy de acuerdo que, en el evento que el pagador niega pagar a WOCC, Yo asigno, en la medida permitido por la ley, todos mis derechos, remedios, y beneficios a WOCC al grado de mis cargos, y cualquier causas de acción que podrán ser usado de contra del pagador, a ser enjuiciado de las causas de acción de cualquiera de los dos en mi nombre o en el nombre de la oficina, y resolver las causas de acción como la oficina consideran necesario.

En el evento que sostener uno o más abogados para que me representen en este asunto, yo voy a dirigir cada abogado que emita una carta de protección para esta oficina con respeto a mis cargos. Tras la emisión, por la presente estoy de acuerdo que esa carta(s) de protección no podrán ser revocado o modificado sin la expresión de consentimiento por escrito a esta oficina. Además yo directare cada abogado para proveer aviso inmediatamente a la oficina con respeto de cualquier fondos recibido por el abogado relacionado con mi accidente, que pague la oficina, y provenga la cuanta completa de los fondos a la oficina cuando sea necesario.

Yo por este medio directo que los pagadores liberan a WOCC cualquier información con respeto a cualquiera cobertura o beneficios que pueda yo tener, incluyendo pero no limitado a, el número de cobertura, el número pago, y el número de reclamaciones pendientes.

Yo autorizo que la oficina puede liberar cualquier información con respecto a mi tratamiento o mi caso(s) a todos los pagadores como es definido arriba para facilitar la colección dentro este acuerdo. Yo declaro que esta oficina directamente aga copia de el expediente de este acuerdo, junto con cualquier cargos aplicables, con cualquier pagadores, no importando si el reclamo a sido establecido con los pagadores dichos. Yo declaro autorizo WOCC que endorse/firme mi nombre en cualquier y todos los cheques con mi nombre que reciba pagos que son presentados a esta oficina para pagos de cualquier cuenta que sean asociados con migo, my esposa, o cualquiera de mis dependientes. Además autorizo WOCC que aplique cualquier balance de crédito incurrido por me y cualquier otros cargos pendientes que sean debidos de me, my esposa, o mis dependientes, independientemente que sean relatados a mi condición.

Yo entiendo que soy responsable por el total debido a WOCC por los servicios. Este acuerdo no constituye consideración para la oficina que espere pagos y que podrá demandar pagos de mi inmediatamente de que los servicios sean administrados. Si la oficina tiene que tomar acción para colectar cualquier saldo pendiente de mi cuenta, yo soy responsable para pagos y pague a WOCC para todo los costos de colección por los esfuerzos, incluyendo, pero no limitado a, los cargos de costo a la corte y abogados.

Este acuerdo no será modificado o revocado sin el consentimiento mutuo de WOCC y yo mismo. Yo declaro cualquier autorización, sea ejecutado en esta oficina o cualquier otra oficina al grado que los términos de esa autorización conflictan con los términos de acuerdo no serán revocados.

Estoy de acuerdo que todos y cada uno de las provisiones de este acuerdo sea necesariamente razonable para la protección de los derechos de interés de WOCC y yo mismo. Sin embargo, si cualquier provision de este acuerdo es invalidado, ilegal, o no podrá ser enforzado por cualquier razón será cesado, todas otras provisiones de este acuerdo serán enforzado y en efecto.

Acepto que mi abogado retenga sumas de cualquier liquidación vencida y adeudada a West OC Chiropractic.

Nombre de paciente: _____

Firma de paciente/tutor legal: _____ Date: ____/____/____

Nombre de abogado: _____ Date: ____/____/____

Firma de abogado: _____ Date: ____/____/____



3611 S. Harbor Blvd. Suite #180 Santa Ana, CA 92704
Información Sobre Lesiones Personales

1. **Dia de Accidente:** ____/____/____ _____

Información de Asuransi de se Auto

Envíenos una copia de su página de declaración de seguro de automóvil de su póliza para que podamos verificar su cobertura en nuestra oficina.

- a. Nombre de su aseguranza: _____
- b. Nombre de titular de poliza: _____
- c. # Poliza _____
- d. # Reclamo _____
- e. Nombre y telefono de ajustador: _____
- f. Tiene cobertura medica en su aseguranza de auto? _____
- g. A reportado el accident a su aseguranza? _____

2. **INFORMACIÓN DE PARTE 3RD**

- a. Nombre de parte 3rd: _____
- b. Compania de aseguraza de parte 3rd: _____
- c. # de Reclamo: _____
- d. Nombre de ajustador y telefono de part 3rd _____

3. **Costo de daño a su propiedad:** \$ _____

4. **Tipo de Auto que estaba manejando**

Año _____ Marca _____ Modelo _____

El daño fue en que parte: _____

5. **INFORMACIÓN DE SU ASERGUANZA MEDICA**

- a. Nombre de su aseguranza: _____
- b. Nombre de titular de el Seguro: _____
- c. # de Seguro Social: _____
- d. ID # _____

6. **TIENE ABOGADO Y FIRMO?** SI _____ NO _____

Informacion de abogado:

Nobre: _____ Manger de caso: _____ correo electronico: _____

Dirección: _____ Telefono #: _____

LOS SEGUROS DE TERCEROS NO PAGAN A LOS MÉDICOS, ÉSTOS NEGOCIAN EL PAGO CON EL PACIENTE Y LA MAYORÍA DEL TIEMPO ANTES DE COMPLETAR EL TRATAMIENTO, POR LO TANTO, NO FACTURAMOS EL SEGURO DE TERCEROS DIRECTAMENTE A MENOS QUE SE HAYAN CONTACTADO CON NUESTRO GERENTE DE FACTURACIÓN EN westocchiro0@gmail.com PARA GARANTIZAR POR ESCRITO HABRÁ PAGO DIRECTO A WEST OC CHIROPRACTIC.



**3611 S. Harbor Blvd. Suite #180
Santa Ana, CA 92704**

Poliza Financiera Personal

Los médicos y el personal de West OC Chiropractic están emocionados de tenerlo como paciente. Permítanos presentarle las políticas de nuestra oficina para que podamos aceptarlo como paciente de lesiones personales.

Lea las siguientes opciones de facturación y reembolso de su atención aquí en nuestra oficina. Por favor, pregúntenos si tiene alguna pregunta con respecto a las siguientes preguntas:

- ___ Option 1 Una póliza de automóvil personal que tiene una cobertura de pago médico superior de \$2500

- ___ Option 2 Una cobertura de seguro de salud personal que cubrirá el costo de su atención.

- ___ Option 3 Contrate a un abogado para representar su interés y garantizará el pago de su factura quiropráctica una vez que se haya completado su tratamiento.

- ___ Option 4 Pagar por su bolsillo en el momento de los servicios prestados.

* La mayoría de los pacientes podrán aprovechar el uso de una combinación de las tres primeras opciones. Si necesita ayuda para contratar a un abogado, informe a su médico y él estará encantado de ayudarlo. Cuesta lo mismo para un buen o un mal abogado. ¡Conocemos los buenos!

Por favor, comprenda que va en contra de la póliza de nuestra oficina aceptar un caso de lesiones personales donde la única fuente de el pago de nuestra atención es a través de seguros de parte tercero. Tercero se refiere a la cobertura de seguro realizada por alguien que no sea usted mismo. Por ejemplo, el seguro del dueño del otro vehículo que tiene la culpa en un accidente.

Nuestra experiencia es que sus mejores intereses son atendidos al informar su accidente a su compañía de seguros. (que es un requisito para que aceptemos su caso de lesiones personales). Usted paga su segur mensualmente y en algunos casos durante años sin siquiera usarlo. Asegúrese de informarle a su compañía de seguros ha tenido un accidente y desea presentar un reclamo para que podamos atender sus necesidades financieras con respecto a su cuidado.

___ Iniciales

En algunos casos, su compañía de seguros intentará que usted solo busque el seguro de la otra parte (tercera parte del seguro) para el reembolso de su atención. Hágale saber a su seguro que ha estado pagando mes tras mes para cuidar de sus necesidades si es posible.

Yo _____ comprendo la póliza financiera de West OC Chiropractic. Me gustaría usar las opciones marcado arriba. Entiendo que, en última instancia, soy responsable de pagar por mi atención. proporcionaré todos los información que es necesaria para hacer un reclamo por mi cuidado. Si en algún momento se produce un cambio con alguno de los opciones anteriores, notificaré de inmediato a West OC Chiropractic para hacer arreglos alternativos.

Nombre de paciente: _____

Firma de paciente: _____

Fecha: ___/___/_____

AUTO / WORK RELATED ACCIDENT

1
one

2
two

ABOUT YOU

Today's Date: ___ / ___ / ___ File #: _____

Name: _____

2
two

WORK RELATED ACCIDENT

Date & Time of Accident: _____ a.m. p.m.

Was your accident directly related to your work?
 Yes No

Briefly describe the events that occurred just before and during your accident: _____

Give the address where accident occurred: (if other than employer's address) _____

Was anyone else present during your accident?
 Yes No

Did you report your accident to your employer?
 Yes No

What recommendations did your employer make just after your accident? _____

Has this type of accident happened to you before?
 Yes No

To the best of your knowledge, has this accident occurred in your workplace before? _____ Yes No

In general:
Is your job physically stressful? Yes No
Is your job mentally stressful? Yes No
Is your workplace noisy? Yes No
Have you changed jobs in the last year? Yes No

AUTO RELATED ACCIDENT

Date & Time of Accident: _____ a.m. p.m.

Were you the: Driver Front Passenger Rear Passenger
If a traffic violation was issued, to whom was it issued? _____

Number of people in accident vehicle? _____
Did the police come to the accident site? .. Yes No
Was a police report filed? Yes No
Were there any witnesses? Yes No
Were you wearing your seat belt? Yes No
Was this vehicle equipped with airbags? .. Yes No
If yes, did it/they inflate? Yes No
In relation to the base of your skull, where was the headrest? Above Below At base of skull
What did your vehicle impact? Another vehicle Other

If other, explain: _____
Did any part of your body strike anything in the vehicle? Yes No

If yes, please describe: _____

Make & model of the vehicle you were occupying? _____

Name of the location/street on which you were traveling? _____

In which direction were you headed? N S E W

What was the approx. speed of your vehicle? _____

Did the impact to your vehicle come from the:
 Front Rear Right Side Left Side Other

During impact, were you facing: Right Left Forward

Were you aware or surprised by the impact?

If accident vehicle made impact with another vehicle...
Make and model of that other vehicle? _____

Direction other vehicle was headed? N S E W

Speed of the other vehicle? _____

In your words, please describe the accident: _____

three

AFTER INJURY

Did accident render you unconscious? Yes No

If yes, for how long? _____

Please describe how you felt immediately after the accident:

Have you gone to a Hospital or seen any other Doctor? Yes No

When did you go? Just after accident The next day 2 days plus

How did you get there? Ambulance or Private transportation

Name of Hospital and/or Attending doctor: _____

Was he/she a: D.C. M.D. D.O. D.D.S.

Describe any treatment you received: _____

Were X-rays taken? Yes No

Was medication prescribed? Yes No

Have you been able to work since this injury? Yes No

Are your work activities restricted as a result of this injury?
 Yes No

Indicate the symptoms that are a result of this accident:

- Dizziness
- Difficulty sleeping
- Jaw problems
- Nausea
- Memory loss
- Irritability
- Arms/Shoulder pain
- Back pain
- Headache(s)
- Fatigue
- Numb Hands/Fingers
- Lower back pain
- Blurred vision
- Tension
- Chest pain
- Back stiffness
- Buzzing in ear
- Neck pain
- Shortness of breath
- Leg pain
- Ears ringing
- Neck stiff
- Stomach upset
- Numb Feet/Toes
- Other _____

Is your condition getting worse?
 Yes No Constant Comes & goes

Indicate your degree of comfort while performing the following activities:

	Comfortable	Uncomfortable <small>even if only sometimes</small>	Painful
Lying on back	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lying on side	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lying on stomach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Standing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stretching	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lovemaking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Walking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Running	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Working	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lifting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bending	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kneeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reaching	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Have you retained an attorney: Yes No

If yes, whom: _____

His/Her Phone #: _____

four

RECOVERY

To evaluate the effect that continuing work will have on your recovery please complete the following:

How many hours are in your normal work day? _____

Please indicate your daily job duties and any activities which you are occasionally asked to perform.

- Standing
- Driving
- Operating equipment
- Sitting
- Twisting
- Work with arms above head
- Walking
- Crawling
- Typing
- Lifting
- Bending
- Stoooping
- Other _____

What positions can you work in with minimum physical effort and for how long? _____ N/A

Prior to the injury were you capable of working on an equal basis with others your age? . . Yes No N/A

Do you work with others who can help you with any heavy lifting? Yes No N/A

While in recovery, is there any light duty work you could request? Yes No N/A

five

ADDITIONAL INSURANCE

2nd Insurance Source or Auto Insurance

Type of Insurance: _____

Co. Name: _____

Address: _____

Phone #: _____

Insured's Name: _____

Policy #: _____ Claim #: _____

Insured's SS #: _____ D.O.B. / /

Insured's Employer: _____

Agent's Name: _____

If any of your medical or account information has changed, please inform our front desk personnel.

Please remember you are ultimately responsible for your account.

_____/_____/_____
SIGNATURE DATE

OFFICE USE ONLY OFFICE USE ONLY OFFICE USE ONLY OFFICE USE ONLY OFFICE USE ONLY



West OC Chiropractic Financial Agreement

3611 S. Harbor Blvd. Suite 180 Santa Ana, CA 92740
Tel: (949) 409-4002 Fax: (833) 931-0192

AUTORIZACION DE LIBERACION DE INFORMACION MEDICA

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre previo: _____ # Seguro Social: _____

Yo pido y autorizo _____ que liberen informacion
medica de el paciente arriba:

Nombre: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Esta solicitud y autorizacion aplica a:

- Informacion medica relacionado al tratamiento, condicion, y fechas: _____

- Toda informacion medica
- Otro: _____

Si No Yo autorizo que liberen todos los records con respect con quiropractica,
rayos X, y progreso de tratamiento de el paciente mencionado arriba.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Esta autorizacion expira un año despues de ser firmado

Understanding Insurance after your Accident

Our office is here to help during these challenging times after an accident which is why we want to take a moment to explain your options after an accident. Determining insurance coverage after a car accident can be a difficult challenge because not only do you have to stress about getting your car fixed but many times you are in pain and frustrated by the process of seeking treatment.

Our office will perform a FREE insurance verification to determine your benefits and assist you in the process. This will help to determine the best route to take because we want to try our hardest to make sure that there is No out-of-pocket expense for you after an accident.

Does your Health Insurance have coverage?

Typically, your health insurance will assist with payment after we have sent medical bills to the auto-insurance. Every Californian is required to carry car insurance and most of these plans will have medical coverage associated with them to take care of your treatment after an accident. Some auto-insurance will require the office to send in claims initially to health insurance for a denial letter (i.e. Mercury) then charges will be re-submitted for payment to the auto insurance provider. This will all be determined during our Free insurance verification in the office.

Does my Auto insurance have a role in this process if the accident was not my fault?

Every individual who drives is required to carry auto insurance in California. The easiest and most stress-free route to have your treatment covered is to send it to your auto insurance and have them take care of the charges, which they will later be refunded by the auto insurance of the individual who was at fault. This does NOT have any negative effect on your insurance if you are not at fault and being a policy holder with your insurance carrier makes it much easier for you and our office to communicate with them about your needs and care in our office. This allows you to receive chiropractic care, massage, acupuncture, etc. with No out-of-pocket cost after an accident and requires little effort on your part because our office can communicate directly with the insurance company on your behalf.

What role does 3rd party Auto insurance (aka the person at fault's insurance) have with my treatment?

The individual at fault for the accident is ultimately responsible for payment and having their insurance refund treatment cost to your insurance company. However, the 3rd party insurance adjuster has one specific job after their insured is responsible for an accident. That is to close out the case and have you sign off on liability for the cheapest amount possible. This often leads to dishonest tactics such as them telling the victims of accidents inaccurate information such as, "you must pay for treatment out of pocket, then will be reimbursed at the end of care." Or they make statements minimizing the effects of the accident even though these claims adjusters have no medical training.

Many of these insurance carriers are publicly traded companies and their goals are driven by profits over people. When we contact the insurance of the individual responsible for the accident many times the claims adjusters will not give us any necessary information to help you with your care. This is because they want the person who was hit by their insured to be stuck with the numerous phone calls and hassle of getting their car fixed and treatment paid for. When our office contacts them on your behalf they typically offer little to no information because they state that they have no liability to our office. Therefore, the patient will need to contact them directly

for resolution of the matter. This is done for two reasons. Number one is our office is well trained in dealing with insurance matters after an accident, so they seek to misinform or set more favorable settlement terms for themselves with the victim in the accident and number two is the more work they create for the accident victim the more quickly the individual will seek to close out the claim.

It is a widespread practice over the past several years for these insurance companies to offer a low offer of \$500 to \$1000 to sign off on liability for the accident, but they won't tell you that you are now 100% liable for any future medical costs after this accident and if a doctor determines you need further testing then it could cost you thousands of dollars out of pocket. This is why it is always a good idea to consult your doctor or attorney before signing any insurance documents to make sure that what you are signing is in your best interest. These dishonest practices are why our office will try to avoid dealing with 3rd party insurance after an accident so we can provide the necessary care after your accident with the least amount of stress and work on your part as possible. If it is a 100% necessary that you require us to bill the 3rd party insurance carrier then it is highly recommended that you be represented by an attorney to avoid them from taking advantage of you during this vulnerable time. If you need a referral to an honest reputable attorney our office can assist you with finding one that will not cost you anything out of pocket because they only take a percentage of the settlement payment they obtain from the insurance for you.

Our #1 goal is to make sure we take the best care of you possible during this challenging time. This includes trying to keep your hard-earned money where it belongs, in your pocket. We appreciate your co-operation with our office policies which allow us to offer the best quality care available. If you have any questions please feel free to discuss this with your doctor or our office billing specialist.