

Informe del paciente Pura Vida

A quién podemos agradecerle por la referencia a nuestra oficina: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Masc. Fem. | Soltero Casado Divorciado Viudo

Nombre del cónyuge/pareja: _____ Número de niños: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: Celular: _____ Trabajo: _____ SSN: _____

Dirección de E-Mail: _____

Método de contacto preferido: Llamada ____ Texto ____ Email ____

¿Cuáles son sus **principales razones** para consultar con nuestra oficina hoy? (Lista de preocupaciones en orden de importancia para usted)

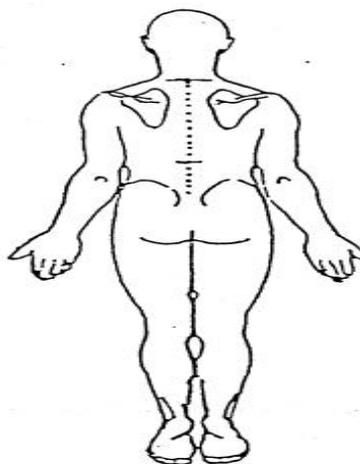
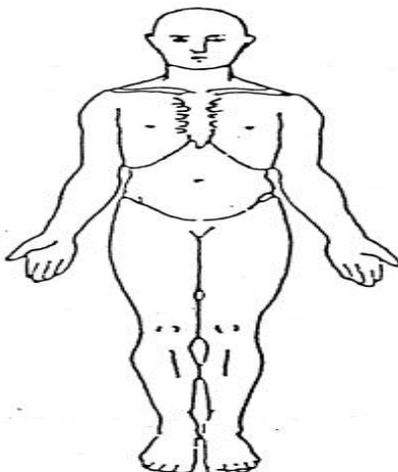
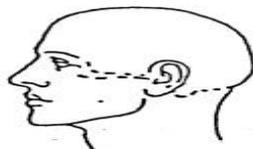
- 1) _____ ¿Cuándo comenzó el problema? _____
- 2) _____ ¿Cuándo comenzó el problema? _____
- 3) _____ ¿Cuándo comenzó el problema? _____
- 4) _____ ¿Cuándo comenzó el problema? _____

¿Qué creé que causó sus problemas de salud actuales?

¿Está usted con dolor hoy? __Sí __No (Circúle) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin Dolor Dolor insoportable

	_Constantemente	_Frecuentemente	_Ocasional
¿Con qué frecuencia se presentan sus síntomas?			
Describir su dolor/síntomas actuales:	_Agudo/Puñalada _Sordo _Entumecimiento _Quemante	_Palpitante _Inflamación _Dispáro _Hormigueo	_Dolores _Debilidad _Agarre _Otro _____
Desde que comenzó, su problema está:	_Mejorando	_Empeorando	_Sin cambio
¿Qué hace que el problema mejore?	_Nada _Pararse _Ejercitarse	_Echarse _Sentarse _Inactividad/Descanso	_Caminar _Movimiento _Otro _____
¿Qué empeora el dolor?	_Nada _Pararse _Ejercitarse	_Echarse _Sentarse _Inactividad/Descanso	_Caminar _Movimiento _Otro _____

Marque (X) en la foto donde tiene dolor u otros síntomas;



Por favor, marque cualquier actividad diaria que sufre como resultado de sus problemas de salud:

<input type="checkbox"/> Deportes	<input type="checkbox"/> Tiempo en familia	<input type="checkbox"/> Limpieza	<input type="checkbox"/> Ejercicio	<input type="checkbox"/> Trabajo
<input type="checkbox"/> Sueño	<input type="checkbox"/> Aficiones	<input type="checkbox"/> Cocina	<input type="checkbox"/> Bañarse	<input type="checkbox"/> Otro

¿Alguna vez ha tenido cualquier imágenes de esta queja? (MRI, CT, US, rayos x): _____ Fecha: _____

¿Alguna vez ha tenido cualquier análisis de sangre para esta enfermedad? __ Sí __ No _____ Fecha: _____

Qué tratamientos ha experimentado en el pasado que no arregló su queja?

<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Inyecciones	<input type="checkbox"/> Masaje	<input type="checkbox"/> Quiropráctica
<input type="checkbox"/> Acupuntura	<input type="checkbox"/> Entrenamiento personal	<input type="checkbox"/> Homeopatía	<input type="checkbox"/> Hierbas	<input type="checkbox"/> Ejercicio

Otros: _____

Experiencia previa de Quiropráctica:

¿Ha ido a un quiropráctico en el pasado? Sí No

En caso afirmativo: Fecha de su último ajuste: _____

¿Por qué está cambiando de quiropráctico? _____

¿Qué le gustó más sobre su experiencia pasada? _____

¿Está usted familiarizado con el término "**Subluxación**" ? Sí No

Hay opciones para el cuidado en nuestra oficina, compruebe los tipos de cuidado que le gustaría revisar con el médico:

Alivio- Aborda solo los síntomas agudos y es **sólo** una solución temporal.

Correctivo – Corregir las causas de sus problemas y permite que su cuerpo funcione en su mejor momento.

Bienestar -Aplicar estrategias específicas para mantenerlo a usted y su familia sana y feliz.

* Si se le ofrece atención, ¿hay algún motivo por que no pudiera seguir nuestras recomendaciones? Sí No

Por favor, explique:

¿Donde cree usted que su Calidad de vida en general está *hoy en día* en una escala de 1-10? (10 es óptima): ____

¿Donde *quiere que su vida y salud* esté en el *futuro*? (1-10): _____

¿Cuan *comprometido* está en hacer lo que se necesita para recuperar su salud? (1-10): _____

¿Cuáles son sus expectativas para su visita hoy? _____

¿Podemos enviar sus resultados y nuestras recomendaciones a su Médico? Sí No

Nombre y n° de teléfono de su médico: _____

Su Calidad de vida

Por favor, califique cada una a continuación en una escala de 0-10. 0 - Inadecuada - 5 - Moderada - 10 - Óptima

Energía ←0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10→ Enfoque ←0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10→

Sueño ←0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10→ Familia ←0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10→

Ánimo ←0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10→ Carrera ←0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10→

Digestión ←0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10→ Amigos ←0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10→

Por favor, liste todas las medicinas de venta libre y de prescripción, hierbas, suplementos que está tomando en forma mensual:

Aspirina Analgésicos Tranquilizantes Insulina Píldoras anticonceptivas Anticoagulantes

Medicamento / Suplemento	Dosis	Frecuencia de uso	Motivo para tomar esto	Fecha de inicio	Prescrita por:

¡El Estrés es una realidad en nuestra vida diaria! El objetivo es ayudar a su cuerpo a funcionar óptimamente, permitiéndole así adaptarse y mantenerse saludable, a pesar de la exposición al estrés. ¡El doctor necesita saber tanto como sea posible acerca de su historia **actual y pasada** de exposición a estrés para entender mejor los resultados de la prueba y darle las mejores recomendaciones para su cuidado! Por favor, sea riguroso a medida que revisa todas las casillas que usted ha experimentado.

Ocupación: _____ # de años en ese campo: _____

Total diario: Horas de trabajo: _____ trabajo con ordenador: _____ leyendo: _____ Sentado: _____ De pie: _____

Horario de dormir : A que hora duerme; _____ A que hora se levanta típicamente: _____

Dieta Especial _____

Cirugía

- Área de cirugía/puntadas: _____ Área de cirugía cosmética: _____

Estrés físico:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trauma del nacimiento | <input type="checkbox"/> Fractura de huesos: _____ | <input type="checkbox"/> Articulaciones dislocadas |
| <input type="checkbox"/> Pinzas/aspiración/Sección C | <input type="checkbox"/> Arcos pobres/Pies planos | <input type="checkbox"/> Dormir sobre el estómago |
| <input type="checkbox"/> Deportes jugados/Año: _____ | <input type="checkbox"/> Ejercicio excesivo | <input type="checkbox"/> Ningún ejercicio |
| <input type="checkbox"/> lesiones/año cabeza/cuello: _____ | <input type="checkbox"/> Accidentes de tráfico/¿cuántos? _____ fechas: _____ | <input type="checkbox"/> Mensajes de texto / Lap top |
| | <input type="checkbox"/> lesión _____: _____ | |

Estrés químico :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Condición de antibióticos/fecha Última dosis: _____ | <input type="checkbox"/> Hormonas (TRH) Comenzado: _____ | <input type="checkbox"/> Cantidad de cafeína Consumida: _____ |
| <input type="checkbox"/> Inducida por trabajo | <input type="checkbox"/> Trabajo químico / fábrica | <input type="checkbox"/> Azúcar, tortas, dulces |
| <input type="checkbox"/> Tabaco | <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol | <input type="checkbox"/> Comida rápida _____ |
| <input type="checkbox"/> Sodas de dieta / Edulcorantes artificiales | <input type="checkbox"/> Gaseosa/Pop/ Cola | <input type="checkbox"/> baja ingesta de agua |
| <input type="checkbox"/> Alimentos procesados | <input type="checkbox"/> Píldoras de dieta | <input type="checkbox"/> Píldoras estimulantes |

Estrés emocional:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Usted/ ser querido hospitalizado Fechas: _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica: Fechas: _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad familiar: Fechas: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nacimiento de hijo | <input type="checkbox"/> Matrimonio | <input type="checkbox"/> Autoestima baja. |
| <input type="checkbox"/> Divorciado/separado | <input type="checkbox"/> Muerte de un ser querido | <input type="checkbox"/> Estrés financiero |
| <input type="checkbox"/> Cambio de carrera. | <input type="checkbox"/> Sentirse abrumado | <input type="checkbox"/> Depresión/aburrimiento |
| <input type="checkbox"/> Reciente mudanza | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Problemas de memoria |
| <input type="checkbox"/> Ira | <input type="checkbox"/> Estrés relacional | <input type="checkbox"/> Procrastinación/indeciso |

Mujeres :

- problemas de fertilidad SPM ¿Está embarazada? Sí No Fecha de parto: _____ Menopáusica
- Períodos abundantes/ Severos Calambres / fibromas Implantes de seno Pastillas anticonceptivas
- ¿Lactando? Sí Último Ciclo Menstrual: _____ Problemas menstruales Dolor de seno Endometriosis

Problemas de salud en su familia inmediata: Favor de indicar qué miembros y año de diagnóstico

Presión arterial alta/Accidentes cerebrovasculares: _____

Asma/alergias: _____

Cánceres: _____

Enfermedad cardíaca: _____

Otros antecedentes familiares significativos: _____

Revisión de sistemas

Cardiovascular:

	Presente:	Pasado:	No:
Aneurisma de aorta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catéter cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina (dolor del pecho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mala circulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivel Alto de Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos del ritmo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hinchazón de las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Genitourinario:

	Presente:	Pasado:	No:
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ardor en la micción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganas frecuentes de orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cálculo renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección en vías urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hematológico

Linfático :

	Presente:	Pasado:	No:
Formación de Coágulos			
Sanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fácil contusión/hemorragia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre/escalofríos/sudoración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vías respiratorias:

	Presente:	Pasado:	No:
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resfriado o gripe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos/sibilancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema o EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para Respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Orejas, ojos, nariz, garganta :

	Presente:	Pasado:	No:
Sangrado de las encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad al tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareo / vértigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epistaxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zumbido en los oídos (Tinnitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección de senos paranasales (Sinusitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hinchazón de las glándulas / linfáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión borrosa / doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas/Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psiquiátrico :

	Presente:	Pasado:	No:
Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno alimentario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno por estrés posttraumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tegumentario :

	Presente:	Pasado:	No:
Eccema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erupciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alérgico

Inmunológico:

	Presente:	Pasado:	No:
Vacunas antialérgicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de Cortisona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urticaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Endocrino:

	Presente:	Pasado:	No:
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de cabello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno suprarrenal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Neurológica:

	Presente:	Pasado:	No:
Hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Túnel carpiano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aneurisma cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
convulsiones / epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuertes dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida del equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gastrointestinal:

	Presente:	Pasado:	No:
Heces con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hígado (hepatitis/cirrosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
náuseas/ vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera péptica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores abdominales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome del intestino irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Musculo esquelético

	Presente:	Pasado:	No:
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rigidez de articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendinitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lumbalgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escoliosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incoordinación muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disfunción de la ATM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, ser tan exhaustivo como sea posible. El conocimiento de estas condiciones puede influir en el tipo de tratamiento/terapia que reciba.

Formulario de consentimiento de Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico (HIPAA)

Su Información de salud protegida (PHI) será utilizado por esta oficina o revelada a otros, a los efectos del tratamiento, obtener el pago, o apoyo a las operaciones diarias de salud de esta oficina. Usted debe revisar el aviso de prácticas de privacidad para una descripción más completa de cómo su PHI puede ser usada o divulgada. Esta describe los derechos que se refieren al uso limitado de información en salud, incluyendo su información demográfica, recopilada de usted y creada o recibida por esta oficina. Usted puede revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Usted puede solicitar una copia del aviso en la recepción. Esta oficina se reserva el derecho a modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso.

Solicitando una restricción en el uso o divulgación de su información

Usted puede solicitar una restricción en el uso o la divulgación de su PHI. Es la política de esta oficina el seguir proporcionando tratamiento para un paciente que restringe el consentimiento para el uso y divulgación de su PHI para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. El uso o la divulgación de información protegida en violación de un acuerdo sobre la restricción será una violación de las normas de privacidad federales.

Revocación del consentimiento

Usted puede revocar este consentimiento para el uso y divulgación de su información de salud protegida. Usted debe revocar este consentimiento por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en que se recibe la revocación del consentimiento no será afectado.

Yo, _____ (imprensa) reconozco que he revisado la información anterior y doy mi permiso a esta oficina para utilizar y divulgar mi Información Personal de Salud (PHI) según las prácticas de privacidad.

Yo, _____ (imprensa) reconozco que he revisado la información anterior y **NO** doy mi permiso para divulgar cualquier información a mi compañía de seguros u otros profesionales de la salud. Entiendo que la PHI se utilizará **dentro de** la oficina a las personas designadas por el médico para los propósitos de mi atención.

Firma del paciente o padre: _____ Fecha: _____

Asignación de beneficios / asignación de la causa de la acción / Gravamen contractual

Nuestra oficina hará todo lo posible para verificar los beneficios de su póliza, sin embargo, esta oficina y su seguro NO garantizan un presupuesto de beneficios para el pago de los servicios prestados. Su seguro debe proporcionar beneficios de quiropráctica, su seguro se presentará de manera semanal como una cortesía para usted. Usted será responsable por su deducible o copago. Su seguro deberá pagar dentro de los 45 días desde la fecha en que se presentó. En caso de que su seguro no pague a tiempo, se le podría solicitar entrar en contacto con su compañía de seguros.

Si su compañía de seguros envía un cheque directamente a usted por nuestros servicios, usted debe traer el cheque mal dirigido a nuestra oficina dentro de las 48 horas posteriores a su recepción.

Cesión de derechos y transferencia de interés de gravamen

Por la presente ejecuto y proporciono **Interés irrevocable de gravamen y cesión del producto** a cualquier causa de acción que exista en mi favor contra cualquier compañía de seguros para los términos de la póliza, incluyendo el derecho exclusivo, irrevocable a recibir el pago por dichos servicios, hacer demanda de pago y procesar y recibir sanciones, interés, pérdida de corte u otras deudas jurídicamente resarcibles por una compañía de seguros según el artículo 21.55 del código de seguros de Texas para cooperar, proporcionar información necesaria y aparecer como se necesite para ayudar en el procesamiento de dichas reclamaciones para beneficios bajo petición.

A cualquier compañía de seguros proporcionando prestaciones o liquidación de una reclamación, se le instruye que en virtud de esta transferencia de interés de gravamen irrevocable y asignación de ingresos a pagar la cantidad total en dólares de todas las sumas que le debo a cuenta del médico anteriormente nombrado e instalación y de tratamiento dentro de los 30 días siguientes a su recibo de gastos médicos enviado por el médico o centro de tratamiento.

Instruyo a que los cheques se hagan pagaderos a Pura Vida Chiropractic PLLC y el pago enviado a 2318 NW Military Hwy Suite 103, San Antonio, TX 78231

Esta demanda se ajusta específicamente al artículo 21.55 del código de seguros de Texas, para honorarios de abogado, 18% de penalización, costos de corte e interés del juicio, en violación. En caso de que mi acuerdo de seguros se pague directamente a mi abogado, instruiré irrevocablemente a mi abogado para retener dichas sumas y cantidades que están determinadas a ser debidas, pagaderas a mi cuenta y remitir el pago de tales sumas directamente al doctor anteriormente nombrado o instalaciones de tratamiento al recibir el monto de mi acuerdo.

Firma del paciente o padre: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO

Por la presente autorizo y libero al médico y a cualquier persona que pueda designar como su asistente para administrar tratamiento, examen físico, estudios de rayos x, atención quiropráctica o cualquier servicio clínico que él o ella considere necesario, en mi caso. Entiendo que, como con cualquier procedimiento médico, las complicaciones son posibles siguiendo la manipulación de la quiropráctica y técnicas de terapia manual. Los riesgos de complicaciones debido a tratamientos quiroprácticos han sido etiquetados como "raros" y la probabilidad de reacción adversa debido a procedimientos auxiliares también se considera "rara".

- Yo, el abajo firmante padre o tutor legal de _____ (menor), por la presente doy mi permiso para que el personal de Pura Vida Chiropractic haga el tratamiento de dicho niño.

Por la presente reconozco que si no guardo citas como me recomendado por mi médico tratante, tiene completo derecho a terminar su responsabilidad por mi cuidado y renunciar a cualquier discapacidad otorgada dentro de un período razonable de tiempo, entiendo que mi falta para completar mi plan de tratamiento recomendado puede poner en peligro mi caso. **Las citas deben ser canceladas dentro de 24 horas llamando al Dr. Foss directamente y cualquier no llamada sin presentarse será FACTURADA como cita perdida con el honorario de \$60.00USD. EN CASO DE QUE DEJE EL CUIDADO TODOS LOS REEMBOLSOS SE BASAN EN UNA CUOTA POR VISITA.**

Firma del paciente o padre: _____ Fecha: _____