

FORMULARIO DE ACCIDENTE DE AUTO

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

¿Cuáles son tus síntomas actuales? Dolor Entumecimiento Rigidez Debilidad
 Fecha del accidente: ____/____/____ Tiempo de accidente: _____ am pm
 El paciente fue localizado: Conductor Pasajero - frente medio Pasajero - delantero derecho
 Pasajero - trasero izquierdo Pasajero - trasero medio Pasajero - trasero derecho

	Compacto	Tamaño medio	Tamaño completo	SUV	Camioneta	Motocicleta	Bicicleta
Tipo de vehículo del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2do tipo de vehículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3er tipo de vehículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Condiciones: Claro Oscuro Seco Brumoso Glacial mojado Otro _____
 Tipo de camino: Asfalto Concreto Tierra Grava

¿Sabías que el accidente iba a suceder? ¿Te sorprendió el impacto?

	SI	NO		SI	NO	
¿Llevabas puesto el cinturón de seguridad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Solo cinturón de regazo	<input type="checkbox"/>	¿Cinturón de regazo y arnés de hombro	<input type="checkbox"/>
¿Se desplegó su airbag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Frente	<input type="checkbox"/>	¿Lado	<input type="checkbox"/>
¿Tu coche tiene reposacabezas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿en qué posición estaba?	<input type="checkbox"/> ARRIBA	<input type="checkbox"/> MEDIO	<input type="checkbox"/> ABAJO

Posición de la cabeza del paciente:		
<input type="checkbox"/> Izquierda arriba	<input type="checkbox"/> Buscando	<input type="checkbox"/> Derecho arriba
<input type="checkbox"/> Izquierdo nivel	<input type="checkbox"/> Al frente	<input type="checkbox"/> Derecho nivel
<input type="checkbox"/> Izquierda abajo	<input type="checkbox"/> Mirando abajo	<input type="checkbox"/> Derecho abajo

Detalles del accidente	SI	NO		SI	NO		SI	NO
¿Tu auto se estaba rompiendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fue el 2do frenado del vehículo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Estaba frenando el 3er vehículo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tu auto se estaba moviendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se movía el 2do vehículo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se movía el 3er vehículo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿qué tan rápido? ____ mph			Si es así, ¿qué tan rápido? ____ mph			Si es así, ¿qué tan rápido? ____ mph		

¿Cuál es el nombre de la calle/ubicación en la que viajaba? _____
 ¿En qué dirección te dirigías? Norte Este Sur Oeste
 En sus propias palabras, describa el accidente: _____

Detalles de colisión	Golpeado por otro vehículo	Golpear otro vehículo	Golpeado por objeto	Golpear objeto
Primer impacto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segundo impacto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Impactos en el vehículo	FRENTE	FRENTE-IZQUIERDO	FRENTE-DERECHO	IZQUIERDO	IZQUIERDO-TRASERA	DERECHO	DERECHO-TRASERA	TRASERA	PARTE SUPERIOR
1er lugar de impacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2do lugar de impacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Daño del vehículo:	Totalizado	Significativo	Daño leve	Sin daños
Vehículo del paciente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segundo vehículo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tercer vehículo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Resultados de colisión:

El cuerpo fue arrojado:	<input type="checkbox"/> Adelante	<input type="checkbox"/> Hacia atrás	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> No puedo recordar
La cabeza golpeó:	<input type="checkbox"/> Bolsa de aire	<input type="checkbox"/> Parabrisas	<input type="checkbox"/> Espejo retrovisor	<input type="checkbox"/> Volante	<input type="checkbox"/> Tablero
	<input type="checkbox"/> Respaldo del asiento delantero	<input type="checkbox"/> Ventana lateral/Puerta	<input type="checkbox"/> El cuerpo de otra persona	<input type="checkbox"/> Reposacabezas	
El pecho golpeó:	<input type="checkbox"/> Bolsa de aire	<input type="checkbox"/> Volante	<input type="checkbox"/> Tablero	<input type="checkbox"/> Respaldo del asiento delantero	
	<input type="checkbox"/> Ventana lateral/Puerta	<input type="checkbox"/> El cuerpo de otra persona			
La Espalda golpeó:	<input type="checkbox"/> Arnes para los hombros	<input type="checkbox"/> Ventana lateral/Puerta	<input type="checkbox"/> Respaldo del asiento delantero		
	<input type="checkbox"/> El cuerpo de otra persona				

	Volante	Tableros	Respaldo del asiento delantero	Panel de la puerta	Consola central	El cuerpo de otra persona
Las rodillas golpean:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las caderas golpean:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atención recibida después del accidente:

	SI	NO	Inmediatamente	Más tarde el mismo día	Día siguiente	Fecha
¿Te vieron en la sala de emergencias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Fuiste hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Has visto a otro proveedor de atención médica por este accidente?						
Nombre(s) de los proveedor(es) de atención médica	_____					
Nombre del hospital / instalación	_____					

¿Cómo fue transportado al hospital o al proveedor de atención médica?

Ambulancia Vuelo de la vida Transporte privado Otro

¿Qué recomendó el hospital?	<input type="checkbox"/> Sin instrucciones	<input type="checkbox"/> Visita quiropráctico	<input type="checkbox"/> Visita fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> Visita médico propio
	<input type="checkbox"/> Visita ortopedista	<input type="checkbox"/> Visita neurólogo	<input type="checkbox"/> Medicación prescrita	<input type="checkbox"/> Otro

¿Te tomaron radiografías? SI NO Si es así, ¿qué áreas? _____
 ¿Le dieron algún medicamento? SI NO Si es así, ¿Qué? _____
 ¿El accidente te dejó inconsciente? SI NO INSEGURO Si es así, ¿Por cuánto tiempo? _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

TUYA:

Compañía de seguros:	
Contacto de la compañía de seguros:	Teléfono:
Parte asegurada:	
Numero de reclamo:	Número de póliza:
Conductor del vehículo:	

SUYO:

Compañía de seguros:	
Contacto de la compañía de seguros:	Teléfono:
Parte asegurada:	
Numero de reclamo:	Número de póliza:
Conductor del vehículo:	

¿Has contratado un abogado? SI NO Si es así, por favor notifique al personal de recepción.

Nombre:	La empresa:
Teléfono:	

Información Adicional

¿Número de personas con usted en el auto? _____ ¿Se informó este accidente a la policía? SI NO
 ¿Quién fue encontrado culpable? Paciente Otro conductor Otro (por favor explique) _____
 ¿Se emitieron citaciones de tráfico? SI NO Si es así, ¿a quien? _____

Firma del paciente o tutor

Fecha

Reconocimiento y comprensión de seguros de terceros

Seguros: _____ Teléfono: _____

Dirección del seguro: _____ Reclamación #: _____

Por la presente, reconozco que estoy recibiendo servicios de atención médica de Advanced Spine and Health Center of Cache Valley. Me han informado que el médico que me brinda los servicios está dispuesto a esperar el pago de estos servicios, siempre que exista una posibilidad razonable de que el pago se realice mediante reembolso del seguro o fuera del acuerdo de un reclamo de responsabilidad o demanda judicial.

Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud y accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Además, entiendo que esta oficina de quiropráctica preparará todos los informes y formularios necesarios para ayudarme a hacer el cobro de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada para pagarse a esta oficina de quiropráctica se acreditará en mi cuenta al recibirla.

Entiendo que si se determina que una o más de las siguientes condiciones se aplican a mi caso, soy responsable de pagar todos los servicios que se me prestan. *Condición 1:* No hay obligación de la compañía de seguros de pagar por estos servicios, o si la compañía de seguros involucrada se niega a reconocer una asignación al médico o hacer otras disposiciones para la protección de los cargos del médico. *Condición 2:* Si existe un reclamo de responsabilidad, y mi abogado (actual o futuro) se niega a aceptar proteger los intereses del médico al negarse a firmar un acuerdo de gravamen. *Condición 3:* Si no contrato los servicios de un abogado.

Estoy de acuerdo en pagar todos los servicios que me prestan de manera actual y el saldo restante adeudado en mi cuenta se pagará en su totalidad tan pronto como se resuelva mi reclamo de responsabilidad o dentro de los tres meses posteriores a la fecha de mi último tratamiento, lo que ocurra primero. También entiendo que si suspendo mi atención y tratamiento, cualquier tarifa por los servicios profesionales que se me presten será pagadera y pagadera de inmediato.

Consentimiento de servicios profesionales y divulgación de información.

Por la presente autorizo y libero al médico y a quien él / ella pueda designar como sus asistentes para administrar tratamiento, examen físico, estudios de rayos X, procedimientos de laboratorio, atención quiropráctica o cualquier servicio clínico que considere necesario en mi caso; Además, lo autorizo a revelar todo o parte de mi registro (del paciente) a cualquier persona o corporación que sea o pueda ser responsable en virtud de un contrato con la clínica o con el paciente o con un familiar o empleador del paciente por la totalidad o parte del cargo de las clínicas, incluidas, entre otras, compañías de servicios médicos o de hospitales, compañías de seguros, compañías de compensación de trabajadores, fondos de asistencia social o el empleador del paciente.

Nombre impreso del paciente

Fecha de lesión del paciente

Firma del paciente o tutor

Fecha

ASIGNACIÓN IRREVOLCABLE, DIRECCIÓN Y AUTORIDAD PARA PAGAR GASTOS MÉDICOS
(IRREVOLCABLE ASSIGNMENT, DIRECTION AND AUTHORITY TO PAY MEDICAL EXPENSES)

Sección del paciente (Patient Section):

Por la presente, asigno, transfiero y transfiero de manera irrevocable a Advanced Spine and Health Center las sumas adeudadas y adeudadas por los servicios médicos prestados, incluidos los intereses, y que se me entregarán a continuación a mí o a la (s) persona (s) de _____, por razón del accidente de _____, 20 _____. Por la presente, autorizo y ordeno irrevocablemente a cualquier persona o empresa que tenga o reciba el dinero que se me deba por dicho reclamo, incluido mi abogado, para pagar a Advanced Spine and Health Center el saldo impago de su factura por todos los servicios profesionales prestados a mí o a lo anterior. persona (s) nombrada (s) antes de distribuirme dinero. Esta es una asignación directa e irrevocable de derechos y beneficios bajo este reclamo.

(I hereby irrevocably assign, transfer and set over to Advanced Spine and Health Center such sums as may be due and owing for medical rendered, including interest, and to be rendered hereafter to me, or to the person(s) of _____, by reason of the accident on _____, 20 _____. I hereby irrevocably authorize and direct any person or company having or receiving money due me on such a claim, including my attorney, to pay Advanced Spine and Health Center the unpaid balance of their bill for all professional services rendered to me or to the above-named person(s) before distributing any money to me. This is a direct and irrevocable assignment of rights and benefits under this claim.)

Entiendo completamente y reconozco expresamente que soy personalmente responsable del pago total de los servicios prestados por Advanced Spine and Health Center para mí o para las personas mencionadas anteriormente. El pago a la clínica no depende de la obtención de fondos de un tercero que pueda ser responsable de mis lesiones. Este acuerdo se realiza únicamente para la protección de Advanced Spine and Health Center y en consideración por su pago pendiente. Me han informado que si no deseo cooperar en la protección de los intereses de Advanced Spine and Health Center, la clínica no esperará el pago, pero puede declarar el saldo total adeudado por mí. En caso de litigio de este acuerdo, si prevalece la clínica, acepto pagar todos los costos de cobranza, abogado y corte, así como los cargos por intereses a una tasa del 1.5% por mes desde la fecha de inicio del tratamiento.

(I fully understand and expressly acknowledge that I am personally responsible and liable for the payment in full for services rendered by Advanced Spine and Health Center to me or to the above-named persons. Payment to the clinic is not contingent upon obtaining any funds from any third party who may be responsible for my injuries. This agreement is made solely for Advanced Spine and Health Center's protection and in consideration for their awaiting payment. I have been advised that if I do not wish to cooperate in protecting Advanced Spine and Health Center's interest, the clinic will not await payment but may declare the entire balance due and payable by me. In the event this agreement is litigated, shall the clinic prevail, I agree to pay all collection, attorney, and court costs as well as interest charges at the rate of 1.5% per month from the date of beginning treatment)

Reconozco mi acuerdo con esta solicitud al firmar a continuación.

(I acknowledge my agreement to this request by signing below.)

Firma del paciente o tutor.

Fecha

Acuse de recibo y recibo de la asignación

La compañía de seguros / abogado abajo firmante acusa recibo de una copia de la asignación anterior y acepta que antes del pago de cualquier dinero al paciente o tutor del paciente mencionado anteriormente, después de restar primero de dichos fondos, los honorarios y costos de abogado adeudados y como resultado directo de la representación del cliente en el reclamo que resultó en el tratamiento de las lesiones en la clínica mencionada anteriormente, deberá pagar a Advanced Spine and Health Center todas las facturas pendientes por servicios profesionales, si corresponde, directamente a Advanced Spine and Health Center.

The undersigned insurance company/attorney does hereby acknowledge receipt of a copy of the above assignment and does agree that prior to the payments of any monies to the above-named patient or patient's guardian, after first subtracting from said funds any attorney fees and costs due and owing as a direct result of representation of the client on the claim which resulted in the injuries being treated at the above named clinic, shall pay Advanced Spine and Health Center all outstanding bills for professional services, if any, directly to Advanced Spine and Health Center.

Despacho de abogados (Law Firm)

Fecha (Date)

Nombre del abogado (impreso)
Attorney Name (Printed)

Firma del abogado o representante
Signature of Attorney or Representative

Copia de este documento es como original (Copy of this document is as an original)