

CUESTIONARIO PERSONAL PARA PACIENTE NUEVO

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Calle: _____ Código postal: _____

Número de SSI: _____ - _____ - _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Estado Civil: _____ Nombre de los Cónyuges: _____

Ocupación(es): _____

Empleador: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Hombre/ Mujer/ Otro (Marque con un círculo)

Compañía de Seguros: _____ Número de Póliza: _____

Número de grupo/reclamo: _____ Nombre del asegurado principal: _____

Describa su queja principal. Use el reverso de la hoja si es necesario:

¿Hay algo más relacionado con su salud que le gustaría que supiera el doctor?

LLENE SÓLO PARA LESIONES RELACIONADAS CON UN ACCIDENTE DE AUTO:

Compañía de seguros para el vehículo en el que estaba: _____

Fecha del Accidente: _____ Nro. de Póliza: _____ Nro. de Reclamo si es Reportado: _____

Conductor del Vehículo si fuera pasajero: _____

¿Ha contratado a un abogado? _____

Nombre y teléfono del ajustador de seguros: _____

Nombre y teléfono del abogado: _____

LLENE SÓLO PARA LESIONES RELACIONADAS CON EL TRABAJO:

Fecha del Accidente: _____ ¿Fue reportado? Sí/ No (círculo)

Nombre del empleador: _____

¿Te quedaste en el trabajo? Sí/No (Marque con un círculo) Si no, ¿cuándo volvió a trabajar? _____

Nombre y Teléfono del Supervisor

ect: _____

¿Consultó a un médico? Sí/ No (Marque con un círculo) En caso afirmativo, nombre y especialidad del médico: _____

¿Retuvo un abogado? Sí/No (Marque con un círculo) En caso afirmativo, nombre y teléfono: _____

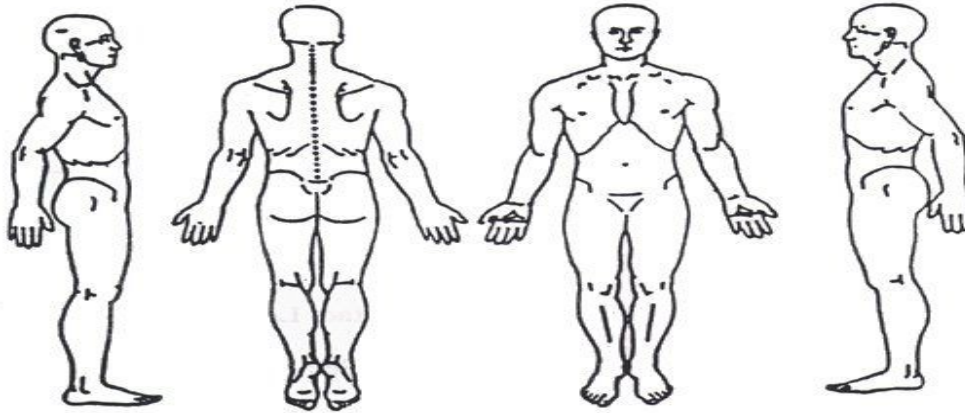
¿Alguna vez ha tenido compensación del trabajador? ¿Reclamar antes? Sí/ No (encierre en un círculo)
Si es así, ¿cuándo? _____

Formulario de admisión del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

1. El problema de hoy es causado por: Accidente automovilístico o Compensación al trabajador (círculo)

2. Indique en los dibujos a continuación dónde tiene dolor/síntomas:



3. ¿Con qué frecuencia experimenta sus síntomas? (Círculo)

* Constantemente (75-100% del tiempo)

* Ocasionalmente (25-50% del tiempo)

* Frecuentemente (50-75% del tiempo)

* Intermitentemente (0-25% del tiempo)

4. ¿Cómo describiría el tipo de dolor?

* Agudo * Adolorido * Rígido

* Agudo con movimiento

* Eléctrico como con movimiento

* Otro: _____

* Sordo * Ardiente * Entumecido

* Tiro con movimiento

* Difuso * Disparo * Hormigueo

* Puñalada con movimiento

5. ¿Cómo están cambiando sus síntomas con el tiempo (círculo):

* Empeorando

* Permaneciendo igual

* Mejorando

6. Utilizando una escala del 0 al 10 (siendo 10 el peor), ¿cómo calificaría su problema (Círculo)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. ¿Cuánto ha interferido el problema con su trabajo **(círculo)**?

* Nada * Un poco * Moderadamente * Bastante * Extremadamente

8. ¿Cuánto ha interferido el problema con sus actividades sociales?

* Nada * Un poco * Moderadamente * Bastante * Extremadamente

9. ¿A quién más ha visto sobre este problema **(círculo)**?

* Quiropráctico * Neurólogo * Médico de Atención Primaria

* Médico de urgencias * Ortopedista * Otro: _____

* Masajista * Fisioterapeuta * Nadie

10. ¿Cuánto tiempo hace que tiene este problema? _____

11. ¿Cómo crees que comenzó este problema _____

12. ¿Considera grave este problema? **(Círculo)**

* Sí * Sí, a veces * No

13. ¿Qué agrava y qué alivia su(s) problema(s)?

Agrava: _____

Alivia: _____

14. ¿Qué es lo que más le preocupa de su problema? ¿Qué te impide hacer?

15. ¿Cuál es su: Altura: _____ Peso: _____ Fecha de nacimiento: _____

16. ¿Cómo calificaría su salud en general **(círculo)**:

* Excelente * Muy Bueno * Bueno * Regular * Malo

17. ¿Qué tipo de ejercicio haces? (**Círculo**)

* Extenuante * Moderado * Ligero * Ninguno

18. Indique si tiene familiares inmediatos con alguno de los siguientes (**círculo**):

* Artritis reumatoide * Diabetes * Lupus

* Problemas cardíacos * Cáncer * ELA

19. Para cada una de las condiciones enumeradas a continuación, **CIRCULAR en la columna "pasado"** si ha tenido la condición en el pasado. Si actualmente tiene una de las condiciones enumeradas a continuación, **MARQUE CON UN CÍRCULO la columna "presente"**.

Pasado:	Presente:	Pasado:	Presente:	Pasado:	Presente:
* * Dolores de cabeza		* * Presión arterial alta		* * Diabetes	
* * Dolor de cuello		* * Ataque al corazón		* * Alergias	
* * Dolor de espalda superior		* * Dolor de pecho		* * Fumar	
* * Dolor de espalda medio		* * Accidente cerebrovascular		* * Beber	
* * Dolor de espalda baja		* * Angina		* * Uso de drogas	
* * Dolor de hombro		* * Cálculos renales		* * Depresión	
* * Dolor de codo/ brazo		* * Trastorno renal		* * Lupus	
* * Dolor de muñeca		* * Infección de vejiga		* * Epilepsia	
* * Dolor en las manos		* * Dolor al orinar		* * VIH	
* * Dolor de cadera		* * Pérdida del control de la vejiga		* * SIDA	
* * Dolor en la parte superior de la pierna		* * Problemas de próstata		* * Embarazo	
* * Dolor de rodilla		* * Aumento/pérdida de peso anormal		* * Otro: _____	
* * Dolor de tobillo/pie		* * Pérdida del apetito			
* * Dolor de mandíbula		* * Dolor abdominal			
* * Dolor/rigidez en las articulaciones		* * Úlcera			
* * Artritis		* * Hepatitis			
* * Artritis reumatoide		* * Trastorno del hígado/vesícula biliar			
* * Cáncer		* * Fatiga general			
* * Tumor		* * Incoordinación Muscular			
* * Asma		* * Alteraciones Visuales			
* * Sinusitis Crónica		* * Mareos			

* * Pildoras anticonceptivas

* * Reemplazo hormonal

20. ¿Tiene marcapasos o algún aparato eléctrico? _____

21. ¿Cuándo fue su último control médico? _____

22. ¿Qué actividades realiza en el trabajo la mayoría de los días?

Sentado: * La mayor parte del día * La mitad del día * Un poco del día

Stand: * La mayor parte del día * La mitad del día * Un poco del día

Trabajo en computadora: * La mayor parte del día * La mitad del día * Un poco del día

Por teléfono: * La mayor parte del día * La mitad del día * Un poco del día

24. ¿Qué actividades realiza fuera del trabajo? _____

25. ¿Ha tenido un trauma significativo en el pasado? Sí o No (círculo)

En caso afirmativo, especifique el incidente:

26. ¿Ha tenido alguna hospitalización en el pasado? _____

27. ¿Algo más pertinente a su visita de hoy? _____

28. ¿Recibió atención quiropráctica antes? _____

Firma del paciente _____ Fecha: _____

Formulario de colisión de vehículos de motor

Nombre del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

1) Fecha del Accidente Automovilístico: ____/____/____

2) Hora del Accidente: ____:____ am/pm

3) Número de vehículos involucrados en el accidente: _____

4) ¿En qué carretera/ciudad/estado viajaba? _____

5) ¿En qué dirección viajaba? _____

6) ¿Como resultado del accidente, se emitieron multas de tráfico para usted/otro automóvil? _____

7) Elija el tipo principal de impacto (encierre en un círculo todo lo que corresponda):

Detrás Lado izquierdo Lado derecho Frente

8) ¿Dónde estaba sentado en el vehículo?

Conductor Pasajero Peatón

9) ¿Sabías que se avecinaba el accidente? _____

10) En el momento del impacto, su vehículo estaba (encierre en un círculo todo lo que corresponda):

Disminuyendo la velocidad

Ganando velocidad

Detenido

Moviéndose a una velocidad constante

11) Durante y después del choque, qué le sucedió a su vehículo: _____

12) ¿Perdió el conocimiento durante el accidente? Sí No

13) ¿Cómo estaba colocada su cabeza durante el accidente? _____

14) ¿Cómo estaba posicionado su torso durante el accidente? _____

15) ¿Cómo estaban colocadas sus manos durante el accidente? _____

16) ¿Se golpeó la cabeza o cualquier otra parte del cuerpo con alguno de los siguientes (encierre en un círculo todo lo que corresponda)?

Parabrisas Volante Puerta lateral Salpicadero Techo

Asiento Otro: _____

- 17) ¿Llevaba puesto el cinturón de seguridad? Sí No
- 17A) ¿Se desplegó su bolsa de aire? Sí No
- 18) ¿Estuvo la policía/EMT en la escena del accidente? Sí No
- 19) ¿Fuiste al hospital? Sí No
- 20) Nombre del hospital: _____
- 21) ¿Cómo fue al hospital? _____
- 22) ¿Estuvo hospitalizado durante la noche? Sí No
- 23) En el hospital, ¿le recetaron analgésicos? Sí No
- 24) ¿En el hospital le recetaron relajantes musculares? Sí No
- 25) ¿Recibió puntos de sutura por algún corte? Sí No
- 26) ¿Recibió alguno de los siguientes (encierre en un círculo todo lo que corresponda)?
 Soporte de espalda de cuello cervical
- 27) ¿Se tomaron radiografías en el hospital? Sí No
- 28) ¿Se realizó una resonancia magnética? Sí No
- 29) ¿Recibió alguna otra imagen especial? Sí No
- 30) ¿Ha perdido algún día de trabajo? Sí No Si es así, ¿cuántos? _____
- 31) Desde el accidente, ¿ha notado alguno de los siguientes síntomas (encierre en un círculo todos los que correspondan)?

Dolores de cabeza	Dolor de cuello	Rigidez en el cuello
Tensión	Dolor de espalda	Problema para dormir
Dificultad para respirar	Irritabilidad	Mareos
La cabeza se siente pesada	Anillo en los oídos	Desmayo
Alfileres y agujas en los brazos	Nerviosismo	Manos frías
Alfileres y agujas en las piernas	Pies fríos	Entumecimiento
La luz molesta a los ojos	Cara enrojecida	Fatiga
Zumbidos en los oídos	Estreñimiento	Sudores fríos
Pérdida del olfato	Diarrea	Fiebre
Pérdida del equilibrio	Malestar estomacal	Pérdida de la memoria

Otros síntomas: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO

Por la presente solicito y doy mi consentimiento para la realización de ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluidos varios modos de fisioterapia y radiografías de diagnóstico y/u otras pruebas en mí (o en el paciente nombrado a continuación, de quien soy legalmente responsable) por parte del médico o quiropráctico mencionado a continuación y/u otros médicos quiroprácticos con licencia que ahora o en el futuro me traten mientras esté empleado, trabajando o asociado o sirviendo como respaldo del médico o quiropráctico mencionado a continuación, incluidos los que trabajan en la clínica o el consultorio enumerados a continuación o cualquier otro consultorio o clínica, ya sea que firmen o no este formulario.

He tenido la oportunidad de hablar con el médico quiropráctico mencionado a continuación y/o con otro personal del consultorio o de la clínica sobre la naturaleza y el propósito de los ajustes y procedimientos quiroprácticos. Entiendo que los resultados no están garantizados.

Entiendo y estoy informado de que, al igual que en la práctica de la medicina, en la práctica de la quiropráctica existen algunos riesgos para el tratamiento, incluidos, entre otros, fracturas, lesiones de disco, accidentes cerebrovasculares, dislocaciones, caídas, mareos, dolores de cabeza, quemaduras con modalidades y esguinces. No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en que el médico ejerza su juicio durante el curso del procedimiento que el médico considere en ese momento, en función de los hechos conocidos en ese momento. y está en mis mejores intereses.

He leído, o me han leído, el consentimiento anterior. También tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido y, al firmar a continuación, acepto los procedimientos mencionados anteriormente. Tengo la intención de que este formulario de consentimiento cubra todo el curso del tratamiento de mi condición actual y de cualquier condición futura para la cual busque tratamiento.

Por la presente reconozco que no se me han hecho garantías en cuanto al efecto de tales exámenes o tratamientos de mi condición.

Dr. Michael Spinelli Dr. Vimarelis Rivera Contes

Firma del paciente o firma del representante del paciente

Fecha

Escriba el nombre del paciente _____

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO
AVISOS DE PRÁCTICAS PRIVADAS**

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de Prácticas Privadas y que las he leído o rechazé la oportunidad de leerlas y entender el Aviso de Prácticas Privadas. Entiendo que este formulario se colocará en mi expediente del paciente y se mantendrá durante seis años.

Al marcar las líneas a continuación, autorizo ser contactado para recordatorios de prácticas por:

Correo: _____;

Correo electrónico: _____; en la dirección de correo electrónico:

Números telefónicos): _____;

_____;

Por correo de voz: _____;

Por mensaje de texto: _____;

Por dirección de Facebook: _____;

Al marcar las líneas a continuación, autorizo ser contactado para felicitaciones de cumpleaños o promociones sobre la práctica por:

Correo: _____;

Correo electrónico: _____; en la dirección de correo electrónico:

Números telefónicos): _____;

_____;

Por correo de voz: _____;

Por mensaje de texto: _____;

Por dirección de Facebook: _____;

Al marcar las líneas a continuación, autorizo al médico a discutir personalmente conmigo los productos que pueden beneficiar mi salud o condición:

Fecha: _____

Nombre del paciente (letra de imprenta): _____

Nombre del padre, tutor o representante legal del paciente:

Firma del paciente, padre, tutor o representante legal del paciente:

Este formulario se colocará en el expediente del paciente y se mantendrá durante seis años.

Enumere a continuación los nombres y la relación de las personas a las que autoriza a la práctica a divulgar PHI.

Firma del paciente: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____ **Fecha de nacimiento:** _____



Reconocimiento del paciente de la política de sala abierta

Sala abierta: utilizamos una sala de terapia abierta. Hacemos intentos de buena fe para mantener las conversaciones en un nivel bajo. Ofrecemos a cada paciente la oportunidad de ser tratado en una habitación privada si así lo solicita.

Firma: _____

Fecha: _____

Lista de medicamentos

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Enumere todos los medicamentos y para qué se utilizan:

Medicamentos/ Vitaminas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Enumere todas las cirugías o procedimientos con la fecha en que se completaron:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Enumere cualquier condición de salud actual o pasada:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

5. _____

¿Tuviste alguno de los siguientes? En caso afirmativo, indique cuándo.

- Examen médico _____
- Colonoscopia _____
- Examen cardíaco _____
- Marcapasos _____
- GIN (Mujer) _____
- Densidad ósea _____
- Próstata (Masculino) _____
- Radiografías de la columna _____
- RM _____
- Ajuste quiropráctico _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Firma:

X. _____

Formulario estándar de divulgación y reconocimiento
Protección contra lesiones personales: tratamiento inicial o servicio proporcionado

La persona asegurada que suscribe (o el tutor de dicha persona) afirma:

1. Los servicios o tratamientos que se detallan a continuación fueron efectivamente prestados. Esto significa que esos servicios ya han sido proporcionados.

2. Tengo el derecho y el deber de confirmar que los servicios ya han sido prestados.

3. Ninguna persona me solicitó que buscara ningún servicio del proveedor médico de los servicios descritos anteriormente.

4. El proveedor médico me ha explicado los servicios por los cuales se reclama el pago.

5. Si notifico a la aseguradora por escrito sobre un error de facturación, puedo tener derecho a una parte de cualquier reducción en las cantidades pagadas por mi aseguradora de vehículos motorizados. Si tuviera derecho, mi parte sería al menos el 20 % del monto de la reducción, hasta \$500.

Persona asegurada (paciente que recibe tratamiento o servicios) o tutor de la persona asegurada:

Nombre (LETRA DE IMPRENTA o TIPO)

Firma

Fecha

El profesional médico autorizado o el director médico que suscribe, si corresponde, afirma la declaración numerada 1 anterior y también:

A. No he solicitado ni he hecho que se solicite a la persona asegurada, que estuvo involucrada en un accidente automovilístico, que presente una reclamación de beneficios de protección contra lesiones personales.

B. El tratamiento o los servicios prestados fueron explicados a la persona asegurada, oa su tutor, de manera suficiente para que esa persona firme este formulario con su consentimiento informado.

C. La declaración o factura adjunta está correctamente completada en todas las disposiciones importantes y se ha proporcionado toda la información pertinente. Esto significa que cada solicitud de información ha sido respondida con veracidad, precisión y de manera sustancialmente completa.

D. La codificación de los procedimientos en la declaración o factura adjunta es adecuada. Esto significa que ningún servicio ha sido codificado, desagregado o constituye una prueba de diagnóstico no válida o médicamente necesaria según lo definido por la Sección 627.732 (14) y (15) de los Estatutos de Florida o la Sección 627.736 (5) (b) 6 de los Estatutos de Florida.

Profesional Médico Licenciado que Presta Tratamiento/Servicios o Director Médico, si corresponde (Firma de su puño y letra):

Nombre (LETRA DE IMPRENTA o TIPO)

Firma

Fecha

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado según la Sección 817.234(1)(b).), Estatutos de Florida.

Nota: El original de este formulario debe entregarse a la aseguradora de conformidad con la Sección 627.736(4)(b) de los Estatutos de Florida y no puede entregarse electrónicamente. La falta de presentación de este formulario puede dar lugar a la falta de pago de la reclamación.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO, GRAVAMEN, LIBERACIÓN Y DEMANDA

Asegurador y paciente ¡Lean atentamente lo siguiente en su totalidad!

Yo, el paciente/asegurado que suscribe, a sabiendas, voluntaria e intencionalmente cedo irrevocablemente los derechos y beneficios de mi seguro de automóvil, también conocido como protección contra lesiones personales (en adelante PIP), conductor sin seguro y póliza de seguro de pagos médicos al proveedor de atención médica mencionado anteriormente. Entiendo que la intención del proveedor es aceptar esta asignación de beneficios en lugar de exigir el pago en el momento en que se prestan los servicios. Entiendo que este documento permitirá que el proveedor presente una demanda contra una aseguradora por el pago de los beneficios del seguro o una explicación de los beneficios y busque \$627.428 daños de la aseguradora. Esta cesión de beneficios incluye transporte, medicamentos, suministros, intereses vencidos y cualquier reclamo potencial por el derecho consuetudinario o mala fe estatutaria/manejo de reclamos injusto. Si la aseguradora cuestiona la validez de esta asignación de beneficios, se le indicará que notifique al proveedor por escrito dentro de los cinco días posteriores a la recepción de este documento. La falta de información al proveedor supondrá una renuncia por parte del asegurador a impugnar la validez de este documento. La falta de información al proveedor supondrá una renuncia por parte del asegurador a impugnar la validez de este documento. El abajo firmante indica a la aseguradora que pague al proveedor de atención médica la cantidad máxima directamente sin ninguna reducción y sin incluir el nombre del paciente en el cheque. En la medida en que el asegurador PIP sostenga que hay una tergiversación material en la solicitud de seguro que resulte en que la póliza de seguro sea declarada nula, rescindida o cancelada, yo, como él nombré asegurado bajo dicha póliza de seguro, por la presente asigno el derecho a recibir la primas pagadas por mi seguro PIP a este proveedor y presentar una demanda para la recuperación de las primas. Se ordena a la aseguradora que emita dicho cheque de reembolso a nombre de este proveedor solamente. Si las facturas médicas no exceden la prima reembolsada, se indica al proveedor que envíe por correo al paciente/asegurado designado un cheque que represente la diferencia entre las facturas médicas y las primas pagadas.

Embargo: Yo, el paciente que suscribe, garantizo el pago completo a Butterfly Family Chiropractic y acepto que seguiré siendo personalmente responsable de los cargos no pagados como resultado de cualquier deducible, copago y tratamiento después de que se agoten los beneficios y/o por cualquier otro tratamiento/ servicio que queda sin pagar. Además, otorgo a Butterfly Family Chiropractic un derecho de retención contra cualquier recuperación que pueda tener contra cualquier causante del daño, parte responsable o cualquier compañía de seguros responsable. Ordeno a mi abogado que retenga los fondos que reciba de cualquier acuerdo para pagar cualquier saldo pendiente a Butterfly Family Chiropractic. Acepto e instruyo a mi abogado para que informe de inmediato a Butterfly Family Chiropractic de cualquier acuerdo como resultado de las lesiones sufridas en el accidente automovilístico _____ (fecha), resbalón y caída o accidente de motocicleta. Además, acepto e instruyo a mi abogado que no aceptaré ningún cheque de liquidación hasta que el saldo restante se resuelva con Butterfly Family Chiropractic.

Disputas: El proveedor y el abajo firmante le indican a la aseguradora que no emita cheques o giros en la liquidación parcial de un reclamo que contengan o estén acompañados de un lenguaje que libere de responsabilidad a la aseguradora o a su asegurado/paciente, a menos que haya habido un acuerdo previo por escrito. acordado por el proveedor de salud (específicamente el gerente de la oficina) y el asegurador en cuanto a la cantidad pagadera bajo la póliza de seguro. El asegurado y el proveedor por este medio impugna y objeta cualquier reducción o pago parcial. Cualquier pago parcial o reducido, independientemente del idioma que lo acompañe, emitido por el asegurador y depositado por el proveedor se hará bajo protesta, por cuenta y riesgo del asegurador, y el depósito no se considerará una renuncia, acuerdo, satisfacción, liberación, liquidación o acuerdo por parte del proveedor de aceptar una cantidad reducida como pago total. Se pone en conocimiento de la aseguradora que este proveedor se reserva el derecho de reclamar el monto total de las facturas presentadas. Si la aseguradora PIP declara que puede pagar reclamos al 200 % del Programa de tarifas de Medicare o cualquier otro programa de tarifas contenido en F.S. 627.736, entonces se instruye y ordena a la aseguradora que proporcione a este proveedor una copia de la póliza de seguro dentro de los 10 días. Cualquier esfuerzo por parte de la aseguradora para pagar una deuda en disputa como satisfacción total debe enviarse por correo a la dirección anterior, después de hablar con la oficina/gerente de facturación y enviarse por correo a la atención de la oficina/gerente de facturación. Ver Fla. Stat. §673.3111. Esta cesión se aplica a gastos médicos pasados y futuros y es válida incluso si no tiene fecha. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como el original. Acepto pagar cualquier deducible aplicable, copagos, por los servicios prestados después de que se agote la póliza de seguro y por cualquier otro servicio no relacionado con el accidente automovilístico. El proveedor de atención médica tiene el poder notarial para: incluir mi nombre en cualquier cheque por los servicios prestados por el proveedor mencionado anteriormente; y solicitar y obtener una copia de cualquier declaración o examen bajo juramento dado por el paciente.

Divulgación de información: Por la presente autorizo a este proveedor a: proporcionar a una aseguradora, al intermediario de una aseguradora, a los otros proveedores médicos del paciente y al abogado del paciente por correo postal, fax o correo electrónico, toda la información que pueda estar contenida en los registros médicos; y para que mi compañía de seguros envíe información de cobertura de seguro (hoja de declaración y póliza de seguro) por escrito y por teléfono al proveedor mencionado anteriormente; solicitar a cualquier aseguradora todas las explicaciones de beneficios (EOB) para todos los proveedores y hojas de pago de PIP no redactadas; obtener cualquier declaración escrita y verbal que el paciente o cualquier otra persona haya proporcionado a la aseguradora; obtener copias de todo el expediente del reclamo y todos los registros médicos, incluidos, entre otros, documentos, informes, escaneos, notas, facturas, opiniones, radiografías, IME y resonancias magnéticas, de cualquier otro proveedor médico o aseguradora. El proveedor tiene permitido presentar mis registros médicos a su abogado en relación con cualquier demanda pendiente. Se ordena a la aseguradora que mantenga privados y confidenciales los registros médicos del paciente de este proveedor. La aseguradora no está autorizada a proporcionar estos registros médicos a ninguna persona sin el permiso previo, expreso y por escrito del paciente y del proveedor. **TENGA EN CUENTA: La aseguradora no está autorizada a divulgar información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a proveedores externos que programan exámenes médicos independientes o médicos de exámenes médicos independientes.**

Demanda: Por la presente, se solicita a la aseguradora que pague todas las facturas dentro de los 30 días sin reducciones y que envíe por correo la última hoja de pago de PIP no redactada y la hoja de declaración de cobertura de seguro, y la póliza de seguro al proveedor anterior dentro de los 15 días, así como como notificar al proveedor de conformidad con F.S. 627.736(6)(f) cuando se hayan agotado los beneficios. Se ordena al asegurador que pague las facturas en el orden en que se reciben. Sin embargo, si la aseguradora recibe una factura de este proveedor y un reclamo de otra persona el mismo día, se le indica a la aseguradora que no aplique la factura de este proveedor al deducible. Si la aseguradora recibe una factura de este proveedor y un reclamo de otra persona el mismo día, se le indicará a la aseguradora que pague primero a este proveedor antes de que se agote la póliza. Se instruye al asegurador a informar, por escrito, al proveedor de cualquier controversia.

Precaución: Lea antes de firmar. Si no entiende completamente este documento, por favor pida que se lo expliquemos. Si firma a continuación, asumiremos que comprende y acepta lo anterior. Certifico que he leído y estoy de acuerdo con todo lo anterior y que no me solicitaron ni me prometieron nada a cambio de recibir atención médica. Acepto que los precios de la atención médica son razonables

Nombre del paciente (letra de imprenta) _____

Firma del paciente (si el paciente es menor de edad, firma del padre/tutor) _____

Fecha _____