

Liability

MINOR

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno                      Primer Nombre                      Segundo Nombre

Masculino \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_

Idioma Preferido \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle                      Ciudad                      Estado                      Código

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Tenemos tu autorización para que la clínica te mande mensajes de textos y/o correos de voz? **SI NO**

Correo Electrónico (E-Mail) \_\_\_\_\_

Compañía de Empleo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencias \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Compañía de Empleo \_\_\_\_\_ # de Seguro \_\_\_\_\_

Nombre de Madre \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Compañía de Empleo \_\_\_\_\_ # de Seguro \_\_\_\_\_

¿A quien le podemos agradecer por referirlo/a? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez a tenido tratamiento quiropráctico? \_\_\_\_\_

**Autorización Para Eximir Información de Pago o de Beneficios Médicos**

Yo entiendo que soy el único responsable por todo los cobros que serán incurridos por mi persona. Yo asigno cualquier pago medico a la Clínica Quiropráctica Keith (Keith Clinic of Chiropractic). Si hay algún sobre pago en mi cuenta se me reembolsara lo mas pronto posible. Yo estoy de acuerdo a pagar todos los cobros de colección, cobros de corte, o de abogado adicionales a mi cuenta en esta clínica si así son necesarios. Yo autorizo a la Clínica Quiropráctica Keith (Keith Clinic of Chiropractic) que endorsen todos los cheques hechos a mi nombre para asi pagar mi cuenta. Yo entiendo que estoy expuesto a una averiguación de crédito en caso de que yo solicite uno por mis gastos.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Clínica Quiropráctica Keith (Keith Clinic of Chiropractic)  
Póliza Financiera**

Nosotros estamos comprometidos a proporcionarle con los mejores cuidados quiroprácticos. Si usted tiene aseguranza medica o aseguranza automovilística, nosotros estamos ansiosos ayudarle a que usted reciba los mayores beneficios.

En orden para que estas metas sean cumplidas, necesitaremos de su asistencia y comprensión a nuestra póliza financiera.

Accidente Automovilístico: Nosotros trabajamos con cualquier aseguranza automovilística o abogado involucrado. Pero por favor recuerde que usted es el único responsable de los cobros que no sean pagados por cualquier otra parte.

“ Yo he leído y comprendido la póliza financiera de arriba y accedo a sus términos aquí declarados”.

---

Firma del Paciente

---

Fecha

---

Nombre Escrito

**¿Síntomas Que Presenta Su Hijo/a Hoy?**

¿Su hijo/a a estado inconsciente anteriormente?	Si	No
¿Alguna ves su hijo/a a usado muletas o aparatos ortopédicos?	Si	No
¿Su hijo/a es propenso a accidentes?	Si	No
¿Alguna ves su hijo/a se a caido de unos escalones?	Si	No
¿Su hijo/a a estado involucrado en un accidente automovilístico?	Si	No
¿Su hijo/a a estado hospitalizado o han tenido alguna cirugia?	Si	No
¿Su hijo/a a tenido algun hueso roto o alguna torcedura?	Si	No
¿Su hijo/a tiene todos su vacunas?	Si	No
¿Su hijo/a es activo en algún deporte? Si asi es ¿Cuál? _____	Si	No
¿Su hijo/a tiene mala postura?	Si	No

¿Hay alguna otra cosa de su hijo/a que le gustaría compartir con nosotros para que nosotros podamos entender a su hijo mejor? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yo autorizo al Dr. Keith Pittman de la Clínica Quiropráctica y a cualquier persona designada a dar el cuidado necesario a mi hijo/a.

Nombre del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Cuestionario de Lesiones Personales**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_

¿Adónde sucedió el accidente? Describa el accidente en sus propias palabras:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuál era su posición en el automóvil?

- Conductor (¿Su manos estaban en el volante?) (¿Cuál?) Derecha Izquierda Ambas
- Pasajero (¿En qué asiento estaba?) **Enfrente** **Atrás del conductor** **Atrás del pasajero**

¿Su automóvil le pegó a otro vehículo? SI NO

¿Otro vehículo le pegó a su automóvil? SI NO

Angulo del impacto Primer Golpe: Enfrente Atrás Izquierda Derecha

Si hubo segundo golpe: Enfrente Atrás Izquierda Derecha

¿Usted llevaba su cinturón de seguridad puesto? SI NO

¿Se puso tenso al momento del impacto? SI NO Las manos Los pies

**¿De que lado estaba usted viendo en el momento del impacto? Enfrente Izquierda Derecha Atrás**

¿Se pegó con algo del automóvil cuando en el momento del impacto? SI NO

Si así fue ¿En donde se pegó y con que?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

¿La parte trasera del asiento se rompió / doblo? SI NO

Inmediatamente después del accidente ¿cómo se sintió? Mareado Desubicado Inconsciente Nervioso Con Nauseas Deprimido Débil

¿Usted fue al Hospital? SI NO

¿Fue usted admitido al hospital? Si así fue ¿por cuanto tiempo?\_\_\_\_\_

Si fue al hospital ¿Cuándo Fue? En el momento del accidente Al Próximo día

¿Cómo llegó al hospital? Ambulancia Carro de policía Propia transportación

Nombre y Ciudad donde se encuentra el hospital:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fue atendido por:\_\_\_\_\_

¿Que tratamiento se le dio?

Ninguno collar cervical rayos X Puntadas Vendado Medicamento para Dolor

- Instrucciones de cómo cuidar sus heridas
- Instrucciones de cómo cuidar sus torceduras
- Terapia Física
- Le instruyeron que llamara a un cirujano ortopédico
- Le instruyeron que llamara a su medico principal
- Fue referido a esta oficina para que le dieran tratamiento
- Otro Tratamiento(explique):\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿A visitado a otro doctor a causa de este accidente? SI NO

Nombre del Doctor:\_\_\_\_\_

**Liability**

**MINOR**

**Indique Todos Sus Síntomas: (marque todas las áreas que le duelan)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Ninguna parte            | <input type="radio"/> Espalda Superior  |
| <input type="radio"/> Cuello                   | <input type="radio"/> Espalda Inferior  |
| <input type="radio"/> Hombro Izquierdo         | <input type="radio"/> Caderas           |
| <input type="radio"/> Hombro Derecho           | <input type="radio"/> Glúteos           |
| <input type="radio"/> Brazo Superior Izquierdo | <input type="radio"/> Muslos            |
| <input type="radio"/> Brazo Inferior Izquierdo | <input type="radio"/> Rodilla Izquierda |
| <input type="radio"/> Brazo Superior Derecho   | <input type="radio"/> Rodilla Derecha   |
| <input type="radio"/> Brazo Inferior Derecho   | <input type="radio"/> Pierna Izquierda  |
| <input type="radio"/> Mano Izquierda           | <input type="radio"/> Pierna Derecha    |
| <input type="radio"/> Mano Derecha             | <input type="radio"/> Pie Izquierdo     |
| <input type="radio"/> Cabeza                   | <input type="radio"/> Pie Derecho       |
| <input type="radio"/> Migrañas                 | <input type="radio"/> Mandíbula         |
| <input type="radio"/> Muñeca Izquierda         | <input type="radio"/> Otra Parte _____  |
| <input type="radio"/> Muñeca Derecha           |   |

¿Tiene Zumbidos en los oídos? \_\_\_\_\_ ¿En Cual? \_\_\_\_\_

¿Tiene Visión Borrosa? \_\_\_\_\_

¿Se le ha entumido alguna parte del cuerpo? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

**Indique si tiene alguno de estos malestares:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Mareos              | <input type="radio"/> Nerviosismo              |
| <input type="radio"/> Cansancio           | <input type="radio"/> Ansiedad                 |
| <input type="radio"/> Depresión           | <input type="radio"/> Irritabilidad excesiva   |
| <input type="radio"/> Miedo de Manejar    | <input type="radio"/> Perdida de Concentración |
| <input type="radio"/> Mandíbula Trabada   | <input type="radio"/> Rechina los Dientes      |
| <input type="radio"/> Pesadillas          | <input type="radio"/> Dificultad para Dormir   |
| <input type="radio"/> Otro malestar _____ |  |

¿Ha perdido tiempo de trabajo debido al accidente? \_\_\_\_\_

¿Había tenido algún accidente previo? \_\_\_\_\_

¿Cómo se sentía usted antes de este accidente? \_\_\_\_\_

Algún otro comentario que necesitáramos saber sobre su salud

---

---

---

## Su Privacidad Cuenta

Este documento describe como su información medica será usada y/o compartida y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor lea esto cuidadosamente. Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar este contrato. Si hay un cambio en nuestras pólizas, le enviaremos un contrato nuevo a la dirección que usted nos proporcione.

### Comprendiendo su INFORMACION MEDICA:

Cada vez que usted visite a un medico o un proveedor de salud medica, él hará un historial medico por cada visita. Típicamente, este historial medico contiene información sobre su salud en el pasado, sus síntomas actuales, exámenes, resultados de exámenes, diagnósticos, tratamiento, y un plan de cuidado para usted. Este historial medico sirve para:

- La base en planear su cuidado medico.
- Como base de comunicación entre doctores y proveedores de salud medica que contribuyen en su cuidado.
- Documentación legal describiendo los cuidados que recibió y él por que de ellos.

Saber que contiene su historial medico y comprendiendo como esta información será usada le ayudara a:

- Asegurarse que sus cuidados sean correctos y completos.
- Comprender quien, que, cuando, porque y como otros proveedores obtienen su información.

### Sus Derechos Bajo El Estándar de Privacidad Federal:

Aunque su historial medico sea físicamente propiedad del proveedor medico que lo haya completado, usted tiene ciertos derechos sobre la información que están en ellos. Usted tiene el derecho a:

- Restringir el uso y divulgación de la información de tratamiento, pagos, y cuidados médicos. Los cuidados médicos consisten en las actividades que sean necesarias para llevar a cabo el tratamiento, así como la calidad de las cosas y segunda opiniones. Su derecho para pedir una restricción no incluye el uso o divulgación de la información permitida [164.502(a)(2)(l)(para usted), 164.510(a)(para el uso de oficina), o 164.512 (no necesita consentimiento o autorización. En caso de enfermedades contagiosas no tiene el derecho de restringir. En aun en los casos que usted halla pedido una restricción, reservamos el derecho de aceptar la restricción. Si aceptamos, de cualquier modo, nos basaremos en ella al menos que usted haga otra petición.
- Pedir que nos comuniquemos con usted de otra manera, si es razonable, nosotros deberemos honrar esa petición.
- Recibir y mantener una copia de este documento de información practica, así como nosotros pondremos una copia en su fólter, como requiere la ley que usted este informado y reciba una copia.
- Inspeccionar y copiar su información medica. Nosotros nos reservamos el derecho de negarle esta petición si creemos que causara daños a terceras personas.

Usted no tiene el derecho a lo siguiente:

- ❖ Notas de Psicoterapia
- ❖ Información recopilada con una razonable anticipación de o para ser usada en procedimientos o acciones civiles, criminales, o administrativos.
- ❖ Cualquier información que sé a sujeta a CLIA de 1988, 42U.S.C.
- ❖ Información que fue obtenida por alguien mas aparte del proveedor de cuidado medico, bajo el juramento de confidencialidad y que revele el nombre del proveedor de dicha información.
- Pedir correcciones o alteraciones en su historial medico. Pero no tenemos que corregirlo sí:
  - ❖ Nosotros no creamos el historial medico.
  - ❖ Los historiales médicos no están a su disposición como explicamos previamente.
  - ❖ El historial medico esta correcto y completo.

Si le negamos su petición para alterar, le notificaremos él porque, el cómo usted puede adjuntar una declaración de desacuerdo a su historial medico, y el cómo usted puede solicitar un reclamo al departamento de salud. Si la petición es aceptada, nosotros haremos las correcciones y distribuciones a quienes usted nos indique.

En otras ocasiones, el proveedor puede negarle acceso, pero si lo hace, el proveedor deberá proveerle con un resumen de su decisión en los siguientes 60 días. Si le damos acceso, le indicaremos que, si hay algo, debe hacer para obtener acceso. Nosotros nos reservamos el derecho a cobrar una cuota razonable por las copias. Las situaciones en las que podríamos negarle un resumen medico son:

- ❖ Cuando un profesional determine que dicha información ponga su vida en peligro o de otro individuo.
- ❖ Cuando la información haga referencias a otra persona y esta información sea dañina a esta persona.
- ❖ La petición se echa por el representante del individual y que un profesional crea que dicha información cause daño al individuo o a otra persona.

Usted puede obtener una explicación de los usos no rutinarios y divulgaciones de esos, aparte del tratamiento, pagos y cuidados médicos. Si no le proveemos con una explicación en el momento, se le dará en 60 días. Nosotros no tenemos que proveer una explicación por:

- ❖ Divulgaciones para usted
- ❖ Divulgaciones autorizadas por usted
- ❖ Divulgaciones de datos limitados
- ❖ Directorio de la Facilidad o a otra persona involucrada con el cuidado o para propósitos de notificaciones

## Liability

MINOR

- ❖ Seguridad Nacional o Propuestas de Inteligencia Nacional
- ❖ Institutos Correccionales o en forzamientos de leyes
- ❖ Datos que ocurrieron antes de Abril 14, 2003

### El Estándar de Privacidad Federal Nos Exige Que:

- ❖ Mantengamos la privacidad de su información de salud.
- ❖ Proverlo con un aviso de sus obligaciones y practicas de privacidad con respecto a su información de salud
- ❖ Acatemos los términos de este contrato
- ❖ Implementar una póliza de autorización de la oficina y sus normas.
- ❖ Disminuir los efectos de cualquier división de privacidad.

### Usos y Divulgaciones Aparte de Tratamientos, Pagos o Cuidados médicos:

**Asociados de Negocios:** Nosotros podemos proveer algunos servicios a través de contactos con otros asociados. Eje. : Transcripciones Medicas es contratada y ellos tendrán acceso a su información para que ellos puedan hacer su trabajo.

**Directorio:** Al menos que usted nos notifique de alguna objeción, nosotros podemos usar su nombre y información general para nuestro directorio.

**Notificaciones:** Nosotros podemos usar o divulgar su información para notificarlo o notificar a un familiar o persona responsable sobre su cuidado medico, de su ubicación, y condición general.

**Comunicación Familiar:** Al menos que usted tenga una objeción, el personal medico, usando su mejor criterio, puede informar a un familiar, a un relativo, a un amigo, u otra persona indicada por usted, sobre su información de salud o pagos sobre sus cuidados médicos.

**Investigaciones:** Nosotros podemos divulgar su información a investigadores cuando un grupo de revisión halla asegurado los protocolos y la privacidad de su información de salud y este de acuerdo con la investigación.

**Directores Fúnebres:** Nosotros podemos divulgar su información de salud a los directores fúnebres que concuerden con las leyes para que ellos puedan llevar acabo su trabajo.

**Mercado / continuidad de Cuidados:** Nosotros podemos contactarlo para informarle de una cita o sobre su tratamiento(s), tratamientos alternativos, o otros beneficios médicos, tarjetas de cumpleaños, anuncios y otros servicios que puedan ser de su interés.

**Recaudación de fondos:** Nosotros podemos llamarlo para formar parte de nuestra recaudación de fondos.

**Administración de Comida o Drogas:** Nosotros podemos divulgar ala FDA cualquier información de salud relevante a los efectos adversos con respecto a comida, drogas, suplementos, productos, o productos defectos para posibilitar una retirada, una reparación, o reemplazo del producto.

**Compensación Laboral o Aseguranzas:** Nosotros podemos divulgar información de salud a las personas autorizadas. Podemos otorgar información medica a otros proveedores médicos, hospitales, y toda o cualquier parte de sus pagos por los servicios rendidos. Esto también incluye a los programas de aseguranzas, HMO, PPO, su empleador, y otras organizaciones o grupos de información (Ej. La Asociación de Quiroprácticos de Carolina del Norte, La Asociación Tercera de Responsabilidad, Aseguranza Med Pay, etc.) que pueden solicitar información medica, o requerir que se les asistan en obtener, distribuir, y/o rembolsar servicios por y en un extensivo necesario a cumplir con las leyes que se relacionan con la compensación laboral o otros programas similares organizados por la ley.

**Salud Publica:** Como requiere la ley, nosotros podemos divulgar su información medica a la salud publica o autoridades legales que son responsables por prevenir o controlar enfermedades, lesiones, o discapacidades.

**Instituto Correccional:** Si usted es un preso de un instituto correccional, nosotros podemos divulgar su información medica al instituto o agentes para el cuidado de su salud y el cuidado de salud de otros presos.

**en forzamientos de Ley:** Nosotros podemos divulgar su información medica como requiere la ley o en respuesta a una petición legal.

**Agencias de Cuidado de Salud y Autoridades de Salud Publica:** Si un miembro de nuestro en forzamientos de trabajo o un asociado cree que, en su mejor criterio, hemos hecho algo fuera de la ley o violado un protocolo profesional o clínico y estamos en poniendo en peligro a nuestros pacientes, trabajadores, o publico, ellos podrán darle su información medica a agencias de salud y/o autoridades de salud publica, como al Departamento de Salud.

**El Departamento Federal de Salud y Servicios Humanitarios (DHHS):** Bajo la ley de privacidad, nosotros podemos divulgar su información medica al DHHS como sea necesaria para que ellos determinen nuestros servicios con sus estándares.

**Si tiene alguna pregunta o quisiera información adicional, usted puede contactar al Supervisor de la Oficina al 704-392-1338.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firme del Paciente: \_\_\_\_\_

Testigo/Empleado/a de Keith Clinic: \_\_\_\_\_



### Asignación y autorización Ajustes y Cuidados Quiroprácticos

Al Paciente: Usted tiene el derecho como nuestro paciente de ser informado de su condición y de los procedimientos quiroprácticos recomendados por el doctor para que usted tome la mejor decisión en seguir o desistir con los tratamientos sabiendo los riesgos involucrados. Este aviso no es para asustarlo o alarmarlo; es simplemente un esfuerzo de nuestra parte para que nuestros pacientes estén bien informados y sepan si dar o no dar su consentimiento.

Yo autorizo y pido que los procedimientos recomendados, incluyendo varias formas de terapia física y rayos X, sean administrados a mi persona (o a la persona nombrada abajo, por la que soy legalmente responsable) por el Doctor Quiropráctico nombrado abajo y/o por otros Doctores licenciados o por el personal de la clínica o oficina en la cual seré tratado hoy y/o en el futuro.

He tenido la oportunidad de hablar con el Doctor Quiropráctico nombrado aquí abajo sobre mi diagnóstico, el porque de los ajustes quiroprácticos y las alternativas. Yo entiendo y se me fue informado que, en la practica de quiropráctica hay riesgos en el examen y tratamiento incluyendo, pero no limitado ha, fracturas, lesiones a los discos, ataques, dislocaciones, torceduras, y el incremento de los síntomas y del dolor. Yo no espero que el doctor sea capaz de anticipar y explicar todos estos riesgos mas otras complicaciones, aun así deseo dar mi consentimiento al doctor para ejercer el tratamiento que él considere mejor para mi, basándose en los hechos que el sabe. No se me han dado ninguna garantía o asegurando nada en concreto sobre los resultados del tratamiento.

He leído, o se me ha explicado, la autorización de arriba. He tenido la oportunidad de preguntar todas mis preocupaciones y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Firmando este acuerdo, yo autorizo el tratamiento recomendado. Este acuerdo será efectivo por todo el tiempo que dure el tratamiento para mis síntomas y por algún síntoma en el futuro.

Para que lo llene el Paciente:

Para Que lo llene el Representante  
Legal del Paciente:

\_\_\_\_\_  
Escriba su Nombre

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
**Escriba el Nombre del Representante**

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Doctor Signature of Keith Clinic of Chiropractic, PA

\_\_\_\_\_  
Date Signed

**Liability**

**MINOR**

La Clínica Quiropráctica de Keith en Monroe mandara toda la cuenta a todas aseguranzas involucradas (automovilísticas y privadas). Nosotros le estaremos dando crédito mientras este usted bajo nuestro cuidado. Nosotros enviaremos los cobros a las aseguranzas para que podamos recibir el pago de nuestros tratamientos. Entre dos semanas después del tiempo que fue dado de alta, enviaremos un reporte final junto a su cuenta final a su abogado o a la aseguranza. Ya que su saldo sea pagado, cualquier sobre pago se le será reembolsado.

**“ Yo me comprometo a pagar todos los gastos incurridos por mi persona en la Clínica Quiropráctica de Keith en Monroe. Le doy el poder completo a la Clínica Quiropráctica de Keith en Monroe para firmar cualquier y todos los cheques que sean hechos bajo mi nombre para que pueda ser acreditados a mi cuenta. Yo entiendo que puedo ser investigado antes que cualquier crédito sea extendido a mi persona.”**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Aseguranza Responsable (Aseguranza Responsable)**

Nombre de la Aseguranza Responsnable: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del Encargado del caso: \_\_\_\_\_

Numero Telefónico: \_\_\_\_\_ Numero de Fax: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Numero de Póliza: \_\_\_\_\_ Numero de Reclamo \_\_\_\_\_

**Cobertura de Pagos Médicos en su Automóvil**

Nombre de su Aseguranza \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre del Ajustador \_\_\_\_\_ No. de Teléfono \_\_\_\_\_

A Que Nombre Esta La Póliza \_\_\_\_\_

Numero de Póliza \_\_\_\_\_ Numero de Reclamo \_\_\_\_\_

Tiene usted Representación Legal **SI** **NO**

Nombre de su Abogado \_\_\_\_\_ No. de Teléfono \_\_\_\_\_

**Yo entiendo que toda la información necesaria para mi caso, incluyendo pero no limitado a, reporte de accidente, nombre de abogados, # Telefónicos, o # de reclamos, tendrá que ser sometida a la Clínica Quiropráctica Keith al tercer día de tratamiento.**

Firma de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Asignación de Pago, Poder y Autorización

Yo autorizo y dirijo a cualquier y todas las aseguranzas, abogados, agencias, departamentos gubernamentales, compañías, individuos, y/u otras entidades legales ("pagadores"), los cuales pueden elegir o ser obligados a pagar, proveer, o distribuir beneficios a mi por cualquier condición medica, accidentes, daños, enfermedades, ("de condición") pasadas, presentes, o futuras a pagar y exclusivamente en el nombre de Clínica Keith de Quiropráctica en Monroe, P.A. ("oficina") tales sumas como puedan deberse a esta oficina por cargos ocasionados por mi en esta oficina y relacionados a mi condición("cargos"), tales pagos serán hechos exclusivamente a nombre de Clínica Keith de Quiropráctica en Monroe. Yo también otorgo poder respecto a mi cuenta a esta oficina y autorizo, sedo y dirijo a esta oficina a presentar un poder UCC con la oficina apropiada según sea su discreción. Este poder debe aplicarse a todos los pagadores y al mayor grado completo permitido por la ley. Por los propósitos de este documento ("Asignación de Pago y Poder"), "beneficios" deben incluir, pero no estar limitados a, ingresos provenientes de cualquier acuerdo, juicio, o veredicto, como también cualquier ingreso proveniente de aseguranza, acuerdo obtenido por abogado, pagos por beneficios médicos, protección por a daño personal, cobertura, cobertura por no ser culpable, cobertura por conductor sin o con pocos beneficios de aseguranza, distribución por daños a terceros, beneficios de inhabilidad, beneficios de compensación al trabajador, y cualquier otro beneficio o ingreso pagado a mi por los propósitos planteados aquí.

Además, autorizo a la Clínica de Quiropráctico de Keith en Monroe, P.A. a enviar mi reclamo a mi compañía de seguros. Yo entiendo, sin embargo, que en el evento de que mi cuenta sea enviada en total a cualquier otro tipo de aseguranza (ya sea el seguro responsable, la porción medica, etc.) yo aquí autorizo y dirijo a la Clínica Quiropráctica de Monroe, P.A. a recoger cualquier y todos los descuentos o porciones procedentes de mi compañía de seguros, como parte de pagos provenientes de otra compañía de seguros. Esta autorización no puede ser revocada, sin el consentimiento escrito de la Clínica de Quiropráctico de Keith en Monroe, P.A.

En el evento de que yo adquiriera un contrato con uno o más abogados para representarme en este caso y se encuentre en Carolina del Norte, yo dirigiré a cada abogado a enviar una carta de protección pertinente a mi cuenta a esta oficina. Una vez se haya expedido la carta, yo concuerdo que tal carta de protección no puede ser revocada o modificada sino con el consentimiento escrito de esta oficina.

Yo autorizo a esta oficina a expedir cualquier información relacionada a mi tratamiento o pertinente a mi caso, a todos los pagadores, como se ha definido arriba, para facilitar pago bajo este poder. Yo también autorizo y dirijo a todos los pagadores a proveer esta Oficina cualquier información relacionada con mis beneficios y cobertura, los cuales yo podría tener, incluyendo pero no limitado a, la cantidad de cobertura, la cantidad pagada hasta ahora, y la cantidad de cualquier reclamo pendiente. Yo dirijo a esta oficina si una copia de este poder y autorización junto con cualquier cargo correspondiente con cualquier o todos los pagadores, sin importar si un reclamo ha sido establecido y/o compensación del trabajador. Yo también autorizo a esta Oficina a firmar/endorsar mi nombre en cualquiera y todos los cheques a mi nombre como beneficiario. Yo también autorizo a esta Oficina a aplicar cualquier balance de crédito adquirido a cualquier otra cuenta todavía pendiente por mí, mi esposo(a), o mis dependientes, sin importar si los otros cargos son relacionados a mi condición.

Yo entiendo que soy personalmente responsable por el total de la cuenta de los servicios recibidos en esta Oficina. Esta asignación de pago y poder no constituye consideración para que esta oficina espere los pagos y puede demandar pagos de mí inmediatamente después de rendirme servicios si es su opción. Si esta oficina debe tomar cualquier acción para recibir los balances pendientes de pago en mi cuenta, yo seré responsable por el pago y reembolsare esta oficina por todos los costos de tales esfuerzos de colección, incluyendo, pero no limitando a, costos de corte y todos los cargos del abogado.

Este poder y asignación de pago no debe ser modificado o revocado sin el mutuo consentimiento escrito de esta Oficina y de mi persona. Yo revoco cualquier autorización firmada previamente, así haya sido ejecutada en esta oficina o en cualquier otra, en caso de que los términos de esas autorizaciones sean un conflicto con los términos de este poder y asignación de pago.

Nombre del Paciente (por favor imprima): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_