



Medical Injury Solutions

1445 Old McDonough Rd. Ste E, Conyers, GA. 30094

Tel: 770-922-9222 Fax: 770-504-6318

NUEVA forma de admisión de pacientes, daños personales

Información para el paciente CONFIDENCIAL

Gracias por la oportunidad de servirle. Si usted tiene alguna pregunta, no dude en preguntar. Estaremos encantados de ayudarle.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

S/S: ____ - ____ - ____ Número de teléfono #: _____ Número de trabajo : _____ Email: _____

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

Fecha de hoy: ____/____/____ altura: _____ peso: _____

Sexo: Hembra ____ Hombre ____ Casado ____ Solo ____ Divorciado ____ Viuda ____ Estudiante ____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Spouse/Parent's Name: _____ Phone #: _____

Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono #: _____

Su Seguro de Auto: _____ **Póliza de Seguro:** _____ **Número de Reclamación:** _____

Nombre del titular en Póliza (si no es su mismo): _____ Responsable: _____

Nombre de Agente: _____ Número de Teléfono: _____

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

Nombre del abogado : _____ Número de Teléfono: _____

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

Seguro de Auto del culpable (si lo conoce): _____ Número de Reclamación: _____ Teléfono: _____

TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS SON LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE. Nuestra oficina enviará sus facturas, como una cortesía hacia la oficina del abogado apropiado o compañía de seguros de responsabilidad tercer partido (en el seguro de la parte de culpa). EN DEFINITIVA, SI SU CASO SE INSTALA O NO, LA RESPONSABILIDAD POR LOS SERVICIOS PRESTADOS ES TUYA.

AUTORIZO A CENTRO MÉDICO DE CONYERS FACILITAR INFORMACIÓN A COMPAÑÍAS DE SEGUROS PERTINENTES CON RESPECTO A MI ENFERMEDAD Y TRATAMIENTOS Y POR LA PRESENTE ASIGNO A MEDCAL CENTRO DE CONYERS TODOS LOS PAGOS POR SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS A MIS DEPENDIENTES DE MÍ MISMO. YO ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ EN EFECTO LARGO COMO PARA MIS DEPENDIENTES O SIGO SIENDO UN PACIENTE.

X _____ FECHA: _____

(FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR)

YO, _____, CONSENTIMIENTO PARA PERMITIR EL ACCESO A LA SIGUIENTE PERSONA (S) A LA INFORMACIÓN DE MI CUENTA QUE DE LO CONTRARIO SE CONSIDERARÍA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (HIPPA): _____

HISTORIA DE LA SALUD

Consulte cualquiera de los siguientes síntomas que usted ha notado **antes del lugar del accidente la letra (B)** o **después de que el accidente Coloque la letra (A) en la caja:**

	DOLORES DE CABEZA		IRRITABILIDAD		PÉRDIDA DEL OLFATO
	DOLOR DE CUELLO		CAMBIOS DE HUMOR		PÉRDIDA DEL GUSTO
	RIGIDEZ DE NUCA		PROBLEMAS PARA DORMIR		MALESTAR ESTOMACAL
	DOLOR DE ESPALDA MEDIO		FATIGA		ESTREÑIMIENTO
	DOLOR DE ESPALDA		DEPRESIÓN		DIARREA
	DOLOR DE BRAZO		DOLOR EN EL PECHO		PROBLEMAS URINARIOS
	DOLOR DE PIERNA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		ARDOR DE ESTÓMAGO
	ALFILERES Y AGUJAS EN LOS BRAZOS		SUDORES FRÍOS		ÚLCERAS
	ALFILERES Y AGUJAS EN LAS PIERNAS		FIEBRE		ALERGIAS
	ENTUMECIMIENTO EN LOS DEDOS		DESMAYOS		DOLOR MENSTRUAL
	ENTUMECIMIENTO EN LOS DEDOS DEL PIE		PÉRDIDA DEL EQUILIBRIO		OLEADAS DE CALOR
	MANOS FRÍAS		MAREO		MENSTRUAL IRREGULARIDAD
	PIES FRÍOS		SENSIBILIDAD A LA LUZ CON LOS OJOS		OTROS
	NERVIOSISMO		TIMBRE/ZUMBIDO EN LOS OÍDOS		OTROS
	TENSIÓN		PÉRDIDA DE LA MEMORIA		

¿SE **usted (Y)** o **un miembro de la familia (F)** siempre han diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones?

	EL VIH/SIDA		ENFERMEDADES DEL CORAZÓN		NINGUNO
	CÁNCER		DIABETES		DESCONOCIDO
	ALTA PRESIÓN DE LA SANGRE		ACCIDENTE CEREBROVASCULAR		OTROS

TIPO DE ACCIDENTE:

Fecha del accidente ___ / ___ / ___ Hora _____ Lugar del accidente _____

¿Fuiste al emergencia? _____ Cuándo? _____ Nombre de instalación: _____

Velocidad relativa de su carro _____ velocidad relativa del otro carro _____

¿Cuál fue el sitio del impacto en su coche? ¿Dónde se estaban sentados en el momento del impacto?

_____ Detrás _____ delantero conductor

_____ de lado conductor _____ de lado pasajeros _____ Frontal hacia atrás

¿Se habían puesto el cinturón de seguridad? ¿ _____ Sí _____ No Hizo desplegar sus bolsas de aire? _____ Sí _____ No

¿Se aplicaron los frenos? _____ Sí _____ No Hizo su rotura de respaldo? _____ Sí _____ No

Describe el accidente en tus propias palabras: _____

Lista de partes de su cuerpo que sacudió las siguientes partes del vehículo durante el accidente:

Tablero: _____ Puerta: _____

Parabrisas: _____ Ventana de la puerta: _____

Volante: _____ Otro: _____

El tipo de vehículo: _____ Otro tipo de vehículo (si lo conoce): _____

¿Perdió conciencia: _____ Sí (si sí, por cuánto tiempo) _____ No _____ Desconocido

INFORMACIÓN ADICIONAL:

¿Cuál era su estado mental y emocional inmediatamente después del accidente? _____

¿Se notifica a la policía? _____ ¿Usted recibe atención médica en el lugar del accidente? _____ Donde ir inmediatamente después de el accidente? _____ ¿Ha tratado por otro doctor desde este accidente? _____

Por favor indique el nombre del médico y Dirección: _____

¿Qué tipo de tratamiento no recibir? _____

¿Usted ha sido implicado en un accidente antes de éste? _____ En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace?

¿Han perdido tiempo del trabajo o la escuela desde el accidente? ¿_____ Fecha última asistió a trabajado/escuela: _____ tipo de trabajo que haces? _____

POR FAVOR DESCRIBA CÓMO SE SENTÍA:

Durante el accidente: _____

Inmediatamente después del accidente: _____

Mas tarde ese día: _____

El día despues: _____

Por favor, nota mas informacion sobre el accidente aqui: _____

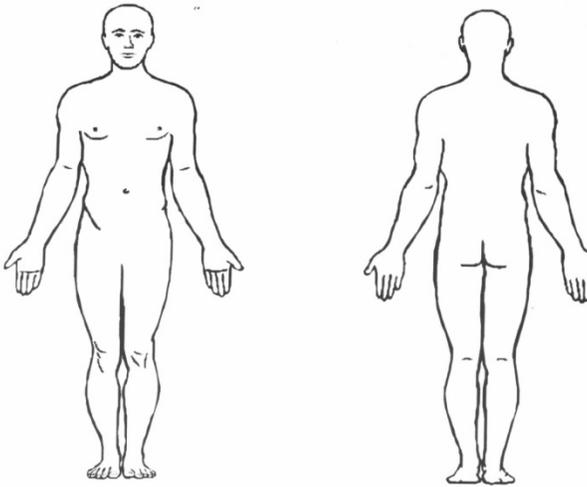
POR FAVOR INDIQUE SUS ACTUALES ÁREAS DE QUEJA:

(PRINCIPAL QUEJA)

1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Círculo el número que mejor describe la intensidad del dolor de cada queja principal: 1 = Suave, 10 = grave

UTILICE EL DIAGRAMA A LA IZQUIERDA Y MARCAR EL ÁREAS DEL CUERPO UTILIZANDO LA SIGUIENTE CLAVE:



- D = ABURRIDO
- A = DOLOR
- S = RIGIDEZ
- B = QUEMA
- T = HORMIGUEO
- N = ENTUMECIMIENTO
- !! = AGUDO
- X = DISPARAR
- * = OTHER _____

¿Con qué frecuencia se notan sus síntomas? (Por favor círculo uno) **Constantemente con frecuencia de vez en cuando**

¿Nada aliviar su dolor? _____

¿Qué actividades son difíciles de realizar desde su accidente? (Favor de circular una) **Sentado de pie caminando flexión acostado**

¿Por favor describa cualquier otras actividades que están restringidas debido a esta lesión?

¿Está empeorando la condición? ____ ¿Ha tenido este problema antes? ____ ¿Cuando? _____

¿Usted ha sido diagnosticado con una subluxación? ____ ¿Cuando? _____

¿Ha tenido radiografías antes? ____ ¿Cuando? ____ ¿Qué parte del cuerpo? _____

¿Qué medicamentos están tomando actualmente y por qué razones? Si no, deje en blanco.

Cirugias pasadas y fechas: _____



*Medical
Injury
Solutions*

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS Y RECETA RELLENO

1. Estoy de acuerdo en permitir 48 horas para recargas de prescripción.
2. Entiendo que receta repuestos solicitaron después de 16:00 no se recibirán hasta el siguiente día hábil.
3. Entiendo que puede requerir una visita de seguimiento de mi médico fin de obtener una recarga.
4. Estoy de acuerdo en tomar todos los medicamentos exactamente como se indica. NO estoy autorizado para cambiar las cantidades de dosis o alterar el horario de tomar el medicamento sin hablar primero con mi médico.
5. Medicamentos no se llamó en horas o en los fines de semana.
6. Pacientes pueden concluirse de la práctica dentro de antelación 30 días de la falta de cumplimiento en la toma de medicamentos.
7. Centro médico de Conyers no se vuelva a surtir las recetas que se han perdido o extraviado.
8. Que tengo que mantener todas las citas recomendadas.
9. No se regalan, comercio o vender medicamentos
10. Las siguientes son condiciones para la terminación de la práctica:
 - a. Obtención de estupefacientes de cualquier otro médico bajo cuidado médico centro de Conyers.
 - b. Alteración o falsificación de una receta. Esto es un delito grave y se reportarán!
11. Soy consciente de que la mayoría de los fabricantes de fármacos utilizados para tratar el dolor crónico recomendar otra vez la operación de equipo pesado, que incluye la conducción de un automóvil. Tenga en cuenta que si decide conducir usted podría ser la carga con un DUI.
12. No combino cualquier medicamento narcótico con el consumo de alcohol.
13. Sola farmacia puede usarse para llenar prescripciones.

Nombre de la farmacia: Ubicación: teléfono:

He leído, entendido y aceptado las políticas anteriores. Entiendo que si no firmo este documento, mi médico puede negarse a mí recetarle medicamentos para el dolor.

Por favor escriba el nombre del paciente

Firma del paciente o tutor

Fecha:

**1445 Old McDonough Hwy., Ste E. Conyers, Georgia 30094
Teléfono: 770-922-9222 Fax: 770-504-6318
Stephen F. Felton, M.D. & Associates**



*Medical
Injury
Solutions*

Asignación de Lien médica del tercer partido

Nombre del paciente: _____ Fecha de la lesión: _____ Reclamación/Grupo #: _____

Yo por la presente autorizo y dirigir _____ aseguradora a pagar el Dr. Stephen F. Felton, centro médico de Conyers tales sumas como puede deberse y él/ella debido por prestaciones de servicios médicos de la quiropráctica para mí por causa del accidente y retener las cantidades de mi establecimiento, juicio o veredicto que sean necesarias para adecuadamente protegen y compensación completamente dicho médico. Yo más por la presente solicitud que pagar directamente a dicho médico que de lo contrario se pagaría a mí mismo como resultado de los cargos de tratamiento ocasionados por lesiones en conexión con ellos. Se trata de una asignación directa de mis derechos y beneficios bajo esta afirmación.

Entiendo perfectamente que yo soy directamente responsable y plenamente dicho médico para todas las facturas médicas presentadas por él/ella por los servicios prestados a mí y que este acuerdo se hace exclusivamente para la protección de dicho médico y teniendo en cuenta su pago pendiente. Entiendo que dicho pago no es contingente en cualquier establecimiento, juicio o sentencia que eventualmente pueda recuperar.

Por favor reconocen su acuerdo a esta petición a esta petición al firmar abajo y volver a la oficina del doctor abajo. He sido informado que si usted no desea cooperar en la protección de interés del médico, el médico no esperan pago y declarar todo el saldo debido y pagadero a mí.

Fecha:

Firma del paciente:

La compañía de seguros abajo firmante se compromete a observar todos los términos de lo anterior y se compromete a retener las cantidades de cualquier asentamiento, juicio, o veredicto que sean necesarias para proteger adecuadamente y compensar completamente dijo doctor arriba y debajo del nombre y hacer el pago directamente a dicho médico.

Fecha:

Firma de representante de empresa de seguros.

Impresión de nombre de empresa seguros

nombre y apellido

POR FAVOR, FECHA, FIRMAR Y DEVOLVER UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO. POR FAVOR GUARDE UNA COPIA PARA SUS ARCHIVOS.

1445 Old McDonough Hwy., Ste E. Conyers, Georgia 30094

Teléfono: 770-922-9222 Fax: 770-504-6318

Stephen F. Felton, M.D. & Associates



Derecho de retención del doctor

TO: Attorney _____

Address: _____

FROM: Medical Injury Solutions

Address: 1445 old McDonough Hwy SE

Conyers, GA 30094

Re: Reportes y derecho de retención del doctor para el paciente o cliente

Nombre: _____

Por la presente autorizo al doctor arriba para suministrarle , mi abogado , con un informe completo del examen , diagnóstico , tratamiento, pronóstico , ect . de mí mismo , en relación con el accidente / lesión en la que yo estaba involucrado on _____ .

Por la presente autorizo y le dirigirá , mi abogado , a pagar directamente a soluciones de lesiones médicas tales cantidades que puedan ser vencido y pendiente para el servicio médico prestado a mí para retener tales sumas de cualquier acuerdo, fallo o veredicto que sean necesarias para proteger adecuadamente Soluciones lesión médica. Doy por este medio, además, un derecho de retención en mi caso a Medical Injury Specialists en contra de cualquier y todos los beneficios de cualquier acuerdo, fallo o veredicto que puede ser pagado a usted , mi abogado , ni a mí mismo como resultado de las lesiones para los que me han tratado o lesiones en relación con la misma .

Entiendo perfectamente que soy directa y plenamente responsable de Soluciones lesión médica para todas las cuentas médicas presentadas por ellos por los servicios prestados a mí y que este acuerdo se hace solamente para las soluciones de lesiones médicas protección adicional y en consideración de su / su pago en espera. Además, entiendo que dicho pago no está supeditada a ningún acuerdo, fallo o veredicto por el cual se me permite, finalmente, recuperar dicha tasa.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

(o de padre / representante legal / tutor legal)

El ser abogado firmante del expediente para el paciente por encima acuerdan por la presente para observar todos los términos de lo anterior y se compromete a retener tales sumas de cualquier acuerdo, fallo o veredicto que sean necesarias para proteger adecuadamente Soluciones lesión médica.

Attorney's Signature: _____ **Dated:** _____

Attorney: Date, sign and return one copy to Medical Injury Solutions, keep a copy for your records.