



REJUVENX

INFORMACIÓN DE ACCIDENTE REQUERIDA

Nombre: _____ **Fecha del accidente:** _____ **Fecha de Hoy :** _____

¿Ha reportado el accidente a su seguro de auto? ___SÍ ___NO

¿Ha reportado una lesión o abierto una portion medica con su seguro? ___SÍ ___NO

(Si la respuesta a alguna de estas preguntas es NO, debe llamar hoy para abrir un reclamo o reportar que está buscando atención medica.)

Compañía de Seguro de Auto: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código de Área: _____ Numero de Reclamo: _____

Numero de Póliza: _____ PIP Ajustador: _____

Número de Teléfono: _____ Ext: _____

¿Ha firmado con un abogado sobre el accidente? ___SÍ ___NO

¿Si la repuesta es si, cual es el nombre de la oficina o abogado?

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código de Área: _____ Número de teléfono: _____

Numero de fax: _____



Cuestionario de lesiones

Nombre: _____ **Segundo Nombre:** _____ **Apellido:** _____ **Fecha:** _____

Número de teléfono: _____ (celda/trabajo/hogar) **Últimos 4 De SS:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____

Estado: _____ **Código postal:** _____ **Correo electrónico:** _____

Edad: _____ **Fech. de Nac:** ____/____/____ **Ethnicidad:** _____ **Masculino / Femenino**

Informacion Del Paciente

Ocupación: _____ **Empleado:** _____

Promedio de número horas por semana actualmente trabajadas: _____

En tu trabajo cuantas horas al día estas: sentado _____ de pie _____

Que actividades incluyen mayormente tu trabajo: estar sentado estar de pie trabajo ligero trabajo pesado

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Menor de edad

Nombre de la esposa(o): _____ **Número de hijos?** _____ **edad de hijos:** _____

Nombre de un contacto en caso de emergencia: _____

Relación: _____ **Número de teléfono:** _____

Tratamiento Previo y Accidentes

¿Has tenido un accidente automovilístico? (x si aplica): 0-6m 6m-1 año 1-3 años 3+años
 nunca

¿Has tenido una caída hace poco/otro accidente? (X si aplica): 0-6m 6m-1 año 1-3 años 3+años
 nunca

¿Has recibido atención quiropráctica? Si No ¿Ultima visita?

¿Has recibido terapia física? Si No ¿Ultima visita?

¿Has recibido inyecciones? Si No ¿Ultima visita?

Has recibido lo siguiente: Tomografía Resonancia magnética En caso que si por favor explica la región y aproximadamente fechas (ejemplo: cuello 2005) _____



REJUVENX

INFORMACION DEL ACCIDENTE:

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha del accidente: _____ **Dónde ocurrió** (calle / intersección) _____

¿Se emitieron papeletas de infracción? _____

Eras: conductor el pasajero copiloto el pasajero de atrás del lado izquierda el pasajero de atrás del lado derecho

Qué otras personas estaban contigo **en el carro?** Nadie _____

¿El choque a tu vehículo vino del?: Frontis Atrás Del lado del conductor Del lado del pasajero

Desde el accidente a experimentado: Confusión Peridad de memoria Nauseas Vómitos

Sonidos en el oído Ligera sensibilidad Fatiga excesiva Pérdida de conocimiento

¿La ambulancia o paramédicos llegaron a la escena? Si No

Si No **En caso afirmativo, lo llevaron al hospital a través de:** Ambulancia manejo usted mismo

¿Qué hospital? _____

¿Se les sacaron radiografías? Si No **Resonancia magnética?** Si No i (partes del cuerpo) _____

Tomografía? Si No parte(s): _____

¿Se le ha administrado medicamento? Si No **¿En caso que sí, qué medicamentos?.** Por favor
escribalos: _____

Has visitado a alguien más por este accidente? Si No **¿En caso que si, qué procedimientos**

hicieron?: _____

HISTORIAL DE UN ACCIDENTE PREVIO:

¿Has estado en otro accidente vehicular? Si No

En caso que sí, ¿cómo fue y qué fecha?: _____

Índice de discapacidad por dolor

Nombre: _____ Fecha: _____

Índice de discapacidad por dolor: las siguientes escalas de calificación están diseñadas para medir el grado en que el dolor interrumpe aspectos de su vida. En otras palabras, nos gustaría saber en qué medida su dolor le impide hacer lo que haría normalmente o que lo haga tan bien como lo haría normalmente.

Encierre en un círculo el número de la escala que describe el nivel de discapacidad que está experimentando. Una puntuación de 0 significa que no hay discapacidad en absoluto, y una puntuación de 10 significa que el dolor está interrumpiendo de manera significativa o total esa actividad.

Responsabilidades de la familia / el hogar: esta categoría se refiere a las actividades del hogar o la familia. Incluye los quehaceres / deberes realizados en la casa (por ejemplo, trabajo en el jardín) y diligencias o favores para otro miembro de la familia (por ejemplo, llevar a los niños a la escuela).

Sin discapacidad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Con discapacidad

Recreación: esta categoría incluye pasatiempos, deportes y otras actividades de tiempo libre similares

Sin discapacidad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Con discapacidad

Actividad social: esta categoría se refiere a actividades que involucran la participación con amigos y conocidos que no sean miembros de la familia. Incluye fiestas, teatro, conciertos, cenas y otras funciones sociales.

Sin discapacidad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Con discapacidad

Ocupación: esta categoría se refiere a actividades que son parte o están directamente relacionadas con el trabajo de uno. Esto también incluye trabajos no remunerados, como el de ama de casa o trabajadora voluntaria.

Sin discapacidad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Con discapacidad

Comportamiento sexual: esta categoría se refiere a la frecuencia y calidad de la vida sexual de una persona

Sin discapacidad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Con discapacidad

Autocuidado: esta categoría incluye actividades que implican el mantenimiento personal y la vida diaria independiente (p. Ej., Ducharse, conducir, vestirse, etc.)

Sin discapacidad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Con discapacidad

Actividad de soporte vital: esta categoría se refiere a comportamientos básicos de soporte vital, como comer, dormir y respirar

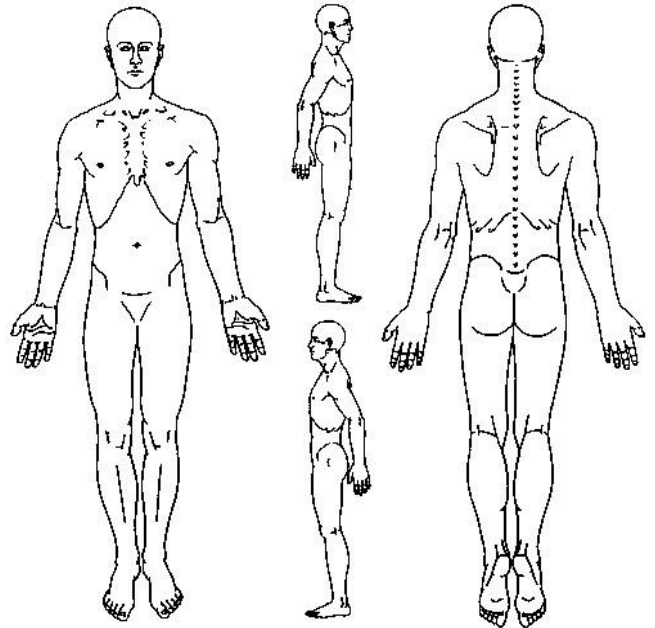
Sin discapacidad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Con discapacida



REJUVENX

Nombre: _____

Fecha: _____



SINTOMAS ACTUALES

Marque para indicar si actualmente está experimentando alguna de las siguientes condiciones y luego marque las áreas problemáticas del cuerpo a la derecha:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor/ rigidez de cuello | <input type="checkbox"/> Punzón en brazos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda/rigidez | <input type="checkbox"/> Punzón en las piernas |
| <input type="checkbox"/> Dolor de brazo/mano | <input type="checkbox"/> Dolor de pierna/ rodilla |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho |
| <input type="checkbox"/> Dificultades para dormir | <input type="checkbox"/> Mareo |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa/doble | <input type="checkbox"/> Articulaciones inflamadas |
| <input type="checkbox"/> Problemas de concentración | <input type="checkbox"/> Perdida equilibrio |

HISTORIA DE SALUD

Compruebe si alguna vez ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sida/VIH | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Nervio pinzado |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Hernia de disco | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Alto colesterol | <input type="checkbox"/> Reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Asma / Sibilancias | <input type="checkbox"/> Enfermedad | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Transtornos hemorrágicos | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Dificultad Sexual |
| <input type="checkbox"/> Contactos/Gafas | <input type="checkbox"/> Incontinenc | <input type="checkbox"/> Embolia cerebral |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Problema de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Disfunción eréctil | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Sequedad vaginal |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | |
| <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Marcapasos |

Historial clínico: enumere todas las cirugías y /u hospitalizaciones que haya tenido (tipo y fecha):

FIRMA(X): _____

FECHA: _____

Imprimir Nombre: _____



Autorización y consentimiento de la paciente para el tratamiento

(También se utiliza para menores/pupilos)

Nombre del paciente/menor/pupilo: _____

Paciente/Menor/Sala D.O.B: _____

Yo, el paciente abajo firmante ("Paciente") o el padre o tutor legal ("Tutor") del menor/pupilo ("Menor/Pupilo"), según sea el caso, por esta autorización por escrito autorizo y doy mi consentimiento a RejuvenX ("RejuvenX"), sus médicos y su personal clínico autorizado ("Personal Clínico") para evaluar y administrar tratamiento médico, quiropráctico y terapéutico, que puede consistir en exámenes, y diversas formas de tratamiento, incluida la fisioterapia y la fisioterapia, y el diagnóstico imágenes, a mí, el Paciente, o si mi Menor/Pupilo es la persona que recibe atención, a mi Menor/Pupilo en aquellas situaciones indicadas por mí a continuación en las que no estoy físicamente presente con mi Menor/Pupilo.

Entiendo que existen algunos riesgos en la práctica de la medicina y la atención quiropráctica, incluidos, entre otros, los efectos secundarios adversos de los medicamentos, fracturas, lesiones discales, accidentes cerebrovasculares, dislocaciones y esguinces, y no espero que el personal clínico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones. Deseo confiar en que el personal clínico utilizará su mejor juicio durante el tratamiento para hacer lo que sea mejor para mí o para mi menor/pupilo en función de los hechos en ese momento conocido por el personal clínico.

(Omita la sección de este cuadro si la persona que recibe atención no es un menor de edad/pupilo)

Debe ser completado por el tutor del menor/pupilo

He leído y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre este consentimiento, y al firmar a continuación acepto proceder con todos los aspectos de la atención y el tratamiento descritos anteriormente. Como se detalla a continuación para indicar mi consentimiento y/o la delegación de mi autoridad para dar mi consentimiento a la evaluación, diagnóstico y tratamiento médico, quiropráctico y terapéutico de mí, el Paciente, o de mi Menor/Pupilo, acepto y autorizo las siguientes acciones por parte del Personal Clínico, hasta el momento en que revoque por escrito dicha Autorizaciones y consentimientos:

(Iniciales)

Autorizo al personal clínico a ver, examinar, evaluar y tratar a mi menor/pupilo, de acuerdo con las solicitudes personales del siguiente miembro de la familia de mi menor/pupilo (que no sea la madre o el padre), si no estoy presente, de acuerdo con el consentimiento comunicado por la(s) siguiente(s) persona(s) al personal clínico de conformidad con la delegación de mi autoridad otorgada aquí, y de acuerdo con el juicio profesional del personal clínico sobre las necesidades médicas y/o terapéuticas de mi menor/pupilo.

Nota: Si usted actúa en calidad de tutor legal ordenado y designado por el tribunal, por favor proporciónenos una copia certificada de la orden de tutela que evidencie dicha autoridad.

Nombre(s) de otro(s) miembro(s) autorizado(s) de la familia:

Relación de los miembros de la familia autorizados con el menor o pupilo:

Nada de lo contenido en el presente documento se considerará una solicitud, dirección, autorización o consentimiento para que el personal clínico administre o preste ningún examen, prueba de diagnóstico, tratamiento u otros servicios que el personal clínico, a su exclusivo juicio profesional, considere inapropiado.

Este documento pretende ser una autorización y un consentimiento válidos de conformidad con la Ley de Consentimiento Médico de Florida, Fla. Stat. s. 766.103 y otras leyes aplicables, y permanecerá en vigor hasta que yo lo revoque por escrito.

Patient/ Guardian

Firma del Paciente/Tutor

Relación con el paciente/menor/pupilo (si la persona recibir atención no es un menor de edad/pupilo, escriba "Sí mismo")

Escriba el nombre del paciente/tutor

Fecha



REJUVENX

RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y LIBERACIÓN DE REGISTROS

El paciente abajo firmante y / o la parte responsable, por la presente, reconoce la responsabilidad personal y la responsabilidad por todos los servicios médicos que brindan las clínicas de RejuvenX, LLC. Esta obligación personal no se ve afectada por ninguna obligación de las compañías de seguros de pagar los costos de atención médica. Si una compañía de seguros paga, los pagos se acreditarán en su cuenta. Si no se recibe ningún pago del seguro, usted es completamente responsable de pagar todos los tratamientos médicos. Además de la responsabilidad personal continua, y en consideración del tratamiento brindado o por brindar, el abajo firmante asigna al médico o centro mencionado anteriormente los siguientes derechos, poder y autoridad.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: El abajo firmante consiente en la provisión de exámenes, evaluaciones de aptitud, tratamiento, terapias, procedimientos médicos y de laboratorio, y medicamentos y suministros para el paciente según lo ordenado por el proveedor de atención médica del paciente, las clínicas de RejuvenX, LLC, sus médicos, enfermeras practicantes, fisioterapeuta, quiroprácticos o personal reconoce que no se ha hecho ninguna garantía o seguridad sobre los resultados de dichos tratamientos, procedimientos o exámenes.

DIVULGACIÓN DE REGISTROS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo a las clínicas de RejuvenX, LLC a divulgar y permitir el examen o la copia de cualquiera de mis registros médicos, radiografías, informes de laboratorio y los resultados de todas las pruebas de cualquier tipo o carácter a dicha persona (s) según lo considere apropiado el Médico o el Centro. Por la presente autorizo y solicito que entregue mis registros médicos de accidentes pertinentes completos a las clínicas de RejuvenX, LLC.

CESIÓN DE DERECHOS: Se le asignan derechos exclusivos e irrevocables. Cualquier causa de acción que exista a mi favor contra cualquier compañía de seguros u otra persona o entidad en la medida de su factura por los servicios totales, incluido el derecho exclusivo e irrevocable de recibir el pago por dichos servicios, hacer una demanda en mi nombre por los pagos y enjuiciar y recibir multas, intereses, costos judiciales u otros montos legalmente compensables que sean propiedad de una compañía de seguros u otra persona o entidad. Yo, como paciente o parte responsable, además acepto cooperar, proporcionar información según sea necesario y comparecer según sea necesario, en cualquier lugar para ayudar en el procesamiento de dichos reclamos de beneficios a pedido. Al médico o centro también se le asigna el derecho exclusivo e irrevocable de solicitar y recibir de cualquier compañía de seguros o plan de atención médica cualquier y toda la información y documentos relacionados con mis pólizas, incluida una copia de dicha póliza y mi información o documentación de respaldo relacionada o tocar sobre la tramitación, cálculo, tramitación o pago de cualquier reclamación.

DEMANDA DE PAGO: En cuanto a cualquier compañía de seguros que nos brinde beneficios de cualquier tipo a mí / a nosotros por el tratamiento prestado por el médico / centro mencionado anteriormente, por la presente se le ofrece el derecho a exigir el pago total de la factura por los servicios prestados por el médico / centro mencionado anteriormente después de recibir dicha factura por servicios en la medida en que dichas facturas sean pagadas según los términos de mi / nuestra póliza de beneficios, menos cualquier monto que yo / nosotros debamos personalmente y que no sea pagado según los términos de su póliza.

RESPONSABILIDAD DE TERCEROS: Si los tratamientos de los pacientes por lesiones son el resultado de la negligencia de un tercero, entonces los pacientes otorgan un interés garantizado (gravamen) contra cualquier recuperación de dichos terceros en la medida de lo posible. Facturas por tratamiento a favor del médico / centro mencionado anteriormente.

En el caso de que se determine que alguna disposición de este acuerdo es inválida o inaplicable, todas las demás disposiciones de este acuerdo seguirán siendo aplicables.

UNA FOTOCOPIA DE ESTE INSTRUMENTO DEBERÁ SER ORIGINAL

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre en letra imprenta: _____

Fecha de accidente: _____

Relación con el paciente: _____



RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Reconozco que he revisado el aviso de prácticas de privacidad de las clínicas RejuvenX LLC.

(Escriba sus iniciales en una de las siguientes opciones y firme a continuación).

_____ No solicito una copia del aviso de privacidad en este momento. Reconozco que puedo solicitar una copia en cualquier momento y el aviso de privacidad está publicado en la oficina.

_____ Deseo recibir una copia impresa del Aviso de privacidad

_____ Deseo recibir una copia electrónica del Aviso de Privacidad

Mi correo electrónico es: _____ @ _____

Escriba sus iniciales a continuación:

_____ Reconozco que es política de las clínicas de RejuvenX LLC dejar mensajes recordatorios en mi contestador automático o con otra persona en mi hogar. Puedo solicitar un medio de comunicación alternativo (dentro de lo razonable) por escrito.

_____ Reconozco que, si tengo un problema o una pregunta con respecto a mis derechos, puedo hablar con la persona de oficina de privacidad, Chase Fifarek , sobre mis inquietudes.

Firma del paciente / tutor

Fecha

Imprimir nombre



Copagos y Deducibles y Servicios Prestados

Después de su visita inicial, RejuvenX facturará a su compañía de seguros por los servicios y bienes que haya recibido durante esa visita. Usted es responsable de cualquier COPAGO, DEDUCIBLE y/o montos no pagados que excedan los beneficios disponibles sin culpa. No hemos acordado, ni tenemos la intención de renunciar a los deducibles o copagos de la póliza de seguro, u otros montos no pagados.

_____ **Iniciales**

Reconozco que recibiré estados de cuenta y EOB (Explicación de beneficios) de mi compañía de seguros que reflejan el monto que se factura por los servicios prestados. Reconozco que recibiré copias de los registros médicos y de facturación a pedido o según lo envíe periódicamente RejuvenX.

Yo _____ **(nombre del paciente)** entiendo que soy financieramente responsable de pagar por todos los servicios que se me brindan una parte de mi tratamiento, incluidos los deducibles, copagos u otros montos no cubiertos por la protección contra lesiones personales y los beneficios del seguro de cobertura de pagos médicos por los servicios prestados.

Firma

Fecha



**RejuvenX Marketing and Staffing de personal, Florida Imaging and Precision Pain Management,
Autorización HIPAA para la divulgación de información médica**

Sección A: Esta sección debe completarse para todas las Autorizaciones.		
Apellidos:	Nombre:	Inicial:
Fecha de nacimiento:	Número de seguro social (opcional):	
Mi información de salud puede ser divulgada a (nombre del destinatario):		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Codigó postal:
Por la presente autorizo el uso o divulgación de información médica protegida como se describe a continuación:		
Descripción de la información que se divulga para las siguientes fechas de servicio:		
<input type="checkbox"/> Historial médico completo	<input type="checkbox"/> Resumen/Información pertinente	<input type="checkbox"/> Informes de consulta
<input type="checkbox"/> Historial/examen físico	<input type="checkbox"/> Información VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio
<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Información sobre el tratamiento de drogas y alcohol	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Reporte de radiología	<input type="checkbox"/> Resumen del alta
Propósito de la divulgación: (Ejemplo: "A petición del paciente"): _____ _____		
Vencimiento: Si la información médica que se divulgará contiene registros de tratamiento de HIV/AIDS o abuso de drogas y alcohol, esta Autorización vence dentro de los sesenta (60) días. De lo contrario, puede seleccionar cualquiera de los siguientes eventos de vencimiento:		
<input type="checkbox"/> 1 año a partir de la fecha en que yo, o mi representante legal, firme esta Autorización. <input type="checkbox"/> Al ocurrir el siguiente evento: _____ _____ (Ejemplo: "Tras la publicación de los registros anteriores")		
Además de la autorización para la divulgación de mi IPS (información protegida de salud) descrita anteriormente en esta Autorización, autorizo la divulgación de información sobre mi facturación, condición, tratamiento y pronóstico a las siguientes personas:		
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación: _____



**RejuvenX Marketing and Staffing de personal, Florida Imaging and Precision Pain Management,
Autorización HIPAA para la divulgación de información médica**

Entiendo que:

1. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una revocación por escrito a RejuvenX Marketing and Staffing. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en función de esta autorización.
2. La firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a que firme o no esta autorización. .
3. La información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por HIPAA al momento de su divulgación al destinatario.
4. Tengo derecho a inspeccionar o copiar la información de salud que se utilizará o divulgará de conformidad con esta Autorización.

PARA SER COMPLETADO POR LA ORGANIZACIÓN SI ESTA AUTORIZACIÓN ES PARA MARKETING, RECAUDACIÓN DE FONDOS, INVESTIGACIÓN O VENTA DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

La organización recibirá una compensación financiera o en especie a cambio de utilizar o divulgar la información de salud descrita anteriormente:

- Sí
 No

Firmas: He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información médica protegida según lo indicado.

Firma del paciente (o representante del paciente):	Fecha:
Escriba el nombre en letra de imprenta del paciente (o el representante del paciente):	
Si usted es el representante de un paciente, verifique el alcance de su autoridad para actuar en nombre del paciente:	
<input type="checkbox"/> Poder legal <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Ayudante de decisiones sustituto <input type="checkbox"/> Ejecutor o Representante Personal <input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Otro:	
Sólo para uso interno: Los registros fueron entregados por: <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Entrega personal en la fecha de:	

AL DESTINATARIO: Esta información le ha sido revelada a partir de registros confidenciales protegidos por la Ley Federal. Se le prohíbe realizar cualquier otra divulgación de esta información, excepto con el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece. Si ha recibido esta información por error, notifique a RejuvenX Marketing and Staffing de inmediato.



Oficina de Regulación de Seguros

Formularios y Tarifas de la Oficina de Propiedad y Accidentes

**Formulario de Divulgación y Reconocimiento Estándar -
Protección de Lesiones Personales -Tratamiento o Servicio Inicial ofrecido**

La persona asegurada abajo firmante (o tutor de esa persona) afirma:

1. Los servicios o el tratamiento que se exponen a continuación se prestaron realmente. Esto significa que esos servicios ya se han proporcionado.

- 99203 E0730 98940 98941 97140 97110
- 72040 72050 72052 72070 72100 72110

2. Tengo el derecho y el deber de confirmar que los servicios ya se han prestado.

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

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

5. Si notifico al asegurador por escrito de un error de facturación, puedo tener derecho a una parte de cualquier reducción en las cantidades pagadas por mi asegurador de vehículos motor. Si tengo derecho, mi parte sería por lo menos el 20% del importe de la reducción, hasta \$500.

Persona asegurada (paciente que recibe tratamiento o servicios) o tutor del Asegurado:

Nombre (letras imprenta)

Firma

Fecha

El profesional médico abajo firmante autorizado o director médico, si corresponde, afirma la declaración enumerada I anteriormente y también;

A. No he pedido ni he solicitado a la persona asegurada, involucrada en un accidente de vehículo motor, que se comunique para hacer un reclamo por beneficios de Protección de Lesiones Personales.

B. El tratamiento o los servicios prestados se explicaron a la persona asegurada, o a su tutor, lo suficiente como para que esa persona firme este formulario con un consentimiento informado.

C. La declaración o factura adjunta se completa correctamente en todas las disposiciones materiales y toda la información relevante ha sido proporcionada. Esto significa que cada solicitud de información ha sido respondida de manera veraz, precisa y sustancialmente completa.

D. La codificación de los procedimientos en la declaración o factura adjunta es correcta. Esto significa que ningún servicio tiene su código aumentado o elevado, desagregado ni constituye una prueba de diagnóstico no válida o no médicamente necesaria según lo definido por el artículo 627.732(14) y (15), legislación de Florida o el artículo 627.736(5)(b)6, legislación de Florida.

Tratamiento de la prestación de profesionales médicos autorizados o Servicios o director médico, si corresponde (firma de puño y letra):

Nombre (Letra Imprenta)

Firma

Fecha

Una persona que a sabiendas y con la intención de lesionar, defraudar, o engañar a un asegurador presenta una declaración de reclamo o una solicitud que incluye una información falsa, incompleta, o engañosa es culpable de un delito mayor de tercer grado según el artículo 817,234(1)(b), de los Estatutos de la Florida.

Nota: El original de este formulario debe ser entregado al asegurador de acuerdo con el artículo 627,736(4)(b) de los Estatutos de la Florida y puede.

OIR-B1-1571

Pub. 1/2004