



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 porción 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 postal: _____

Número de Reclamo: _____ **Número de Póliza:** _____

PIP Ajustador: _____ Número de Teléfono: _____ EXT: _____

¿Ha firmado con un abogado sobre el accidente? SÍ NO

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

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____

Número de Teléfono: _____ **Número de Fax:** _____



Información Demográfica del Paciente

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Fecha de Hoy: ____ / ____ / ____

Últimos 4 De SS: _____ Etnicidad: _____ Sexo: Masculino o Femenino

Número de teléfono: _____ (celda/trabajo/hogar) Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Número de Apartamento (si aplicable): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Menor de edad

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

Información de Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Apellido: _____

Relación: _____ Número de teléfono: _____

Información Ocupación del Paciente

Ocupación/Rol: _____ Empleador/Compañía: _____

Número medio de horas trabajadas actualmente, por semana: _____

Cuántas horas de trabajo al día, estás: ¿Sentado? _____ ¿De pie? _____

Las actividades en el trabajo involucran principalmente (marque con un círculo una de cada opción a continuación):

Sentada o Parada

Trabajo de parto ligero o Trabajos pesados

HISTORIA DE SALUD

Compruebe si actualmente ha tenido alguno de los siguientes (si no se aplica nada, déjelo en blanco):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Hepatitis Tipo A/B/C | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Disco(s) Hernido(s) | <input type="checkbox"/> Nervio Pinzado |
| <input type="checkbox"/> Asma/Sibilancias | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Trastornos Hemorrágicos | <input type="checkbox"/> Alto Contenido de Colesterol | <input type="checkbox"/> Artritis Psoriásica |
| <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto/Gafas | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Afecciones Psiquiátricas |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño |
| <input type="checkbox"/> Impotencia | <input type="checkbox"/> Hemorragias Nasales | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sequedad Vaginal |
| <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco/Problemas Cardíacos | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

Enumere cualquier cirugía u hospitalización previa que haya tenido (tipo y fecha):

Enumere cualquier imagen previa (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada, ultrasonido) que haya tenido (tipo y fecha):

Haga una lista de cualquier medicamento que esté tomando actualmente:

Historia de Accidentes Previo

Excluyendo este accidente más reciente, ¿alguna vez ha estado en un accidente automovilístico anterior?

NO SI

En caso afirmativo, enumere la(s) fecha(s) aproximada(s) del accidente: _____

¿Alguna vez ha tenido un resbalón, caída u otro accidente? NO SI

En caso afirmativo, enumere la(s) fecha(s) aproximada(s) del accidente: _____

Historia de Tratamiento Previo

¿Has recibido alguna vez?:

- | | | |
|---|-----------------------------|--|
| ¿Atención quiropráctica? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI, Indique la última fecha de tratamiento: _____ |
| ¿Terapia física? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI, Indique la última fecha de tratamiento: _____ |
| ¿Inyecciones (por ejemplo, epidurales)? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI, Indique la última fecha de tratamiento: _____ |



REJUVENX

INFORMACION DEL ACCIDENTE:

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha del accidente: _____

Estado de accidente: _____

Dónde ocurrió (calle / intersección) _____

¿Se emitieron papeletas de infracción? En caso afirmativo, ¿a quién? _____

Eras: Conductor El Pasajero (Encierra en un círculo una opción) Fronte Atrás - Izquierda Atrás - Derecho

¿Otras personas estaban contigo en el carro? Nadie Alguien, diga a quien: _____

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

¿Desde el accidente has experimentado?:

Confusión Pérdida de memoria Nauseas Vómitos Sonidos en el oído
 Ligera sensibilidad Fatiga excesiva Pérdida de conocimiento Ninguna de las anteriores

¿La ambulancia o paramédicos llegaron a la escena? NO SI

¿Fuiste a un hospital? NO SI

En caso afirmativo, lo llevaron al hospital a través de: Ambulancia Manejo usted mismo

En caso afirmativo, ¿qué hospital? _____

¿Se les sacaron radiografías? NO SI ¿Se hizo resonancia magnética? NO SI

¿Se tomó tomografía? NO SI

En caso afirmativo a alguna de las imágenes anteriores, ¿qué partes del cuerpo? _____

¿Se ha administrado algún medicamento nuevo? NO SI

En case afirmativo, por favor enumere todos los medicamentos: _____

¿Has visitado a alguien más por este accidente? NO SI

En caso afirmativo, ¿quiénes y qué procedimientos realizaron?: _____

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 discapacidad



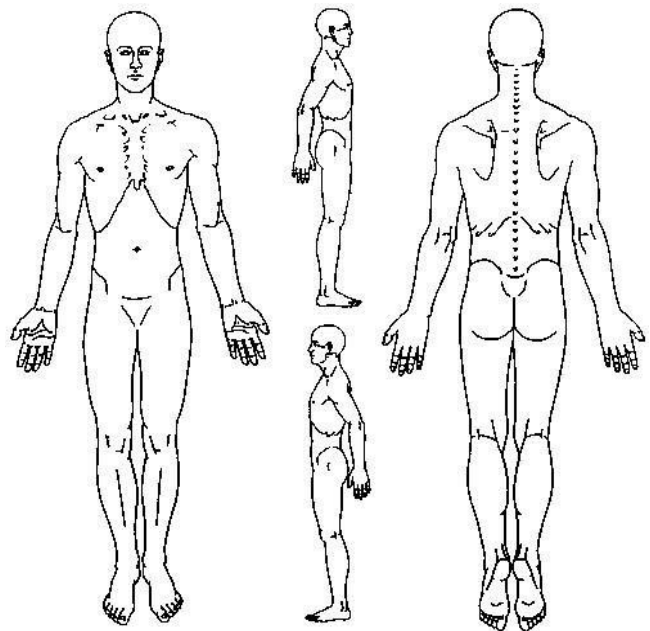
REJUVENX

Nombre: _____ Fecha: _____

SINTOMAS ACTUALES

Marque para indicar si actualmente está experimentando alguna de las siguientes condicionantes.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor/Rigidez en el Cuello | <input type="checkbox"/> Dolor en la Pierna/Rodilla |
| <input type="checkbox"/> Dolor/Rigidez en la parte Superior de la Espalda | <input type="checkbox"/> Dolor de Tobillo/Pie |
| <input type="checkbox"/> Dolor/Rigidez en la parte Media de la Espalda | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo en los Brazos |
| <input type="checkbox"/> Dolor/Rigidez en la parte Baja de la Espalda | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo en las Piernas |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el Brazo/Codo | <input type="checkbox"/> Visión Borrosa/Doble |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Muñeca/Mano | <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Hombro | <input type="checkbox"/> Vértigos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cadera | <input type="checkbox"/> Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Cefaleas | |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la Luz/Ruido | |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del Equilibrio | |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de Memoria | |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar | |
| <input type="checkbox"/> Dificultades para Dormir | |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones Inflamadas | |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Concentrarse | |
| <input type="checkbox"/> Orta: _____ | |



Por favor, marque las áreas con dolor/malestar en el diagrama de la derecha

FIRMA(X): _____ **FECHA:** _____

Nombre en letra imprenta: _____

Cuestionario de Radiografías: Solo para Mujeres

Nuestra consulta y examen pueden indicar que las radiografías son necesarias para diagnosticar y analizar con precisión su afección. En caso de que sean necesarias radiografías, nos gustaría confirmar que no está embarazada en este momento.

Seleccione una de las siguientes opciones:

- Si, definitivamente estoy embarazada
- Existe la posibilidad de que este embarazada en este momento
- No, definitivamente no estoy embarazada en este momento
- Yo solicito que no se tomen radiografías porque: _____

Fecha de la última menstruación: _____

Firma

Fecha



Autorización y consentimiento de la paciente para el tratamiento

(También se utiliza para menores/pupilos)

Nombre del paciente/Menor: _____

Paciente/Menor/Sala Fecha de Nacimiento: _____

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 esta casilla si la persona que recibe el cuidado NO es menor de edad o está bajo tutela)

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 conocimiento 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.

Firma del Paciente/Tutor

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

Nombre en letra imprenta del Paciente/Tutor

Fecha



Paciente Acuse De Recibo De Aviso De Prácticas De Privacidad

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Reconozco que he revisado el aviso de privacidad de las clínicas de RejuvenX LLC. (Por favor escriba sus iniciales **en una de las siguientes opciones** abajo).

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

_____ Deseo recibir una copia impresa del Aviso de Privacidad.

_____ Deseo recibir una copia electrónica del Aviso de Privacidad.

Para recibir una copia electrónica del aviso de privacidad, mi correo electronico es:

_____ @ _____

Nuestra oficina se contactará con usted a través de una LLAMADA DE TELEFONO, MENSAJE DE TELEFONO, MENSAJE DE TEXTO, O CORREO ELECTRONICO para confirmar su cita. Realizar recordatorios de cita, actualizaciones de tratamiento, y proporcionar información de facturación:

Por favor de no utilizar los siguientes medios de comunicación: _____

Por favor escriba sus iniciales en **ambas declaraciones a continuación:**

_____ Puedo solicitar un medio de comunicación alternativo (dentro lo razonable) por escrito. Reconozco que es la póliza de RejuvenX LLC de dejar mensajes recordatorios en mi buzón de voz o con otra personal en mi hogar.

_____ Reconozco si ocurre algún problema o pregunta respecto a mis derechos, puedo hablar con el oficial de privacidad Chase Fifarek, sobre mis preocupaciones.

Firma del Paciente/Tutor

Fecha

Nombre en letra imprenta



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: _____

Nombre de letra imprenta: _____

Relación del Paciente: _____

Fecha de Accidente: _____

Fecha de Hoy: _____



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: | Código 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: |
| Nombre en letra 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.

- | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 99203 | <input type="checkbox"/> E0730 | <input type="checkbox"/> 98940 | <input type="checkbox"/> 98941 | <input type="checkbox"/> 97140 | <input type="checkbox"/> 97110 |
| <input type="checkbox"/> 72040 | <input type="checkbox"/> 72050 | <input type="checkbox"/> 72052 | <input type="checkbox"/> 72070 | <input type="checkbox"/> 72100 | <input type="checkbox"/> 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.