



BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

Quisiéramos hacer su visita agradable... por lo tanto, si tiene cualquier pregunta con respecto al tratamiento, arreglos financieros, o sus citas, por favor pregunte.
¡Estamos aquí para ayudarle!

Hay varias alternativas de pago disponibles. Por favor marque el plan de pago que le aplica a usted.

_____ **Seguro Médico-** Yo tengo una póliza de seguro que me cubre y seré responsable de pagar mi porción del co-seguro sobre una base diaria o semanal. También, el deducible y cualquier porción no pagados por mi compañía de seguro médico serán mi responsabilidad.

Por favor de mostrar su tarjeta médica a la recepcionista

_____ **Medicare-** Estoy enterado que los doctores en esta oficina son proveedores que participan con el Seguro de Medicare. Esto significa que someterán las cuentas medicas a Seguro de Medicare por mí, sin embargo, yo soy responsable de pagar mi co-pagas (a menos que tienes un seguro suplementario que pague). También, estoy enterado que el Seguro de Medicare solamente cubre ciertos tratamientos, por lo tanto, yo pagare por los tratamientos que no cubra.

_____ **Accidente de Auto, Accidente de Trabajo, o Caída-** (hay otro partido responsable) Esto cubre generalmente sus cuentas médicas al 100%. Para los casos de accidentes de auto, estoy enterado que mis beneficios médicos se pueden agotar, y en esos casos yo seré responsable de cualquier balance en mi cuenta. Tomo en cuenta si ustedes aceptan esperar la liquidación, yo seré responsable de cerciórarme de que esta oficina reciba reembolso por mi tratamiento cuando la liquidación sea hecha. En el acontecimiento que un problema se presente con la liquidación, tomare las medidas necesarias para que esta oficina reciba el pago completo.

Por favor de mostrar a la recepcionista la dirección de correo, número de teléfono, numero de reclamo y nombre del ajustador/representante del partido responsable de sus cargos médicos

_____ **Base de efectivo-** Pagaré a diario o semanalmente sobre una base de efectivo.

_____ **Ninguno del Antedicho-** Ninguno del antedicho aplica a mí.

Los cheques y los equilibrios devueltos en 30 días hay un cobro de colección y a cargos de interés adicionales de 1.5% por mes.

ENTIENDO QUE TODOS LOS CARGOS NO CUBIERTOS POR MI SEGURO, SIN IMPORTAR LA RAZÓN, SON MI RESPONSABILIDAD COMPLETA.

(Imprimir Nombre)

(Firma)

(Fecha)

DATOS DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE

Por favor de imprimir todas sus respuestas.

Nombre completo _____

Dirección _____

Números de Teléfono Esta bien dejar mensaje?

Casa () _____ Y N

Celular () _____ Y N

Correo Electrónico _____

Seguro Médico (Primario)

Nombre de Seguro Médico _____

Numero de Póliza _____

Numero de Grupo _____

Nombre del Asegurado/a _____

Relación: Propio Esposo/a Padre

Empleo

Estado Laboral: Tiempo Completo Medio Tiempo

Jubilado Desempleado

Nombre _____

Dirección _____

Tel () _____ Fax () _____

¿Como se enteró de nuestra clínica? (A quien podemos agradecer) _____

Al mejor de mi conocimiento la información contenida en esta forma esta correcta y exacta.

(Imprimir Nombre)

(Firma)

Fecha de Nacimiento: _____

Genero: Masculino Femenino

Número de Seguro Social _____

Estado Civil _____

Contacto de Emergencia _____

Teléfono () _____

Relación _____

Seguro Médico (Secundario)

Nombre de Seguro Medico _____

Numero de Póliza _____

Numero de Grupo _____

Nombre del Asegurado/a _____

Relación: Propia Esposo/a Padre

Escuela

Estado del alumno: Tiempo Completo

Medio Tiempo No es Estudiante

Nombre de la Escuela _____

Dirección _____

Tel () _____ Fax () _____

(Fecha)

HISTORIA DE SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha _____

Razon por su visita hoy? _____

Indique los síntomas que tiene actualmente o que ha tenido en el último año

GENERAL

- Resfriado
- Depresión
- Mareo
- Desmayo
- Fiebre
- Olvido
- Dolor de Cabeza
- Pérdida de sueño
- Pérdida de peso
- Nerviosismo
- Entumecimiento
- Sudores

GASTROINTESTINAL

- Hinchazón
- Cambio intestinal
- Estreñimiento
- Diarrea
- Hambre excesiva
- Sed excesiva
- Gas
- Hemorroides
- Indigestión
- Nausea
- Sangrado Rectal
- Vomito

CARDIOVASCULAR

- Dolor de Pecho
- Presión Alta
- Mala Circulación
- Latidos Rápidos
- Tobillos hinchados
- Venas varicosas

PIEL

- Moretones
- Urticaria
- Comezón
- Lunares
- Cicatrices

MUSCULOS/HUESOS

- Brazos
- Cuello
- Espalda
- Caderas
- Piernas
- Hombro
- Codo
- Muñeca
- Rodilla
- Pies

GENITOURINARY

- Sangre en la Orina
- Micción frecuente
- Dolor al orinar
- Decoloración de la Orina
- Falta de control de la vejiga

HOMBRES

- Bulto en el pecho
- Dificultades de erección
- Bulto en los testículos
- Descarga del pene
- Dolor en el pene
- Otro _____

MUJERES

- Bulto en el pecho
- Sofocos
- Secreción pezón
- Secreción vaginal
- Otro _____
- Estas embarazada
Yes/No

CONDICIONES

- SIDA
- Alcohólico
- Anemia
- Anorexia
- Apendicitis
- Artritis
- Asma
- Sangramiento
- Bulto en el seno
- Bronquitis
- Bulimia
- Cáncer
- Cataratas
- Dependencia Química
- Varicela
- Diabetes
- Enfisema
- Epilepsia
- Glaucoma
- Coto
- Gonorrea
- Gota
- Enfermedad del corazón
- Hepatitis
- Hernia
- Herpes

- Presión alta
- HIV Positivo
- Kidney Disease
- Problema del hígado
- Sarampión
- Migrañas
- Aborto espontaneo
- Mononucleosis
- Esclerosis Múltiple
- Paperas
- Marcapasos
- Neumonía
- Polio

- Próstata
- Psychiatric Care
- Fiebre reumatica
- Fiebre escarlata
- Ataque al corazón
- Intento suicido
- Tiroides
- Amigdalitis
- Tuberculosis
- Fiebre Tifoidea
- Ulceras
- Infección vaginal
- Venéreas

MEDICACIONES

Liste los medicamentos que está tomando actualmente

ALERGIAS

Historia Familiar

Relación	Edad	Estado de Salud	Edad de muerte	Causa de muerte	Verifique si sus parientes de sangre tienen algunos de las siguientes condiciones:		
Padre					√	Enfermedad	Relación a ti
Madre						Artritis, Cota	
Hermanos						Asma, Fiebre de heno	
						Cancer	
						Dependencia química	
						Diabetes	
Hermanas						Enfermedad del corazón	
						Presión Alta	
						Trastorno del riñon	
						Tuberculosis	
						Otro	

Hospitalizaciones/Enfermedad/Lesiones

Fecha	Hospital	Razon y Resultado de Hospitalización

Embarazos

Año de Nacimiento	Sexo del Bebe	Complicaciones

Ocupación

Occupation:			
Indique si su trabajo lo expone a lo siguiente:			
<input type="checkbox"/>	Estrés	<input type="checkbox"/>	Substancias peligrosas
<input type="checkbox"/>	Levantar pesado	<input type="checkbox"/>	Otro

Yo afirmo que toda la información esta correcta. Yo seré responsable de algún error con esta información, no los doctores o asistentes.

(Imprimir Nombre)

(Firma)

(Date)

Consolidated Chiropractic Health Associates Inc.

dba: HealthCore Clinic

180N.BarringtonRoad,Streamwood,IL60107 P)630.483.8920 F)630.483.8930

Irshad Kassim, DC

ASSIGNMENT OF BENEFITS

-IRREVOCABLE

From Patient: _____

Accident Date: _____

Medical Provider: Irshad Kassim, DC

In consideration of your undertaking to render care, I agree to the following:

Release of Information

1. You are authorized to release any information you deem appropriate concerning my physical condition to any insurance company, attorney or adjuster in order to process any claim for reimbursement of charges incurred by me at your treatment facility.

Right to Receive Payment

2. I authorized and assign to you, the medical provider, the right to receive direct payment from my attorney or any insurance company who may become obligated to pay me any sums. I further authorize the endorsement of my name to any draft or check containing my name to which you are legally entitled.

Assignment of Right to Sue

3. In the event any insurance company or attorney, obligated by contractual agreement to issue payments to me for your service charges, refuses to pay upon demand by you, I hereby assign an transfer to you the cause of action that exists in my favor against any such company or attorney and authorize you to prosecute said action either in my name or your name as you otherwise resolve said claim as you see fit. I understand that whatever amounts you do not collect from said insurance proceeds (whether it be all or part of what is due) shall be paid by me.

4. I also assign to you, the medical provider, and grant the right of lien against any and all claims against any third party whose negligence may have caused my injury, including their insurance, up to the amount of the bill for treatment.

5. I waive the Statute of Limitations regarding my doctor’s right to recover from me directly.

6. I hereby direct my attorney to cooperate, assist and not interfere with you, the medical provider, in recovering any MedPay benefits that I may be entitle to.

I HEREBY AGREE THAT THIS ASSIGNMENT OF BENEFITS IS IRREVOCABLE.

Patient - (PRINT & SIGNATURE)

Date

Policy Holder

Date

Consolidated Chiropractic Health Associates Inc.

dba: HealthCore Clinic

180N.BarringtonRoad,Streamwood,IL60107 P)630.483.8920 F)630.483.8930

Irshad Kassim, DC

ASSIGNMENT OF BENEFITS

-IRREVOCABLE

ENGLISH:

I understand and agree that health and accident insurance policies are an arrangement between an insurance carrier and myself. I understand **Consolidated Chiropractic Health Associates Inc – dba: HealthCore Clinic/Irshad Kassim, DC** will prepare any necessary reports and forms to assist me in making collection from the insurance company and that any amount authorized to be paid directly to **Consolidated Chiropractic Health Associates Inc. – dba: HealthCore Clinic/Irshad Kassim, DC** will be credited to my account on receipt. I permit this office to endorse co-issued remittances for the convenience of credit to my account. I **Consolidated Chiropractic Health Associates Inc. – dba: HealthCore Clinic/Irshad Kassim, DC** to furnish information concerning my present illness or injury. I authorize my insurance company to direct payments for service performed **Consolidated Chiropractic Health Associates Inc. – dba: HealthCore Clinic/Irshad Kassim, DC** directly to:

**Consolidated Chiropractic Health Associates Ins. dba: HealthCore Clinic
Irshad Kassim, DC
180 N. Barrington Road
Streamwood, IL 60107**

I am also aware that *I AM PERSONALLY RESPONSIBLE FOR CHARGES AND/OR BALANCE NOT COVERED BY INSURANCE*. In the case where **Consolidated Chiropractic Health Associates Inc. – dba: HealthCore Clinic/Irshad Kassim, DC** needs to contact attorneys or collection agencies to collect on my account, I agree to pay all costs for these and any other expenses incurred in the collection of this account. I further understand that this agreement is irrevocable.

ESPAÑOL:

Comprendo y estoy de acuerdo que mi póliza de seguros es un acuerdo entre la compañía de seguros y yo. Yo comprendo que **Chiropractic Health Associates Inc. – dba: HealthCore Clinic** preparara formas y reportes para ayudarme a coleccionar de la compañía de seguros y que esas cantidades coleccionadas serán aplicadas a mi cuenta. Yo autorizo a **Consolidated Chiropractic Health Associates Inc. – dba: HealthCore Clinic/Irshad Kassim, DC** a cambiar estos cheques para que sean aplicados a mi cuenta. Autorizo a **Consolidated Chiropractic Health Associates Inc. – dba: HealthCore Clinic** a mandar información a las compañías de seguros y a mis abogados incluyendo información de mi enfermedad. Yo autorizo a mi compañía de seguros a hacer pagos por servicios dados por **Consolidated Chiropractic Health Associates Inc. – dba: HealthCore Clinic/Irshad Kassim, DC** directamente a:

**Consolidated Chiropractic Health Associates Ins. dba: HealthCore Clinic
Irshad Kassim, DC
180 N. Barrington Road
Streamwood, IL 60107**

YO TAMBIEN COMPRENDO QUE LAS CUENTAS NO PAGADA POR LA COMPANIA DE SEGUROS SON MI RESPONSABILIDAD. En caso de que mi seguro no cubriese todos mis gastos Yo asumiré la responsabilidad de dicha deuda y si a **Consolidated Chiropractic Health Associates Inc. – dba: HealthCore Clinic/Irshad Kassim, DC** necesita emplear abogados o agencias de colecciones para cobrar esa cuenta, yo pagare dichos gastos. Yo también entiendo que este acuerdo es irrevocable.

PRINT: (X) _____ **Patient/Policy Holder** **Date:** _____

SIGNATURE: (X) _____ **Patient/Policy Holder** **Date:** _____

SIGNED: _____ **Policy Holder** **Date:** _____

SIGNED: _____ **Guardian** **Date:** _____



**CONSENTIMIENTO DE SER INFORMADO AL CUIDADO
QUIROPRACTICO Y AJUSTES**

Solicito y consiento por este medio al funcionamiento de los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos del quiropráctico incluyendo varios modos de la fisioterapia, terapia física y las radiografías diagnósticas, en mí (o el paciente nombrado abajo, de quien soy legalmente responsable) por el doctor quiropráctico nombrado abajo y/o otros doctores quiroprácticos licenciados con quien ahora o en el futuro me de tratamiento mientras que este empleado, trabajando, asociado, o sirviendo como respaldo para el doctor de quiropráctica nombrado abajo o cualquier otra oficina o clínica.

He tenido una oportunidad que discutir con el doctor de quiropráctica nombrado abajo y/o con otro personal de la oficina o de la clínica la naturaleza y propósito de los ajustes quiroprácticos y de otros procedimientos. Entiendo que los resultados no están garantizados.

Entiendo y estoy informado(a) que en la práctica de medicina, en la práctica de la quiropráctica hay algunos riesgos en el tratamiento, incluyendo, pero no limitado a, fracturas, lesiones del disco, dislocaciones y torceduras. No espero que el doctor pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en el doctor para ejercitar el juicio durante el curso del procedimiento que el doctor se decida en ese momento, basado en los hechos conocidos, y en mi mejor interés.

He leído, o me han leído el consentimiento antedicho. También he tenido una oportunidad para hacer preguntas acerca de su contenido, y firmando abajo concuro con los procedimientos nombrados arriba. Yo tomo esta forma de consentimiento para cubrir el curso del tratamiento para mi actual condición y para cualquier condición más cuya busque tratamiento.

RECONOCIMIENTO DE RECIBIR EL AVISO DE LA PRIVACIDAD DE PRÁCTICAS

Yo, _____, he recibido una copia de Aviso de la Privacidad Practicas de Consolidated Chiropractic Health Associates Inc.

(Imprimir Nombre)

(Firma)

(Fecha)