



AUTO ACCIDENT PATIENT INTAKE FORM

Nombre:		
Dirección:		
Ciudad:	Código Postal:	
Teléfono: (Casa)	(Cellular)	(Trabajo)
Correo Electrónico:	Ocupación:	
Numero de Seguro Social:		
¿Le gustaría recibir correos electrónicos de South Florida Injury and Convenient Care en referencia a su cita médica? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Le gustaría recibir correos mensajes de texto de South Florida Injury and Convenient Care en referencia a su cita médica? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Sexo (<i>circle</i>): M F	Fecha de Nacimiento:	
Medico Familiar:		
Farmacia Preferida:	Teléfono:	

PACIENTES DE ACCIDENTE DE AUTO

(Por favor completar)

Aseguranza <i>(Sucursal, si corresponde)</i>	
Dirección	
Teléfono	
Fax	
Nombre de Ajustadora	
Fecha de Accidente	
Numero de Póliza	
Numero de Reclamo	
Nombre de Póliza	

MOTIVO DE CONSULTA:

Describe el Accidente:

Le han hecho Radiografías/MRI relacionado con este accidente? Si No ¿ Donde? _____

DETALLES DEL ACCIDENTE: (Circule uno)

Usted era el: Conductor Pasajero

¿Tenía Puesto el Cinturón? Si No Se desplego la bolsa de Aire? Si No

Tipo de Accidente: Por detrás De frente De Lado Otro: _____

Su Cabeza: golpeo objeto No golpeo objeto Quebró el vidrio Otro: _____

Usted experimento: Shock Perdió el conocimiento whiplash Otro: _____

Describa su estado emocional y físico inmediatamente después del Accidente:

Describa su estado emocional y físico unos días después del accidente:

INMEDIATAMENTE DESPUES DEL ACCIDENTE:

¿Ha sido tratado por sus lesiones? Si No

En caso afirmativo, que clase de tratamiento/evaluación a recibido?

CLASIFICACION DE DOLOR:

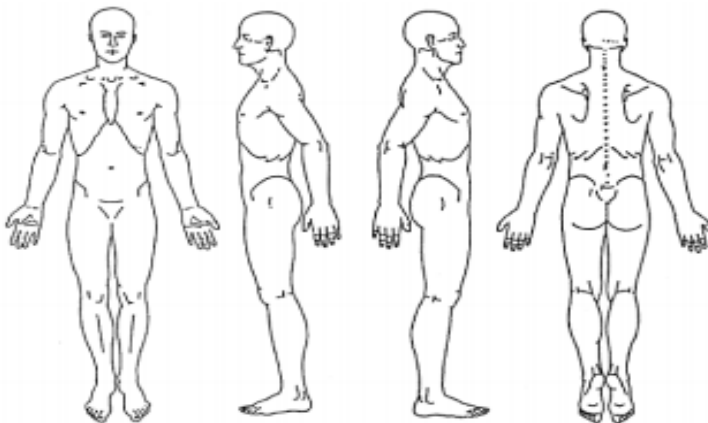
Del 1-10, califica tu dolor: (Circula el número que describa mejor su dolor)

No Dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor Severo

INDICA LA LOCACION DE SU DOLOR EN EL DIAGRAMA:



El dolor mejora con: _____

Y empeora con: _____

¿El dolor radia? _____

Tiene hormigueo/entumecimiento? _____

¿Como describiría su dolor? Dolorido(a) Aguda puñalada Ardor Punzante

Tiempo (viene y se va, constante, etc.): _____

ACTIVIDAD DIARIA: (Circule uno)

¿Cuento tiempo al día tiene dolor? Siempre A veces Nunca

¿Cuál es el peor tiempo del día para su dolor? En la mañana Tarde Noche Otro _____

¿Cuándo se siente mejor? En la mañana Tarde Noche Otro _____

PROGRESO:

¿Como se compara el dolor de cuando primero empezó? (Circule uno)

Mejoro mucho Mejor poco Empeoro Empeoro poco No a cambiado

Por favor marque todos los que aplican:

- ___ Tiene dificultad subiendo escalones.
- ___ Tiene que sostenerse a algo para pararse o sentarse.
- ___ Se queda en casa la mayoría de tiempo.
- ___ No puede hacer el quehacer.
- ___ Camina despacio más de lo normal.
- ___ Tiene que sentarse la mayoría del día.
- ___ Solo se puede parar por periodos corto.
- ___ Se queda en la cama la mayoría de tiempo.
- ___ Tiene que cambiar de posición frecuente para estar cómodo(a).
- ___ Tiene dificultad durmiendo.
- ___ Tiene dificultad vistiéndose.
- ___ Tiene Pérdida de apetito.
- ___ Esta más irritable.

HISTORIAL SOCIAL:

- ___ Fuma ___ No Fuma
- ___ Toma Alcohol ¿Cuanto? _____
- ___ No toma alcohol ___ No usa drogas
- ___ ¿Usa drogas Cuanto? ___ ¿Que tan seguido? _____

HISTORIAL MEDICO:

Estatura: _____ Peso: _____

A tenido un Accidente de Auto/caída/compensación de obreros anteriormente: Si ___ No ___ Describa:

Le han hecho Radiografías/MRI anteriormente? Si No ¿Donde? _____

Fecha de Radiografía/MRI anteriores _____

¿Derecho(a) o Zurdo(a)? D Z

¿Tiene alguna de las siguientes condiciones?

¿Diabetis?	Si	No
¿Problemas del Corazón?	Si	No
¿Epilepsia?	Si	No
¿Presión Alta?	Si	No
¿Problemas de Circulación?	Si	No
¿Osteoporosis?	Si	No
¿Problemas de Vejiga?	Si	No
¿HIV positive?	Si	No
¿Ha tenido Cáncer?	Si	No
¿Ha tenido mareos o se ha desmallado?	SI	No
¿Pérdida de Peso Repentino?	Si	No
¿Problemas Respiratorios?	SI	No
¿Está Embarazada?	SI	No
¿Cirugía Reciente?	Si	No
¿Artritis?	Si	No

Describa algún otro problema de Salud:

Lista de Cirugias Pasadas:

Alergias:

Lista de Medicamentos que esté tomando:

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN

**POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE
LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS**

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Utilizamos y divulgamos información de salud sobre usted para el tratamiento, el pago, y las operaciones de atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o divulgar su información médica a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento, o a familiares y amigos que usted apruebe.

Pago: Podemos usar y divulgar su información médica para obtener el pago por los servicios que le proporcionamos.

Operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su información médica en relación con nuestras operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, revisión de la competencia o cualificaciones de los profesionales de la salud, evaluación del desempeño de los profesionales y proveedores, realización de programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias o actividades de acreditación.

Su Autorización: Además de nuestro uso de su información médica para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica, puede darnos autorización por escrito para usar su información médica o para divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. También tiene derecho a solicitar restricciones en la divulgación de la ISP (Información de salud personal), o medios de comunicación alternativos para garantizar la privacidad.

Servicios relacionados con la salud de marketing: No usaremos su información médica para comunicaciones de marketing sin su autorización por escrito.

Requerido por la ley: Podemos usar o divulgar su información médica cuando estemos obligados a hacerlo por ley o actividades de seguridad nacional.

Abuso o negligencia: Podemos divulgar su información médica a las autoridades apropiadas cuando sospechamos de abuso o negligencia.

Recordatorios de citas: Podemos usar o divulgar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, postales o cartas).

DERECHOS DEL PACIENTE:

Acceso: Usted tiene derecho a mirar u obtener copias de su información médica con excepciones limitadas. Si solicita copias, le cobraremos una tarifa razonable por localizar y copiar su información, y el franqueo si desea que se le envíen las copias por correo.

Enmienda: Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica.

PREGUNTAS Y RECLAMACIONES

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, póngase en contacto con nosotros.

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica o en respuesta a una solicitud que hizo para modificar o restringir el uso o la divulgación de su información de salud o para que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, puede quejarse a nosotros utilizando la información de contacto que aparece al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, previa solicitud.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja con nosotros ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Se ha designado un Oficial de Privacidad/Contacto para esta oficina. El Oficial de Privacidad puede ser contactado simplemente poniéndose en contacto con la oficina y pidiendo hablar con el Gerente de la Oficina que sirve como el Oficial de Privacidad.

**EL PACIENTE RECONOCE EL AVISO DE PRIVACIDAD
Y CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACION
DE INFORMACION DE SALUD PERSONAL**

Nombre del Paciente _____

Fecha _____

Yo, _____ reconozco que he recibido una copia de EL AVISO DE
(Firma del Paciente o Padre o Tutor Legal)

PRIVACIDAD de esta Oficina o EL AVISO DE PRIVACIDAD de esta oficina ha sido puesto a mi disposición para recibirlo.

Yo, _____, consiento el uso y divulgación de mi información
(Firma del Paciente o Padre o Tutor Legal)

personal de salud por esta oficina para Tratamiento, Facturación / Pago y Operaciones de Atención médica cómo se describe en EL AVISO DE PRIVACIDAD.

Política de Cancelación / No Presentarse – South Florida Injury and Convenient Care entiende que hay momentos en que usted debe perder una cita. Por favor, entienda que nosotros (South Florida Injury and Convenient Care) nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de cancelación de \$50 dólares si una cita no se cancela con al menos 24 horas de anticipación.

SOUTH FLORIDA INJURY CONVENIENT CARE
2601 MANATEE AVE. W.
BRADENTON, FL 34208
941-744-0949

ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS, RELEASE, & DEMAND
Insurer and Patient Please Read it & Follow in its Entirety Carefully!

I, the undersigned patient/insured knowingly, voluntarily and intentionally assign the rights and benefits of my automobile Insurance, also known as Personal Injury Protection (hereinafter PIP), Uninsured Motorist and Medical Payments policy of insurance to the above health care provider. I understand it is the intention of the provider to accept this assignment of benefits in lieu of demanding payment at the time services are rendered. I understand this document will allow the provider to file suit against an insurer for payment of the insurance benefits or an explanation of benefits and to seek §627.428 damages from the insurer. If the provider's bills are applied to a deductible, I agree this will serve as a benefit to me. This assignment of benefits includes transportation medications, supplies, overdue interest and any potential claim for common law or statutory bad faith/unfair claims handling. If the insurer disputes the validity of this assignment of benefits, then the insurer is instructed to notify the provider in writing within five days of receipt of this document. Failure to inform the provider shall result in a waiver by the insurer to contest the validity of this document. Failure to inform the provider shall result in a waiver by the insurer to contest the validity of this document. The undersigned directs the insurer to pay the health care provider the maximum amount directly without any reductions & without including the patient's name on the check. To the extent the PIP insurer contends there is a material misrepresentation on the application for insurance resulting in the policy of insurance is declared voided, rescinded or canceled, I as he named insured under said policy of insurance, hereby assign the right to receive the premiums paid for my PIP insurance to this provider and to file suit for recovery of the premiums. The insurer is directed to issue such a refund check payable to this provider only. Should the medical bills not exceed the premium refunded, then the provider is directed to mail the patient/named insured a check which represents the difference between the medical bills and the premiums paid.

Dispute: The insurer is directed by the provider and the undersigned to not issue any checks or drafts in partial settlement of a claim that contain or are accompanied by language releasing the insurer or its insured/patient from liability unless there has been a prior written settlement agreed to by the health provider (specifically the office manager) and the insurer as to the amount payable under the insurance policy. The insured and provider hereby contests and objects to any reductions or partial payments. Any partial or reduced payment, regardless of the accompanying language, issued by the insurer and deposited by the provider shall be done so under protest, at the risk of the insurer, and the deposit shall not be deemed a waiver, accord, satisfaction, discharge, settlement or agreement by the provider to accept a reduced amount as payment in full. The insurer is hereby placed on notice that this provider reserves the right to seek the full amount of the bills submitted. If the PIP insurer states it can pay claims at 200% of the Medicare Fee Schedule or any other fee schedule contained within F.S. 627.736 then the insurer is instructed & directed to provide this provider with a copy of the policy of insurance within 10 days. Any effort by the insurer to pay a disputed debt as full satisfaction must be mailed to the address above, after speaking with the office/billing manager and mailed to the attention of the **Office/Billing Manager (SOUTH FLORIDA INJURY/PARAMOUNT MEDICAL BILLING)**. See Fla. Stat. §673.3111.

EUOs and IMEs: If the insurer schedules a defense examination or examination under oath (hereinafter "EUO") the insurer is hereby INSTRUCTED to send a copy of said notification to this provider. The provider or the provider's attorney is expressly authorized to appear at any EUO or IME set by the insurer. The health care provider is not the agent of the insurer or the patient for any purpose.

This assignment applies to both past and future medical expenses and is valid even if undated. A photocopy of this assignment is to be considered as valid as the original. I agree to pay any applicable deductible, co-payments, for services rendered after the policy of insurance exhausts and for any other services unrelated to the automobile accident. The health care provider is given the power of attorney to: endorse my name on any check for services rendered by the above provider; and to request and obtain a copy of any statements or examinations under oath given by patient.

Release of information: I hereby authorize this provider to: furnish an insurer, an insurer's intermediary, the patient's other medical providers, and the patient's attorney via mail, fax, or email, with any and all information that may be contained in the medical records; and for my insurance carrier to send Insurance coverage information (declaration sheet & policy of insurance) in writing and telephonically to the above-named provider; request from any insurer all explanation of benefits (EOBs) for all providers and non-redacted PIP payout sheets; obtain any written and verbal statements the patient or anyone else provided to the insurer; obtain copies of the entire claim file and all medical records, including but not limited to, documents, reports, scans, notes, bills, opinions, X-rays, IMEs, and MRI's, from any other medical provider or any insurer. The provider is permitted to produce my medical records to its attorney in connection with any pending lawsuits. The insurer is directed to keep the patient's medical records from this provider private and confidential. The insurer is not authorized to provide these medical records to anyone without the patient's and the provider's prior express written permission. **PLEASE NOTE: The insurer is not authorized to release protected health information (PHI) to third party vendors that schedule independent medical examinations or independent medical examination physicians.**

Demand: Demand is hereby made for the insurer to pay all bills within 30 days without reductions and to mail the latest non-redacted PIP payout sheet and the insurance coverage declaration sheet, and the insurance policy to the above provider within 15 days as well as notify the provider pursuant to F.S. 627.736 (6) (f) when benefits have been exhausted. The insurer is directed to pay the bills in the order they are received. However, if a bill from this provider and claim from anyone else is received by the insurer on the same day the insurer is directed to not apply this provider's bill to the deductible. If a bill from this provider and claim from anyone else is received by the insurer on the same day then the insurer is directed to pay this provider first before the policy is exhausted. In the event the provider's medical bills are disputed or reduced by the insurer for any reason, or amount, the insurer is to: set aside the entire amount disputed or reduced; escrow the full amount at issue; and not pay the disputed amount to anyone or any entity, including myself until the dispute is resolved by a Court. Do not exhaust the policy. The insurer is instructed to inform, in writing, the provider of any dispute.

Certification: I certify that: I have read and agree to the above; I have not been solicited or promised anything in exchange for receiving health care; I have not received any promises or guarantees from anyone as to the results that may be obtained by any treatment or service; I agree the provider's prices for medical services, treatment and supplies are reasonable and customary.

Caution: Please read before signing. If you do not completely understand this document, please ask us to explain it to you. If you sign below, we will assume you understand and agree to the above.

Patient's Name _____ Patient's Signature _____
(Please Print) (If patient is a minor, signature of parent/guardian)

Date _____