

**CHIROPRACTIC, ACUPUNCTURE & MASSAGE CENTER  
Dr. Amir Ahmadiyar, D.C.**

**AUTO INSURANCE INFORMATION FORM**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Día del Accidente:** \_\_\_\_\_

**Fue contratado un Abogado? SI NO**

**Nombre del Abogado:** \_\_\_\_\_

**Numero de teléfono del Abogado #:** \_\_\_\_\_

**Numero de Fax del Abogado #:** \_\_\_\_\_

**Dirección del Abogado:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nombre del Seguro de Auto del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Numero de póliza de Seguro de Auto del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Numero de reclamo del paciente #:** \_\_\_\_\_

**Gastos Médicos (PAGO MED)? SI NO Cuanto? \$** \_\_\_\_\_

**Numero de teléfono del Seguro de Auto del Paciente #:** \_\_\_\_\_

**Numero del Fax del Seguro de Auto del Paciente #:**

\_\_\_\_\_

**Nombre de el Ajustador de Seguro de Auto del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Dirección del Seguro de Auto del paciente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nombre del Seguro de Auto de la persona que lo golpeó:**

\_\_\_\_\_

**Numero de póliza del Seguro de Auto de la persona que le golpeó #:**

\_\_\_\_\_

**Numero de reclamo de la persona que le golpeó #:**

\_\_\_\_\_

**Numero de teléfono del Seguro de Auto de la persona que le golpeó #:** \_\_\_\_\_

**Número de Fax del Seguro de Auto de la persona que le golpeó #:**

\_\_\_\_\_

**Nombre de el Ajustador de Seguro de Auto de la persona que le golpeó:**

\_\_\_\_\_

**Dirección del Seguro de Auto de la persona que le golpeó:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# CHIROPRACTIC, ACUPUNCTURE & MASSAGE CENTER

**Dr. Amir Ahmadiyar, D.C.**

*Your Back to Health Choice for All Ages*

## Cuestionario De Salud 1

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de casa: \_\_\_\_\_ Numero de trabajo: \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Hombre: \_\_\_\_\_ Mujer

Numero de seguro social: \_\_\_\_\_ Numero de licencia de manejo: \_\_\_\_\_

Empleado con: \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

Estatus de empleo: \_\_\_\_\_ Full Time \_\_\_\_\_ Part Time \_\_\_\_\_ No Empleado \_\_\_\_\_ Retirado \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Soltero/a \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Viuda: \_\_\_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_\_ Separado/a: \_\_\_\_\_

Nombre del esposo/a: \_\_\_\_\_ Numero del seguro social del esposo/a: \_\_\_\_\_

Empleador de su esposo/a: \_\_\_\_\_ Numero de trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

**\*\*\*Referido a esta oficina por:**

### **PORFAVOR CIRCULE EL TIPO DE PACIENTE QUE ES:**

**PAGO DE UNO MISMO    ASEGURANZA    ACCIDENTE DE AUTO    WORKER'S COMP**

### **INFORMACION DE SEGURO MEDICO:**

**Seguro Primario:** \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario:** \_\_\_\_\_

El titular de la póliza es: Uno Miso Esposo/a Otro \_\_\_\_\_

El titular de la póliza es: Uno Mismo Esposo/a Otro \_\_\_\_\_

Numero de ID: \_\_\_\_\_

Numero de ID: \_\_\_\_\_

Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de el titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de el titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de seguro social: \_\_\_\_\_

Numero de seguro social: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Mujer

Sexo: \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Mujer

\*\*\*\*\*

**Yo entiendo y concuerde que la ley de seguro accidente y salud será arreglo entre el portador de seguro y yo misma. Tambien entiendo que la Oficina Medico hace cualquier reporte y formas necesario para ayudarme asiendo colecciones de la compañía de seguro y cualquier aumento autorizado será pagado directamente a la Oficina de Medico y el aumento será acreditado en un recibo. Sin embargo yo claramente reconozco y concuerde que el servicio rendido a mi sera cargado directamente a mi y yo personalmente soy responsable de mis pagos. Tambien entiendo que si yo suspendo cualquier tratamiento o cuidado mis honorarios de servicio profesional**

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

# CHIROPRACTIC, ACUPUNCTURE & MASSAGE CENTER

**Dr. Amir Ahmadiyar, D.C.**

*Your Back to Health Choice for All Ages*

## Autorización para Pagar a Médico

Yo por la presente autorizo a mi Compañía de seguros \_\_\_\_\_ a pagar por cheque y vía electrónica directamente a:

**Greater Falls Church Chiropractic Center  
6521 Arlington Boulevard, Suite 100  
Falls Church, VA 22042**

**Ashburn Chiropractic Center  
44121 Harry Byrd Hwy., Suite 145  
Ashburn, VA 20147**

Si mi póliza actual prohíbe el pago directo al médico, yo por la presente también le instruyo y le dirijo a hacer el cheque y enviarlo a la dirección nombrada en el párrafo de arriba para el profesional o el gasto médico de beneficios admisibles y de otro modo será pagado a mí bajo mi póliza de seguros actual como pago hacia las gastos totales para los servicios profesionales rendidos. ESTO ES UN DIRECTO DESIGNIO DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS BAJO ESTA POLIZA. Este pago no excederá mi deuda al apoderado ya mencionado, y acuerdo en pagar, en una manera actual, cualquier balance de dichos servicios profesionales más allá del pago de seguro.

Una fotocopia de este designio será considerada efectiva y válida como la original. Y yo también autorizo a la clínica dotar cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, representante, o abogado que esta implicado en este caso.

Autorizo al médico a iniciar un reclamo al comisionado del seguro por cualquier razón en mi beneficio.

\_\_\_\_\_  
**Imprima Nombre**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

# CHIROPRACTIC, ACUPUNCTURE & MASSAGE CENTER

Dr. Amir Ahmadiyar, D.C.

*Your Back to Health Choice for All Ages*

## INFORMACION DE HERIDA DE ACCIDENTE DE AUTO

1. Qué fue la posición de usted en el vehículo?

Conductor  El pasajero trasero  Otro: \_\_\_\_\_

El pasajero delantero  Un peatón

1. Qué tipo de vehículo manejaba usted?

Utilitario  Carro lleno de tamaño  Camión lleno de tamaño

Camioneta llena de tamaño  Carro medio de tamaño  Camión compacto

Camioneta mini  Motocicleta

Vehículo deportivo compacto de utilidad  Motorhome  Bicicleta

El tamaño lleno vehículo deportivo de utilidad  Otro: \_\_\_\_\_

2. Qué velocidad viajaba usted en aquel momento de accidente?

Parado en una luz de detención  En una parada completa  Mover lentamente

Unir en el tránsito  La ralentización hacia abajo en un cruce

Los viajes más rápido que 65 mph  Los viajes en aproximadamente ( ) mph

Otro \_\_\_\_\_

3. Quién golpeó quién?

Fue golpeado por otro vehículo  Golpeado un objeto inmóvil  Golpeado otro vehículo

Otro \_\_\_\_\_

4. Qué fue el punto de su vehículo de impacto?

En la frente  En la frente izquierda  En el trasero  En el trasero izquierdo

En la frente correcta  En la frente mediana  En el trasero derecho

En el trasero mediano  En el lado correcto  Lado a la derecha trasero

En el lado izquierdo  En el lado correcto delantero  En el lado correcto mediano

En la frente dejó lado  En el trasero dejó lado  Otro \_\_\_\_\_

5. Qué velocidad viajaba el otro vehículo?

Parado en una luz de detención  At a complete stop  Mover lentamente

La ralentización hacia abajo para un cruce  Unir en el tránsito

Los viajes más rápido que 65 mph  Los viajes en aproximadamente ( ) mph

Otro \_\_\_\_\_

6. Qué fue el nexo de unión del otro vehículo?

En la frente  En la frente izquierda  En el trasero  En la frente derecho

En la frente mediana  En el trasero derecho  En el trasero izquierdo

En el lado correcto  Lado a la derecha trasero  En el trasero mediano

En la frente correcta  En el lado izquierdo  En el lado correcto mediano

En el trasero dejó lado  En la frente dejó lado  En el centro dejó lado

Otro \_\_\_\_\_

7. Llevaba usted restricciones de asiento?

Llevaba una restricción llena de regazo y hombro  Llevaba una restricción de hombro

Llevaba una restricción de regazo  No llevaba ninguna restricción

Otro \_\_\_\_\_

8. En qué posición fueron sus descanso de cabeza de vehículo?

- Tuvo un descanso de cabeza que fue ajustado en la posición más baja  
 Tuvo un descanso de cabeza que fue ajustado en la posición mediana  
 Tuvo un descanso de cabeza que fue ajustado en la posición más alta  
 No fue equipado con un descanso de cabeza?  
 Otro \_\_\_\_\_

9. Desplegó su bolsa de aire?

- Las bolsas de aire fueron desplegadas  Las bolsas de aire no fueron desplegadas  
 Otro \_\_\_\_\_

10. Fue preparado usted para el impacto?

- Fue sorprendido completamente por el accidente  Vio la venida de choque  
 Vio el choque que viene y reforzó apropiadamente  Otro \_\_\_\_\_

11. Qué posición fue su cuerpo en justo antes de impacto?

- Una posición recta  Una posición embalsada  Una posición giró a la izquierda  
 Una posición giró a la derecha  Una posición que no puede ser recordado  Otro \_\_\_\_\_

12. Qué sucedió a su cuerpo el momento de impacto?

- El cuerpo fue tensed para el impacto  El cuerpo violentamente torqued y torcido  
 El cuerpo fue tirado sobre el asiento  El cuerpo fue sujetado en el vehículo  
 El cuerpo azotó violentamente delantero y hacia atrás  El cuerpo fue tirado del vehículo  
 El cuerpo fue cortado mal y magulló  Otro \_\_\_\_\_

13. Qué fue su mental/estado emocional siguiendo inmediatamente el accidente?

- No fue rendido inconsciente por el impacto del accidente  
 No fue rendido inconsciente pero fue sacudido y fue desorientado  
 No fue rendido inconsciente fue agitado  
 No fue rendido inconsciente por el impacto del accidente  
 Otro \_\_\_\_\_

14. Recibió usted atención médica en la escena del accidente?

- Fue tomado al hospital  Fue tomado a un médico personal  
 Fue tomado en casa  Fue tomado a esta oficina  Actividades reasumidas  
 Otro \_\_\_\_\_



**LISTE CADA UNA DE LA PARTE DEL CUERPO QUE GOLPEO EL VEHICULO  
SIGUIENTE PARTES DURANTE EL ACCIDENTE**

**1. TABLERO DE MANDO**

\_\_\_\_\_ El lado correcto de la cabeza \_\_\_\_\_ Brazo derecho \_\_\_\_\_ Muñeca derecho \_\_\_\_\_ Codo derecho  
\_\_\_\_\_ Hombro derecho \_\_\_\_\_ Rodilla derecho \_\_\_\_\_ Cadera derecho \_\_\_\_\_ Tobillo derecho  
\_\_\_\_\_ El lado izquierdo de la cabeza \_\_\_\_\_ Brazo izquierdo \_\_\_\_\_ Muñeca izquierda \_\_\_\_\_ Codo izquierdo  
\_\_\_\_\_ Hombro izquierdo \_\_\_\_\_ Rodilla izquierda \_\_\_\_\_ Cadera izquierda \_\_\_\_\_ Tobillo izquierdo \_\_\_\_\_ Otro

**2. PARABRISAS**

\_\_\_\_\_ El lado correcto de la cabeza \_\_\_\_\_ Brazo derecho \_\_\_\_\_ Muñeca derecho \_\_\_\_\_ Codo derecho  
\_\_\_\_\_ Hombro derecho \_\_\_\_\_ Rodilla derecho \_\_\_\_\_ Cadera derecho \_\_\_\_\_ Tobillo derecho  
\_\_\_\_\_ El lado izquierdo de la cabeza \_\_\_\_\_ Brazo izquierdo \_\_\_\_\_ Muñeca izquierda \_\_\_\_\_ Codo izquierdo  
\_\_\_\_\_ Hombro izquierdo \_\_\_\_\_ Rodilla izquierda \_\_\_\_\_ Cadera izquierda \_\_\_\_\_ Tobillo izquierdo \_\_\_\_\_ Otro

**3. VOLANTE**

\_\_\_\_\_ El lado correcto de la cabeza \_\_\_\_\_ Brazo derecho \_\_\_\_\_ Muñeca derecho \_\_\_\_\_ Codo derecho  
\_\_\_\_\_ Hombro derecho \_\_\_\_\_ Rodilla derecho \_\_\_\_\_ Cadera derecho \_\_\_\_\_ Tobillo derecho  
\_\_\_\_\_ El lado izquierdo de la cabeza \_\_\_\_\_ Brazo izquierdo \_\_\_\_\_ Muñeca izquierda \_\_\_\_\_ Codo izquierdo  
\_\_\_\_\_ Hombro izquierdo \_\_\_\_\_ Rodilla izquierda \_\_\_\_\_ Cadera izquierda \_\_\_\_\_ Tobillo izquierdo \_\_\_\_\_ Otro

**4. PUERTA CORRECTA**

\_\_\_\_\_ El lado correcto de la cabeza \_\_\_\_\_ Brazo derecho \_\_\_\_\_ Muñeca derecho \_\_\_\_\_ Codo derecho  
\_\_\_\_\_ Hombro derecho \_\_\_\_\_ Rodilla derecho \_\_\_\_\_ Cadera derecho \_\_\_\_\_ Tobillo derecho  
\_\_\_\_\_ El lado izquierdo de la cabeza \_\_\_\_\_ Brazo izquierdo \_\_\_\_\_ Muñeca izquierda \_\_\_\_\_ Codo izquierdo  
\_\_\_\_\_ Hombro izquierdo \_\_\_\_\_ Rodilla izquierda \_\_\_\_\_ Cadera izquierda \_\_\_\_\_ Tobillo izquierdo \_\_\_\_\_ Otro

**5. PUERTA IZQUIERDA**

\_\_\_\_\_ El lado correcto de la cabeza \_\_\_\_\_ Brazo derecho \_\_\_\_\_ Muñeca derecho \_\_\_\_\_ Codo derecho  
\_\_\_\_\_ Hombro derecho \_\_\_\_\_ Rodilla derecho \_\_\_\_\_ Cadera derecho \_\_\_\_\_ Tobillo derecho  
\_\_\_\_\_ El lado izquierdo de la cabeza \_\_\_\_\_ Brazo izquierdo \_\_\_\_\_ Muñeca izquierda \_\_\_\_\_ Codo izquierdo  
\_\_\_\_\_ Hombro izquierdo \_\_\_\_\_ Rodilla izquierda \_\_\_\_\_ Cadera izquierda \_\_\_\_\_ Tobillo izquierdo \_\_\_\_\_ Otro

**6. SIENTE MARCO**

\_\_\_\_\_ El lado correcto de la cabeza \_\_\_\_\_ Brazo derecho \_\_\_\_\_ Muñeca derecho \_\_\_\_\_ Codo derecho  
\_\_\_\_\_ Hombro derecho \_\_\_\_\_ Rodilla derecho \_\_\_\_\_ Cadera derecho \_\_\_\_\_ Tobillo derecho  
\_\_\_\_\_ El lado izquierdo de la cabeza \_\_\_\_\_ Brazo izquierdo \_\_\_\_\_ Muñeca izquierda \_\_\_\_\_ Codo izquierdo  
\_\_\_\_\_ Hombro izquierdo \_\_\_\_\_ Rodilla izquierda \_\_\_\_\_ Cadera izquierda \_\_\_\_\_ Tobillo izquierdo \_\_\_\_\_ Otro

**7. OBJETO DESCONOCIDO**

\_\_\_\_\_ El lado correcto de la cabeza \_\_\_\_\_ Brazo derecho \_\_\_\_\_ Muñeca derecho \_\_\_\_\_ Codo derecho  
\_\_\_\_\_ Hombro derecho \_\_\_\_\_ Rodilla derecho \_\_\_\_\_ Cadera derecho \_\_\_\_\_ Tobillo derecho  
\_\_\_\_\_ El lado izquierdo de la cabeza \_\_\_\_\_ Brazo izquierdo \_\_\_\_\_ Muñeca izquierda \_\_\_\_\_ Codo izquierdo  
\_\_\_\_\_ Hombro izquierdo \_\_\_\_\_ Rodilla izquierda \_\_\_\_\_ Cadera izquierda \_\_\_\_\_ Tobillo izquierdo \_\_\_\_\_ Otro

# CHIROPRACTIC, ACUPUNCTURE & MASSAGE CENTER

Dr. Amir Ahmadiyar, D.C.

*Your Back to Health Choice for All Ages*

## Designación de Representante Autorizado

Yo \_\_\_\_\_, por la presente designo a Dr. Amir Ahmadiyar/  
Dr. James Geer de Greater Falls Church Chiropractic Center a la extensión  
llena permisible bajo el Acto de la Seguridad de Empleado Jubilación  
Ingresos de 1974 (“ERISA”) y cuando proporcionado en 29 CFR 2560-503-  
1(b)4 de otro modo para actuar sobre mis beneficios y para seguir los  
reclamos y los ejercicios de todos mis beneficios de asistencia médica de  
empleado, con respecto a médico o otro gasto de asistencia sanitaria (los  
gastos) contraído a consecuencia de los servicios que recibo del encima de  
médico denominado. Estos derechos incluyen el derecho de actuar sobre mi  
beneficio con respeto para inicialar determinaciones de reclamos, para seguir  
atracciones de determinaciones de beneficio bajo el plan, para obtener  
registros, y para reclamar en mi beneficio tal reembolso médico de plan y  
para seguir cualquier otros remedios aplicables.

\_\_\_\_\_  
El Nombre de Paciente

\_\_\_\_\_  
La Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CHIROPRACTIC, ACUPUNCTURE & MASSAGE CENTER**  
**Dr. Amir Ahmadiyar, D.C.**

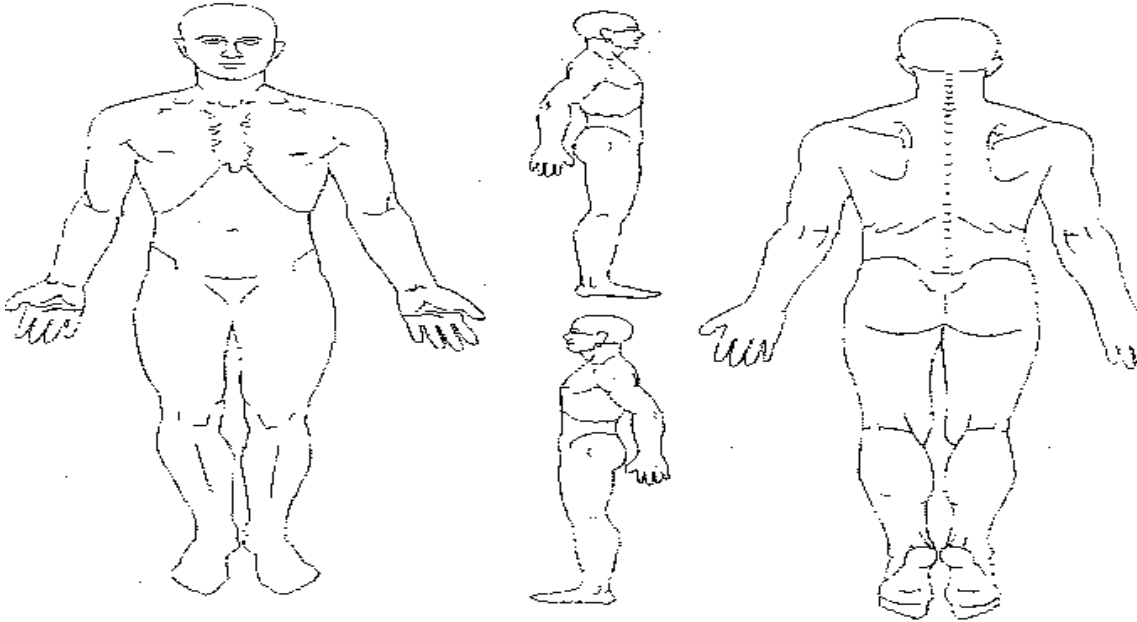
**\*\*\* Formulario de Historia Medica 2 \*\*\***

1. Razone para buscar el cuidado de la quiropráctica
  - a. RAZON PRIMARIA \_\_\_\_\_
  - b. RAZON SECUNDARIA \_\_\_\_\_
2. Cuánto tiempo ha tenido usted este problema? \_\_\_\_ Años \_\_\_\_ Meses \_\_\_\_ Semanas
3. Es esto su primer episodio de este dolor? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO
4. Hace algo el reclamo mejor? \_\_\_\_\_
5. Agrava algo el reclamo? \_\_\_\_\_
6. Ha visto usted a otro médico para este problema? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO
7. Rodee por favor la calidad de dolor: Embote Dolor Agudo Balacera Ardor  
 Latir Profundo Quejas Otro \_\_\_\_\_
8. Gradúe intensidad/severidad (0-No dolor. 10-Peor dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Valore Frecuencia:  
 Ocasional(20% de tiempo despierto)      Intermitente(26-50% del tiempo despierto)  
 Frecuente (51-75% de tiempo despierto)      La constante (76-100% de tiempo despierto)

\*\*\*\*\*

Marque por favor la ubicación de su dolor o la molestia en las imágenes abajo.  
 Los símbolos del uso que son mostrados para representar tipo de dolor.

- |               |   |
|---------------|---|
| D – EMBOTA    | S – APUÑALAR                                  |
| B – ARDOR     | T – SENTIR HORMIGUEO (ALFILERES & las AGUJAS) |
| N – ENTUMEZCA | C – OBSTACULIZAR                              |



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**FOR DOCTOR USE ONLY**

**DIAGNOSIS:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . **TREATMENT PLAN:** \_\_\_\_\_



# CHIROPRACTIC, ACUPUNCTURE & MASSAGE CENTER

Dr. Amir Ahmadiyar, D.C.

## La Nota de Reconocimiento de Prácticas

Comprendo eso, bajo la Transportabilidad de seguro de enfermedad & Acto de Responsabilidad de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la intimidad con respecto a mi información protegida de la salud. Comprendo que esta información será utilizada a:

\*Conducto, planea y dirige mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de asistencia sanitaria que pueden participar en ese tratamiento directamente e indirectamente.

\*Obtiene el pago de pagadores de terceros.

\*Realiza operaciones normales de asistencia sanitaria como evaluaciones de calidad y certificaciones de médico.

He recibido, leí y comprendo su Nota de las Prácticas de Intimidad que contienen una más descripción de los usos y revelaciones de mi información de la salud. Comprendo que esta organización tiene el derecho de cargar su Nota de Prácticas de Intimidad de vez en cuando y que puedo contactar la organización en tiempo en la dirección encima de obtener una copia actual de la Nota de Prácticas de Intimidad.

Comprendo que puedo solicitar en la escritura que usted restringe cómo mi información privada es utilizada o es revelada para llevar a cabo tratamiento, operaciones de pago y asistencia médica. Yo también comprendo que usted no es requerido a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si usted concuerda entonces que usted tiene que permanecer tales restricciones.

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

La relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

-----

Procuré obtener la firma del paciente en el reconocimiento en la Nota de Reconocimiento de Prácticas de Intimidad, pero pudo non hacer así como documentado abajo.

Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

# CHIROPRACTIC, ACUPUNCTURE & MASSAGE CENTER

Dr. Amir Ahmadiyar, D.C.

*Your Back to Health Choices for All Ages*

## Notice of Doctor's Lien

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DEL ACCIDENTE:** \_\_\_\_\_

Yo por la presente autorizo DR. AMIR H. AHMADIYAR AT GREATER FALLS CHURCH CHIROPRACTIC CENTER para proporcionarle, mi abogado, con un informe lleno de su examen, el diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico, etc. de yo mismo con respecto al accidente en el que fui implicado recientemente.

Yo por la presente autorizo y le dirijo, mi abogado, para pagar directamente a dicho médico tales sumas como puede ser debido y lo debiendo para servicios médicos me rindió en virtud de este accidente y en virtud de cualquier otras cuentas que son debidas su oficina y para retener tales sumas de cualquier arreglo, el juicio o el juicio como puede ser necesario para proteger para compensar completamente y adecuadamente dicho médico. Y yo por la presente doy aún más un Gravamen en mi caso a dicho médico contra cualquier y todo continúa de mi arreglo, del juicio, o del juicio que puede ser pagado a usted, a mi abogado, o a yo mismo, a consecuencia de las heridas para que he sido tratado o las heridas en la conexión con eso.

Comprendo completamente que soy directamente y completamente responsable a dicho médico para todas cuentas médicas sometidos por él para servicios me rindían y este acuerdo es hecho únicamente para dicho la protección adicional de médico y en consideración a su pago que aguarda. Y comprendo aún más que tal pago no está supeditado a ningún arreglo, supeditado al juicio, ni supeditado al juicio por que puedo recuperar finalmente dije honorario.

Conuerdo en notificar inmediatamente dicho médico de ningún cambio ni la adición de abogado(s) utilizado por mí en aconsejó que si mi abogado no desea cooperar a proteger el interés de doctor, el médico no aguardará el pago pero puede declarar el saldo deudor entero y pagadero.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENT

\_\_\_\_\_  
FECHA

El abajofirmante es abogado de registro para el encima de paciente por la presente concuerda en observar todos los términos del encima de y concuerda en retener tales sumas de cualquier arreglo, del juicio, o del juicio, como puede ser necesario para proteger para compensar completamente y adecuadamente dicho médico susodicho. El abogado concuerda aún más que en caso este gravamen es litigado, que el partido predominante será concedido honorarios de abogado y costos.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ABOGADO

\_\_\_\_\_  
FECHA

Por favor fecha, firma, y regresa una copia a la oficina del doctor. También mantenga una copia para sus registros.