

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

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

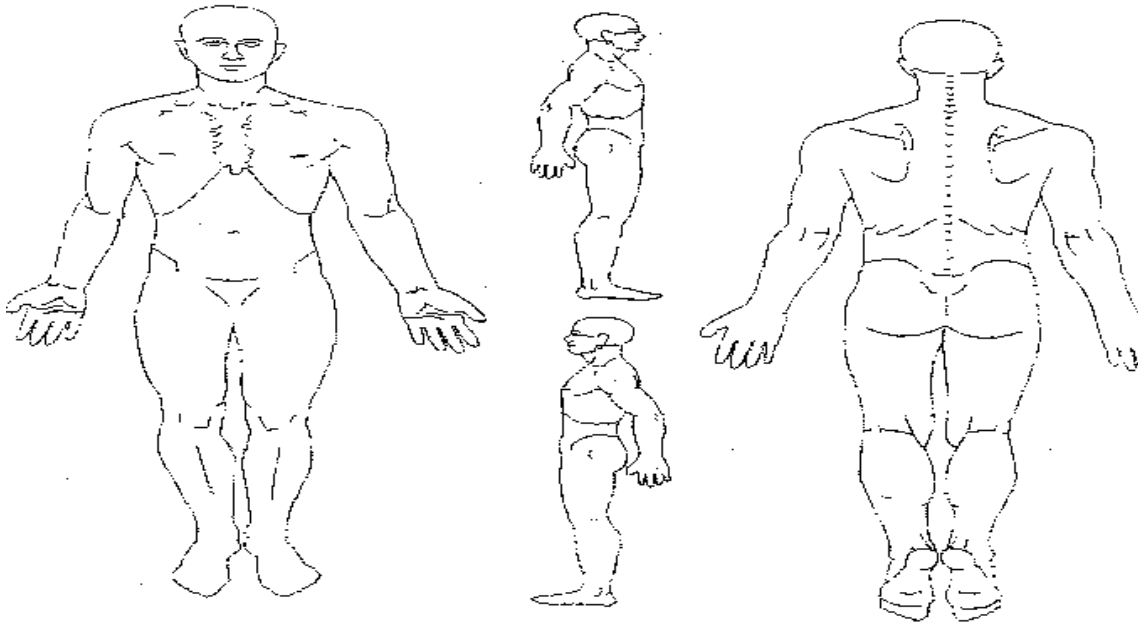
CHIROPRACTIC, ACUPUNCTURE & MASSAGE CENTER
Dr. Amir Ahmadiyar, D.C.

***** 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: _____

Greater Falls Church Chiropractic & Acupuncture Center

Your Back to Health Choice for All Ages

Patient's Name: _____ Medicare # (HICN): _____

ADVANCE BENEFICIARY NOTICE (ABN)

NOTE: You need to make a choice about receiving these health care items or services.

We expect that Medicare will not pay for the item(s) or service(s) that are described below. Medicare does not pay for all of your health care costs. Medicare only pays for covered items and services when Medicare rules met. The fact that Medicare may not pay for a particular item or service does not mean that you should not receive it. There may be a good reason your doctor recommended it. Right now, in your case, Medicare probably will not pay for:

1. Massage
2. Acupuncture
3. Traction
4. Electrical Stim
5. Moist Heat
6. X-rays
7. Supplies and Vitamins
8. Any modalities not mentioned with the exception of spinal manipulation

The purpose of this form is to help you make an informed choice whether or not you want to receive these items or services, knowing that you might have to pay for them yourself.

Before you make a decision about your options, you should read this entire notice carefully.

- Ask us to explain, if you don't understand why Medicare probably won't pay.
- Ask us how much these items or services will cost you (**Estimated Cost: \$**_____), in case you have to pay for them yourself or through insurance.

PLEASE CHOOSE **ONE** OPTION. CHECK **ONE** BOX. SIGN AND DATE YOUR CHOICE

_____ **OPTION 1 YES. I want to receive these items or services.**

I understand that Medicare will not decide to pay unless I receive these items or services. Please submit my claim to Medicare. I understand that you may bill me for items or services and I may have to pay the bill while Medicare is making its decision. If Medicare does pay, you will refund me of any payments I made to you that are due to me. If Medicare denies payment, I agree to be personally and fully responsible for payment. That is, I will pay personally, either out of pocket or through any other insurance that I have. I understand I can appeals Medicare's decision.

DATE

Signature of patient or guardian

_____ **OPTION 2 NO. I have decided not to receive these items or services**

I will not receive these items or services. I understand that you will not be able to submit a claim to Medicare and that I will not be able to appeal your opinion that Medicare won't pay.

DATE

Signature of patient or guardian

Greater Falls Church Chiropractic Center

Your Back to Health Choice for All Ages

ABOUT MEDICARE COVERAGE

The government's Medicare program only pays Doctors of Chiropractic (DCs) for limited services. If your needed Chiropractic Adjustment (manipulation treatment) meets Medicare's rules, they will usually pay for it. There are three categories of Medicare services; 1) non-covered 2) always covered, and 3) perhaps covered.

NON-COVERED

According to existing Medicare law, most of the available services in our office are NON-COVERED. Hopefully, the U.S Congress will change that someday and treat Doctors of Chiropractic like all other doctors. Until then:

Examples of Non-Covered Services

All Services Other than Chiropractic Adjustments:

- Office Visits – to evaluate and manage, re-evaluate, advise or counsel
- Physiotherapy – such as massage, traction, electrical stimulation, neuromuscular re-education, etc.
- X-rays, Laboratory, Supplies, Vitamins, etc.

Various Chiropractic Adjustments:

- Adjustment on the area other than the spine (to the shoulder, arm, leg, etc.)
- Maintenance Care – you are stable and not making any more improvement
- Wellness care – to promote better health.

NON-Covered items will appear on your insurance claim form. They will show as a Medicare NON-Covered service like this: "72010-GY". The "72010" code is for an x-ray. The "-GY" code means that it is not-covered, allowing your service to go through the Medicare system. After denial by Medicare, it can then go on to your other insurance. If you have Medigap insurance (also known as Medicare Secondary or Supplemental insurance) they will pay according to the terms of your contract

ALWAYS COVERED

A typical example of a Medicare COVERED service (or clinically needed) is when you are in much pain due to a bad spinal condition. You should also expect Medicare to cover and pay for your rehabilitation as long as you are improving. When you have a COVERED Chiropractic spinal adjustment (manipulation treatment), it will be shown on your Medicare claim form and payment reports as either "98940", "98941", or "98942".

PERHAPS COVERED

Your Chiropractic Adjustment must be clinically needed according to Medicare. If Medicare thinks that your condition is not "Medically Necessary" they won't pay. If we know or believe that Medicare will not pay for your Chiropractic Adjustment due to any rules that they might have, we will let you know. We will give you a special Medicare form known as the Advance Beneficiary Notice (ABN).

STATEMENT OF UNDERSTANDING

I understand that I am personally financially responsible for all Medicare NON-covered services. I also understand that there could be times when my chiropractic adjustments might not be covered. If so, my doctor will let me know. I am also responsible for any annual deductibles or applicable copayments as required by Medicare

Signature of patient or person acting on patient's behalf

Date

LONG-TERM AUTHORIZATION

You won't have to sign again during this time period. This authorization can be revoked upon your written request.

Patient Name: _____ Medicare # (HICN): _____

Provider Name: _____

Provider Address : _____

Authorization Period: From : _____ 200__ To: _____ 200__ (must be completed to be valid)

I request that payment under the medicare insurance program be made either to me or to the provider named above on any bills for services Furnished to me during the effective period of this authorization, and I authorize the above named provider to release to the Social Security Administration or its intermediaries or carriers, or to any other payer for information needed to process claims. I further permit a copy of this authorization to be used in place of the original.

Signature of patient or person acting on patients behalf

Date

NOTE: Your health information will be kept confidential. Any information that we collect about you on this form will be kept confidential in our offices. If a claim is submitted to a payer, your health information on this form may be shared with the payer. Your health information which the payer sees will be kept confidential by the payer.

CHIROPRACTIC, ACUPUNCTURE & MASSAGE CENTER

Dr. Amir Ahmadiyar, D.C.

La oficina la Política Financiera

Es informado por favor de la oficina siguiente la política financiera:

_____ Soy un dinero efectivo/Paciente de Paga de Ser

- Soy responsable de todas cargas contraídas para mi tratamiento durante cada una de mis visitas.
- Conseguiré un 10% de honorario de descuento si pago por 10 visitas consecutivas en el avance.
- Los Cumpleaños Gobiernan: Consigo un 50% de descuento si traigo mi tarjeta postal de cumpleaños enviada a mí por la oficina en mi mes de cumpleaños.
- Regla Halagadora de Referencia: Consigo una elección de una visita libre o un libre ½ masaje de hora si yo me refiero alguien al dispensario y soy visto por mi médico.

_____ Soy un Paciente de Seguro/Medicare

- Concuero en pagar mi co-pago en aquel momento de cada servicio.
- Soy responsable y seré facturado para mi seguro deducible y el coaseguro como reflejado en mi EOB (Explicación de Beneficios)
- • Soy responsable obtener cualquier referencia necesitada antes de mi visita de mi compañía de seguros o la oficina de primario médico del cuidado. Si visto sin una referencia, concuerdo en ser financieramente responsable de todas cargas contraídas para todos servicios rendidos.
- Los Cumpleaños Gobiernan: Mi co-pago es renunciado en aquel momento de servicio si yo me traigo mi tarjeta postal de cumpleaños enviada a mí por la oficina en mi mes de cumpleaños.
- La Regla halagadora de la Referencia: Consigo una elección de un libre ½ masaje de hora o mi co-pago para ser renunciados para una visita si yo me refiero alguien al dispensario y soy visto por mi médico.

Reconocimiento

- Comprendo que ese pago es esperado cuándo servicios son rendidos a menos que otros arreglos hayan sido hechos.
- Comprendo que seré financieramente responsable del cuidado recomendado si o no los resultados y los beneficios anticipados son logrados.
- Comprendo que seré facturado directamente para el \$20 Honorario para la cancelación de masaje hecha menos de 24 horas advierten.
- En caso de que mi participación con mi red de asistencia sanitaria sea terminada, deseo continuar mi tratamiento como un paciente privado que paga y sería personalmente responsable de las cargas asociadas con mi cuidado.
- Si los servicios exteriores de la colección o abogados son empleados por esta facilidad para el individuo que desatiende nuestra política de la oficina, la él/ella concuerda en pagar esas cargas, inclusive costos de tribunal y honorarios de abogado de 33+1/3% en caso este archivo es entregado a un abogado para la colección.

Patient Name

Date

Signature