

**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 el choque que viene y reforzó apropiadamente
- Vio la venida de choque
- 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 fue tirado sobre el asiento
- El cuerpo azotó violentamente delantero y hacia atrás
- El cuerpo fue cortado mal y magulló
- El cuerpo violentamente torqued y torcido
- El cuerpo fue sujetado en el vehículo
- El cuerpo fue tirado del vehículo
- 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 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

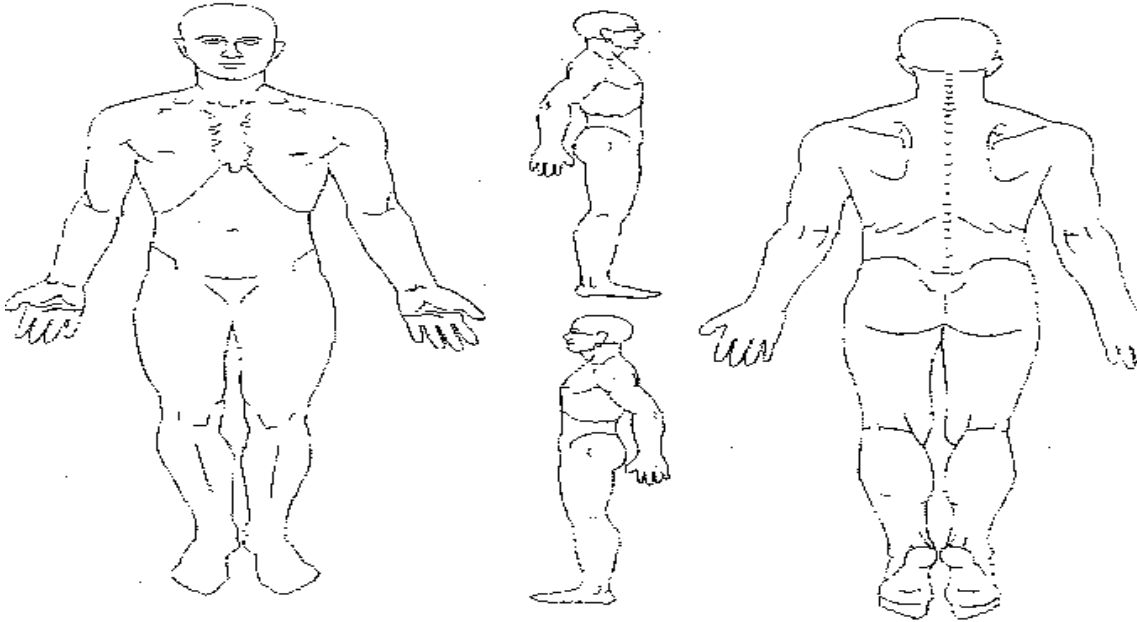
CHIROPRACTIC, ACUPUNCTURE & MASSAGE CENTER
Dr. Amir Ahmadiyar, D.C.

***** 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) Intermittente(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.

Dr. Amir H. Ahmadiyar, Clinic Director

6521 Arlington Boulevard, Suite 100, Falls Church, Virginia 22042 Tel. (703) 538-6666 Fax (703) 538-6675