

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:** _____

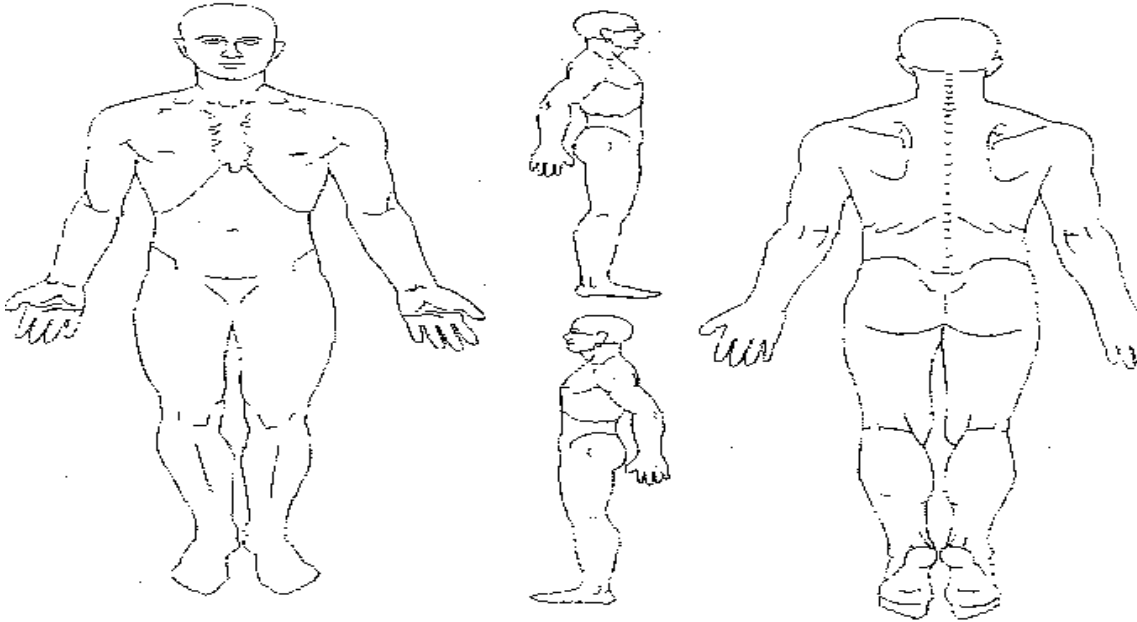
CHIROPRACTIC, ACUPUNCTURE & MASSAGE CENTER
Dr. Amir Ahmadiyar, D.C.

***** 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.

Concuerto 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

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

AUTORIZACION DE COMPENSACION DE TRABAJADOR

A: _____

La fecha del Accidente: _____

Trabajador/paciente: _____

El Nombre de empleador: _____

La Dirección de empleador: _____

El Teléfono de empleador: _____

Portador de seguro: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Capataz o Supervisor Inmediato: _____

El encima de empleado me ha aconsejado herida de su-trabajo relacionado. Esto es su autorización de rendirlo tratamiento.

Imprima Nombre

Firma

El Representante título-autorizado de Empleador

Fecha