

### Información del paciente

Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
SS#: \_\_\_\_\_ Sexo  M  F  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Casado/a     Soltero/a     Viudo/a  
 Separado/a     Divorciado/a     Menor  
Empleador: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  
Nombre de esposo/a o padres: \_\_\_\_\_

Quien lo/la refirió a nuestra oficina?  
\_\_\_\_\_

### Información de seguro

Relacionado a accidente de auto o trabajo? \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_  
Relación a sí mismo: \_\_\_\_\_  
Compañía de seguro: \_\_\_\_\_  
Alguna compañía de seguros la cual tenga cobertura secundaria?    SI / NO  
Persona responsable por la cuenta?  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

### Información del accidente

Condición relacionada a accidente?  Si  No Fecha \_\_\_\_\_  
Tipo de accidente:  Auto  Trabajo  
A quien le ha reportado el accidente?  
 Aseguradora Automotriz  Empleador  Worker's Comp  
Numero de reclamo (si aplica) \_\_\_\_\_  
Nombre del abogado: \_\_\_\_\_

### Número de teléfono

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Teléfono de trabajo:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Teléfono celular:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Compañía de celular \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

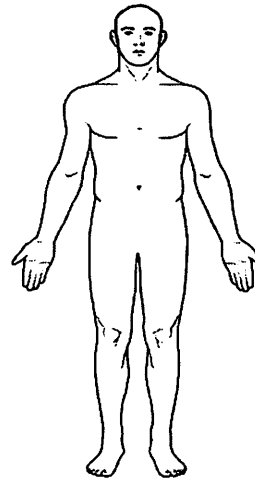
### Contacto en caso de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Número telefónico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

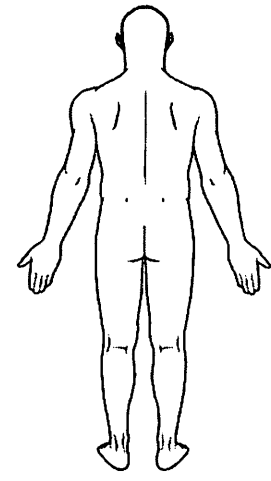
### Diagrama de dolor

Por favor indique con la letra adecuada en donde está sintiendo molestia.

- D. Dolor
- H. Hormigueo
- A. Adormecimiento
- Q. Quemazón
- E. Espasmo



Frente



Espalda

Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Health History

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

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Día que comenzo el dolor: \_\_\_\_\_

**Por Favor seleccionar todas las que le aplica al paciente**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias                      | <input type="checkbox"/> Cifosis               | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal           | <input type="checkbox"/> Mareo                      |
| <input type="checkbox"/> Anemia de celulas falciformes | <input type="checkbox"/> Colitis               | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria    | <input type="checkbox"/> Menstruación irregular     |
| <input type="checkbox"/> Aneurismo aortico             | <input type="checkbox"/> Colon irritable       | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea         | <input type="checkbox"/> Migraña                    |
| <input type="checkbox"/> Anorexia                      | <input type="checkbox"/> Convulsiones          | <input type="checkbox"/> Enfisema                   | <input type="checkbox"/> Osteoartritis              |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide           | <input type="checkbox"/> Coyuntura disponible  | <input type="checkbox"/> Epilepsia                  | <input type="checkbox"/> Osteoporosis               |
| <input type="checkbox"/> Artritis traumática           | <input type="checkbox"/> Desmayo               | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple        | <input type="checkbox"/> PMS                        |
| <input type="checkbox"/> Asma                          | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Escoliosis                 | <input type="checkbox"/> Polio                      |
| <input type="checkbox"/> Ataques de corazón            | <input type="checkbox"/> Diabetes juvenil      | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno             | <input type="checkbox"/> Presión alta               |
| <input type="checkbox"/> Bulimia                       | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal       | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática           | <input type="checkbox"/> Presión baja               |
| <input type="checkbox"/> Cálculo renal                 | <input type="checkbox"/> Dolor al orinar       | <input type="checkbox"/> Flujo vaginal              | <input type="checkbox"/> Problemas de la próstata   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                        | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza       | <input type="checkbox"/> Frecuencia cardiaca rápida | <input type="checkbox"/> Sinusitis                  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de cerebro             | <input type="checkbox"/> Dolor de cadera       | <input type="checkbox"/> Gota                       | <input type="checkbox"/> Trastorno de disco espinal |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon               | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello       | <input type="checkbox"/> Hepatitis A                | <input type="checkbox"/> Trastorno de sangre        |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de esófago             | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda      | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                | <input type="checkbox"/> Trastorno de tiroides      |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de estomago            | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda alta | <input type="checkbox"/> Hipertensión               | <input type="checkbox"/> Tuberculosis               |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de hueso               | <input type="checkbox"/> Dolor de hombro       | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo            | <input type="checkbox"/> Ulcera                     |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mamas               | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho        | <input type="checkbox"/> Hipotensión                | <input type="checkbox"/> Ulcera de estomago         |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata            | <input type="checkbox"/> Dolor de seno         | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo             | <input type="checkbox"/> Ulcera duodenal            |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de recto               | <input type="checkbox"/> Dolores               | <input type="checkbox"/> Intestino regular          | <input type="checkbox"/> Ulcera péptica             |
|  | <input type="checkbox"/> Enfermedad corazón    | <input type="checkbox"/> Lordosis                   | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA                 |

**Por Favor seleccionar todas las que le aplica a la familia del paciente (esposo/a) no se concideran familia.**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias                      | <input type="checkbox"/> Cifosis               | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal           | <input type="checkbox"/> Mareo                      |
| <input type="checkbox"/> Anemia de celulas falciformes | <input type="checkbox"/> Colitis               | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria    | <input type="checkbox"/> Menstruación irregular     |
| <input type="checkbox"/> Aneurismo aortico             | <input type="checkbox"/> Colon irritable       | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea         | <input type="checkbox"/> Migraña                    |
| <input type="checkbox"/> Anorexia                      | <input type="checkbox"/> Convulsiones          | <input type="checkbox"/> Enfisema                   | <input type="checkbox"/> Osteoartritis              |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide           | <input type="checkbox"/> Coyuntura disponible  | <input type="checkbox"/> Epilepsia                  | <input type="checkbox"/> Osteoporosis               |
| <input type="checkbox"/> Artritis traumática           | <input type="checkbox"/> Desmayo               | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple        | <input type="checkbox"/> PMS                        |
| <input type="checkbox"/> Asma                          | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Escoliosis                 | <input type="checkbox"/> Polio                      |
| <input type="checkbox"/> Ataques de corazón            | <input type="checkbox"/> Diabetes juvenil      | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno             | <input type="checkbox"/> Presión alta               |
| <input type="checkbox"/> Bulimia                       | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal       | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática           | <input type="checkbox"/> Presión baja               |
| <input type="checkbox"/> Cálculo renal                 | <input type="checkbox"/> Dolor al orinar       | <input type="checkbox"/> Flujo vaginal              | <input type="checkbox"/> Problemas de la próstata   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                        | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza       | <input type="checkbox"/> Frecuencia cardiaca rápida | <input type="checkbox"/> Sinusitis                  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de cerebro             | <input type="checkbox"/> Dolor de cadera       | <input type="checkbox"/> Gota                       | <input type="checkbox"/> Trastorno de disco espinal |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon               | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello       | <input type="checkbox"/> Hepatitis A                | <input type="checkbox"/> Trastorno de sangre        |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de esófago             | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda      | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                | <input type="checkbox"/> Trastorno de tiroides      |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de estomago            | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda alta | <input type="checkbox"/> Hipertensión               | <input type="checkbox"/> Tuberculosis               |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de hueso               | <input type="checkbox"/> Dolor de hombro       | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo            | <input type="checkbox"/> Ulcera                     |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mamas               | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho        | <input type="checkbox"/> Hipotensión                | <input type="checkbox"/> Ulcera de estomago         |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata            | <input type="checkbox"/> Dolor de seno         | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo             | <input type="checkbox"/> Ulcera duodenal            |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de recto               | <input type="checkbox"/> Dolores               | <input type="checkbox"/> Intestino regular          | <input type="checkbox"/> Ulcera péptica             |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón              | <input type="checkbox"/> Enfermedad corazón    | <input type="checkbox"/> Lordosis                   | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA                 |

Usted Fuma? Si / No Toma bebidas alcohólicas? Si / No Cuan frecuente? \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones y/o cirugías recientes: \_\_\_\_\_

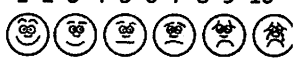
Nombre de su doctor de cabecera? \_\_\_\_\_ # teléfono de su doctor: \_\_\_\_\_

Historial de embarazo: \_\_\_\_\_

Tratamiento previo para su condicion actual?  Si  NO

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Molestia actual/Molestia principal</b>			
Cuál es su molestia principal/actual? (por que usted cree necesitar tratamiento)			
_____			
_____			
_____			
_____			
<b>Severidad de su problema?</b> <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Leve a moderado <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Moderado a severo <input type="checkbox"/> Severo	<b>Cuan frecuente?</b> <input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Frecuente	<b>En escala del 1-10, cuanto le molesta (10=muy doloroso, 1= poco dolor)</b>  1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10 	<b>Mejoría (%)</b> 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
<b>Quando comenzó este problema?</b> <input type="checkbox"/> Gradual <input type="checkbox"/> Hace un día <input type="checkbox"/> Hace un mes <input type="checkbox"/> Sin motivo <input type="checkbox"/> Hace varios días <input type="checkbox"/> Hace meses <input type="checkbox"/> Espontaneo <input type="checkbox"/> Hace una semana <input type="checkbox"/> Hace un año <input type="checkbox"/> Hace semanas <input type="checkbox"/> Hace varios	<b>Seleccione cada opción que le aplique</b>		
	<b>Movimiento</b> <input type="checkbox"/> Espasmo <input type="checkbox"/> Restringido <input type="checkbox"/> Calambres <input type="checkbox"/> Rigidez <input type="checkbox"/> Poca flexibilidad	<b>Sensación</b> <input type="checkbox"/> Adormecido <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Quemazón <input type="checkbox"/> Pinchazos	
<b>Seleccione el tipo de dolor que describa su molestia mejor</b> <input type="checkbox"/> Adolorido <input type="checkbox"/> Quemazón <input type="checkbox"/> Agudísimo <input type="checkbox"/> Adormecido <input type="checkbox"/> Golpeteo <input type="checkbox"/> Pulsante <input type="checkbox"/> Disparo <input type="checkbox"/> Escozor			
<b>Quando se siente mejor?</b> <input type="checkbox"/> Mejor en la mañana <input type="checkbox"/> Mejor durante el día <input type="checkbox"/> Mejor en la noche			
<b>Quando se siente peor?</b> <input type="checkbox"/> Peor en la mañana <input type="checkbox"/> Peor durante el día <input type="checkbox"/> Peor en la noche			
<b>Yo entiendo que la información provista es cierta y actual según mi conocimiento.</b>			
<b>Firma:</b> _____ <b>Fecha de hoy:</b> _____			



## Declaración de Objetivos Clínicos

Cuando un paciente necesita de cuidado quiropráctico y nosotros aceptamos al paciente, es esencial que los dos trabajemos para el mismo objetivo. Es muy importante que cada paciente entienda los objetivos y métodos que se utilizarán para alcanzar dichos objetivos. Esto previene confusión y desilusión. Usted tiene el derecho, como paciente, de ser informado de las condiciones y recomendaciones de su cuidado quiropráctico para que usted pueda tomar la decisión de aceptar o rechazar el tratamiento quiropráctico luego de ser advertido de los beneficios, alternativas y riesgos conocidos.

La quiropráctica es la ciencia, filosofía, y arte que se preocupa en la relación entre la estructura de su columna y la salud de su sistema nervioso. Como quiropráctico, entiendo que la salud es un estado óptimo físico, mental y social y no la ausencia de enfermedad, debilidad o síntomas.

Una interrupción en el sistema nervioso es llamada una subluxación vertebral. Esto ocurre cuando una o más vértebras en la columna vertebral se desalinean o se mueven inapropiadamente. Esto causa función inadecuada e interferencia al sistema neurológico. Esto puede resultar en dolor y disfunción o puede ser asintomático.

Las subluxaciones pueden ser corregidas y/o reducidas por un ajuste quiropráctico. Un ajuste quiropráctico es una aplicación específica de fuerza para corregir o reducir subluxaciones vertebrales. Nuestro método de corregir subluxaciones es con ajustes específicos hacia la columna. Los ajustes son hechos a mano donde el doctor pondrá fuerza en segmentos específicos de su columna para ajustarla a una mejor posición.

Si al principio o durante el curso de su tratamiento nosotros encontramos algo inusual o no quiropráctico, le avisaremos y recomendaremos exámenes adicionales o referiremos su caso a otro proveedor de salud.

La quiropráctica ha sido probada ser muy efectiva y segura. No es inusual estar con molestias musculares al comenzar el tratamiento. Aunque no es común, es posible sufrir de efectos secundarios como; espasmos musculares, fracturas en las costillas, dolores de cabeza, y/o mareos.

Todas las preguntas del objetivo de mi caso en particular en esta oficina han sido contestadas para mi satisfacción. Los beneficios, riesgos, y alternativas sobre la quiropráctica han sido explicados para mi satisfacción. He leído y entendido completamente lo explicado previamente y acepto cuidado quiropráctico bajo estas premisas.

---

Nombre

Firma

Fecha

### Consentido para evaluar y ajustar a un menor de edad

Yo, \_\_\_\_\_ siendo el padre o guardián legal de \_\_\_\_\_ he leído y entendido completamente el consentimiento de información y le doy permiso a el doctor de atender y ajustar a mi hijo/a.

### Permiso de embarazo

Esto certifica que para mi noción no estoy embarazada y el doctor mencionado arriba y sus asociados tienen mi permiso de tomar radiografías. He estado avisado que las radiografías pueden ser peligrosos para un niño/a aun sin nacer.

Día del último ciclo menstrual: \_\_\_\_\_

---

Firma

Fecha



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ File: \_\_\_\_\_

**Standard Waiver of Liability / Renuncia estándar de responsabilidad:**

Yo entiendo que soy responsable financieramente por cargos incurridos en esta oficina, para aquellos pacientes utilizando seguros, esto incluye co-pagos, deducibles, y cargos rechazados o no cubiertos por mi compañía de seguros.

Yo realizo que mi cuidado puede ser sujeto a aprobación/autorización de mi compañía de seguros, y acepto cualquier responsabilidad por cargos que no sean aprobados. Mi compañía de seguros revisara todos/algunos documentos sometidos por Cordero Family Chiropractic para revisión de necesidad médica. La determinación final es basada en los protocolos y/o medidas de salud de mi compañía de seguros. Limitaciones de la póliza de seguro se basa en el plan individual de mi póliza de seguros, al igual que los co-pagos, co-seguros, deducibles, referidos, etc.

Yo entiendo que esta oficina me notificara lo antes posible si mi cuidado es aprobado o negado basado en mi seguro. También entiendo que mi visita inicial puede ser negada y esto puede ser luego de la habilidad de la oficina de notificarme antes de mi cuidado agudo "acute care", esperando aprobación de mi a seguridad.

NOTA: nuestra oficina no hará reclamos a compañías de seguros secundarias.

Yo entiendo que esta oficina requiere que yo pague servicios rendidos no cubiertos por mi plan de la compañía de seguro. Pagos tardes por más de 30 días son sujetos a penalidad de tardanza, a un interés de 1.5% por mes y penalidad de agencias de colección. Yo estoy dispuesto a pagar costos asociados con la colección de dicha deuda, incluyendo, pero no limitado a costos de abogados de 25% (veinte y cinco por ciento), junto al costo de re-embolso de dicha acción.

**Assignment of Benefits / Asignación de beneficios:**

Yo autorizo mis beneficios de seguros a ser pagados directamente al Dr. Francisco Colon y/o Dr. Sebastián Colon. *I hereby authorize my insurance benefits to be paid directly to Dr. Francisco Colon and/or Dr. Sebastian Colon.*

Yo he leído este documento y entiendo mis obligaciones de pagar por cuidado en el caso que la compañía de seguros no los cubra. *I have read this document and understand my obligations for payments for care in the absence of insurance coverage.*

---

Firma (Paciente, Padre o guardián)

Fecha

**Release of Medical Records:**

Yo le otorgo permiso al Dr. Colon a obtener información médica de otras facilidades que ayuden al doctor a tratar mi condición más detalladamente.

*I give my permission for Dr. Colon to request medical information from other medical facilities that may help the doctor to accurately assess and treat my current condition.*

---

Firma (Paciente, Padre o guardián)

Fecha

# CORDERO FAMILY CHIROPRACTIC

## Reporte de Accidente Automotriz

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ File # \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguro \_\_\_\_\_

# de póliza: \_\_\_\_\_ # de reclamo: \_\_\_\_\_

# seguro social del asegurado: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Empleador del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de accidente \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora del accidente \_\_\_\_\_ am / pm

Quien recibió la citación? \_\_\_\_\_

La policía visito el lugar del accidente?.....Si / no

La policía lleno un reporte de lo ocurrido?.....Si / no

Hubo testigos?.....Si / no

Describa lo ocurrido en el accidente en sus propias palabras:

\_\_\_\_\_

En que calle usted viajaba? \_\_\_\_\_

En qué dirección se dirigía usted? Norte / Sur / Este / Oeste

Marca y modelo del otro vehículo involucrado: \_\_\_\_\_

Dirección en que se dirigía el otro vehículo? Norte / Sur / Este / Oeste

Fue usted al hospital o ha visto a otro médico después del accidente? \_\_\_\_\_

Llego al hospital en ambulancia? \_\_\_\_\_ nombre del doctor o hospital \_\_\_\_\_

Que tratamientos recibió si alguno? \_\_\_\_\_

Le tomaron radiografías? \_\_\_\_\_ le prescribieron medicamentos? \_\_\_\_\_

Ha podido trabajar después del accidente? \_\_\_\_\_

Tiene algún síntoma después del accidente? \_\_\_\_\_

Su condición ha empeorado? \_\_\_\_\_

En que posición usted experimenta dolor? \_\_\_\_\_

Cuál es el nivel de dolor en esa posición? \_\_\_\_\_

Cuántas horas al día trabaja? \_\_\_\_\_

Que actividades usted normalmente hace trabajando? \_\_\_\_\_

Mientras se recupera, hay algún trabajo suave que pueda hacer? \_\_\_\_\_

Trabaja con personas que la podrían ayudar diariamente? \_\_\_\_\_

# CORDERO FAMILY CHIROPRACTIC

## Reporte de Accidente Automotriz

- 1) ¿Cuál era su posición en el vehículo? (circula una)  
Conductor / pasajero frontal / pasajero trasero / peatón
- 2) ¿Qué vehículo usted conducía? (marca, modelo y año) \_\_\_\_\_
- 3) ¿A qué velocidad usted conducía cuando tuvo el impacto? \_\_\_\_\_
- 4) ¿Quién impacto a quien? \_\_\_\_\_
- 5) ¿En donde fue el impacto de SU vehículo? \_\_\_\_\_
- 6) ¿A qué velocidad manejaba el OTRO vehículo? \_\_\_\_\_
- 7) ¿En donde fue el impacto en el OTRO vehículo? \_\_\_\_\_
- 8) ¿Usted utilizaba el cinturón de seguridad? \_\_\_\_\_
- 9) ¿En qué posición estaba la cabecera de su asiento? (circula una) ALTA / MEDIA / BAJA
- 10) ¿Se activaron las bolsas de aire? SI / NO
- 11) ¿Estaba listo para el impacto? (circule uno) vi el vehículo venir / me sorprendió el impacto
- 12) ¿Hacia dónde miraba en el tiempo de impacto? (circule una respuesta)  
Adelante / Hacia la derecha / Hacia la izquierda
- 13) ¿Cuál fue su estado mental/emocional luego del accidente? \_\_\_\_\_
- 14) Cayo usted inconsciente? \_\_\_\_\_ por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- 15) ¿Recibió atención médica en el accidente? \_\_\_\_\_
- 16) ¿A donde fue inmediatamente después del accidente? \_\_\_\_\_

Tiene usted a un abogado elegido? \_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono de el abogado: \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

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



**Assignment of Benefits Form**

**POWER OF ATTORNEY TO ENDORSE CHECKS AND/OR TO SIGN ANY PAPER WHICH WILL ENHANCE OR EXPEDITE PAYMENT TO PROVIDER FOR SERVICE RENDERED, INCLUDING BUT NOT LIMITED TO A RELEASE OF MEDICAL RECORDS AND ASSIGNMENT OF BENEFITS/AUTHORIZATION TO PAY.**

Known by all these present that: the undersigned has made, constituted and appointed, and by these presents does hereby make, constitute and appoint CORDERO FAMILY CHIROPRACTIC and any of its duly authorized agents and employees as and to be the undersigned's true and lawful attorney for and in the undersigned's name, place and stead to endorse any and all checks, drafts or money orders which are made payable to the undersigned alone or to the undersigned and CORDERO FAMILY CHIROPRACTIC which checks, drafts or money orders are made payable for services which have been made by CORDERO FAMILY CHIROPRACTIC, at the request of with the knowledge and approval of the undersigned and/or maker of the check, draft or money order.

This assignment includes but is not limited to, all rights to collect benefits directly from my insurance company for services that I have received and all rights to proceed against my insurance company in any action including legal suit if for any reason my insurance company fails to make payments of benefits due to my assignee or me. This assignment also includes any rights to recover attorney's fees and costs for such action brought by the provider as my assignee.

The undersigned by these presents does give and grant CORDERO FAMILY CHIROPRACTIC, as attorney the full power and authority to do and perform all and every act whatsoever requisite and necessary to be done in and about the premises as fully to all intents and purposes as the undersigned might or could do to personally present insofar as the endorsing and cashing of said check and concerned as well as any other document.

At any time after Insurer fails to render the applicable payment within 30 days upon receipt of Health Care Providers medical bills got any date of service, this agreement may be revoked. Health Care Provider's said revocation will be effective on the thirty first (31) day after Insurer has received Health Care Provider medical bill(s) that Insurer has denied, withdrawn, reduced, or failed to pay in accordance with Florida Statutes 627.736. Said revocation shall include any and all dates of services subsequent to the thirty-first (31) day after Insurer has received Health Care Provider medical bills that Insurer has denied, withdrawn, reduced, or failed to pay in accordance with Florida Statute 627.736.

A photocopy of this document shall be as binding as an original signature page.

The undersigned does hereby ratify and confirm any and all actions taken by the said attorney in accordance with this special power and which they said attorney shall do cause to be done by virtue of these presents.

**ASSIGNMENT OF BENEFITS**

I, \_\_\_\_\_, hereby authorize \_\_\_\_\_  
(name of insured) (name of insurance company)

to pay to and mail directly to CORDERO FAMILY CHIROPRACTIC, the medical benefits otherwise payable to me for their services, but not to exceed the charges of those services. I hereby irrevocably assign to CORDERO FAMILY CHIROPRACTIC and benefits under any policy of insurance, indemnity agreement, or any other collateral source as defined in Florida Statutes for any services and charges provided by CORDERO FAMILY CHIROPRACTIC.

\_\_\_\_\_  
PATIENT'S SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
PATIENT'S NAME

\_\_\_\_\_  
DATE



# **CORDERO FAMILY CHIROPRACTIC**

**Dr. Francisco Colon & Dr. Sebastian Colon**

**3208 Lantana Rd.**

**Lantana , Fl , 33462**

**Phone (561) 533 – 3884**

**Fax (561) 439 – 7349**

## **HIPPA Compliant Medical Release Form**

**Date:** \_\_\_\_\_

**To :** \_\_\_\_\_

( Doctor / Hospital )

**Patient Name :** \_\_\_\_\_

**Patient Address :** \_\_\_\_\_

**Birth Date :** \_\_\_\_\_ **SS #** \_\_\_\_\_

**Purpose of Release of all medical records / PHI : continuing medical care with Dr. Francisco Colon / Dr. Sebastian Colon .**

**Limited Power of Attorney : In the event that your institution requires a site specific authorization for release of protected health information , I grant Dr. Colon the ability to use this medical release form I signed with him along with his signature on your form to release my PHI . I do appreciate the fact that you are lolling after my PHI privacy . I hope you understand that I have the right to have my medical records/PHI sent to Dr. colon in a timely fashion to ensure the proper documents are made available to him for my continuing medical care and well being . I have read his HIPPA policy that can be found on line at : [www.cordero-chiropractic.com](http://www.cordero-chiropractic.com). If you have any concerns about releasing my medical records to Dr. Colon , please call me at (561) 533 – 3884.**

**X** \_\_\_\_\_

( Patient Signature )

# Cordero Family Chiropractic

Dr. Francisco Colón & Dr. Sebastián Colón

3208 Lantana rd.

Lantana Fl, 33462

(561) 439-7349

Fax: (561) 439-7348

Para: Abogado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RE: Reporte de salud y derecho de retención

Yo ( \_\_\_\_\_ ) por la presente autorizo al Dr. Colon a proporcionarle, a mi abogado y a mi compañía de seguro, con un reporte completo de mi examen, diagnostico, pronostico, etc. Respecto al accidente/enfermedad el cual ocurrió o comenzó en \_\_\_\_\_.

Yo por la presente doy autorización a mi abogado a pagar directamente al Dr. Colon la suma de dinero, la cual se debe por los servicios profesionales proporcionados debido a la razón de este accidente y producto de cualquier otra factura que se le deban a esta oficina. También se permitirá guardar la suma de dinero de cualquier convenio, sentencia o veredicto, debido a que pueda ser necesario para proteger al mencionado doctor. Yo por la presente declaro estar de acuerdo a darle el derecho de retención de mi caso al Dr. Colon de todo lo recaudado acerca de cualquier herida por la cual he sido tratado.

Yo claramente y completamente entiendo que yo soy directamente responsable por toda factura de todo tratamiento o servicio recibido y prestado por el Dr. Colon. También entiendo que dicho pago no está sujeto a ningún convenio, juicio o veredicto que por el cual yo puedo eventualmente recuperar dicha suma.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de Paciente: \_\_\_\_\_

La siguiente firma, siendo esto un registro sobre el paciente para el abogado, autoriza a observar todo los términos mencionados arriba y se compromete a retener la suma de dinero para cualquier convenio, juicio o veredicto, lo cual puede ser adecuadamente para proteger al Dr. Colon.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de Abogado: \_\_\_\_\_

Attorney: Please date, sign and return one copy to doctor's office at once.

Reply envelope attached.

Keep one copy for your records

# CORDERO FAMILY CHIROPRACTIC

Dr. Francisco M. Colón and Dr. Sebastian J. Colón

3208 Lantana Rd. Lantana, FL 33462

Certified Mail Receipt # \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**INSURANCE COMPANY AND ADDRESS:**

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

## **NOTICE OF INITIATION OF TREATMENT**

Patient: \_\_\_\_\_

Insured: \_\_\_\_\_

Date of Loss: \_\_\_\_\_

Claim #: \_\_\_\_\_

Policy #: \_\_\_\_\_

To whom it may concern:

Please be advised that I have been consulted by and have commenced rendering medical services to the patient referenced above. The first day of treatment was on \_\_\_\_\_.

Also enclosed please find a direction to pay by which the patient has directed you to send the check for payment for services rendered to the undersigned. The patient has granted us a lien on the benefits.

In accordance with 627.736(5)(b), I will be timely submitting the bills. We expect you govern yourself accordingly.

Sincerely,

Francisco Colon, DC and Sebastian Colon, DC

AUTHORIZED REPRESENTATIVE: \_\_\_\_\_