

Información Historial Médica

Primer Nombre:		<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs.	<input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Ms.	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a
Apellido:		2do nom.:		Fecha de herida o comienzo de dolor:		
Dirección:		Fecha de Nac.:		Sexo:	Seguro Social: - -	
Ciudad:		Tel:		Otro Tel:		
Estado:	Código:	Esposo/a:		Correo Electronico:		
Como escucho de nuestra oficina: _____						
Razón por su visita; por favor describe su condición:						
Entre una descripción completa del accidente, herida o como comenzó su dolor:						
Información de Cuidado Médico						
Tienes un Doctor primario? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Nombre del Doctor:						
Dirección:		Ciudad:	Estado:	código:		
Fecha de última visita: / /		Fecha de último examen: / /				
Tienes un Chiroprático primario? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Nombre del Chiroprático:						
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código:		
Fecha de última visita: / /		Fecha de último examen: / /				
Has tenido alguna cirugía <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si respondió que "si", fecha de última cirugía:						
Razón por la cirugía:						
Enfermedades Presentes/Condiciones:						
<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Problema Cardíaco	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Discos Espinales		
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Cirrosis/Hepatitis	<input type="checkbox"/> Alta Presión	<input type="checkbox"/> Marcapaso	<input type="checkbox"/> Problema Tiroide	<input type="checkbox"/> Epilepsia	
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> HIV/ARC	<input type="checkbox"/> Problema Próstata	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Juntas Dislocalizadas	<input type="checkbox"/> Problema de Riñones	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Ulcera	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diverticulitis	<input type="checkbox"/> Baja Presión	<input type="checkbox"/> Scoliosis	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Hueso Fracturado	<input type="checkbox"/> Coriza Nasal	<input type="checkbox"/> Dificultad Emocional/Mental	<input type="checkbox"/> Problema del Sinus	<input type="checkbox"/> Enfermedades Venerias	<input type="checkbox"/>	

Mujeres: Estás o puedes estar embarazada? Si No detalles: _____

Anteriormente, has estado en algún accidente de trabajo/auto? Si No
explique: _____

Anteriormente, has lastimado alguna de las areas que ahora duelen? Si No explique: _____

Has experimentado algún cambio en la orina o evacuación desde que comenzó esta condición? Si No

Otro: _____

Historia de enfermedades en la familia:

<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> Hueso Fracturado	<input type="checkbox"/> Dificultad Mental/Emocional	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los Discos Espinales	<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Alta Presion	<input type="checkbox"/> Problema Prostata	<input type="checkbox"/> Enfermedades Venerias	<input type="checkbox"/> Marcapaso
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Cirrhosis/Hepatitis	<input type="checkbox"/> HIV/ARC	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/> Problema de Tiriodes	<input type="checkbox"/> Scoliosis
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problema Riñones	<input type="checkbox"/> Problema de Sinus	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Coriza Nasal
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Dislocalizaciones	<input type="checkbox"/> Baja Presion	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Ulcera	<input type="checkbox"/> Diverticulitis

Otro: _____

Historia Social/Ocupacional:

Alcohol? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Bebidas por semana?	Cigarrillos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Paketes por dia?	Cafeina? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Tazas por dia?	Ejercicio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Horas por semana? (circule uno) Ligero / Moderado / Estrenuoso
---	--	--	--

Otro: _____

Empleador:	Ocupación:	Tel de empleador:
Dirección de empleo:	Actividad de trabajo: <input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Labor Ligero <input type="checkbox"/> Parado <input type="checkbox"/> Labor Pesado	Responsabilidades: (Explique)

Eras empleado cuando su accidente o enfermedad ocurrio? Si No

Has faltado alguna vez de su trabajo por su condicion? Si No Si respondio "si", Cuantos dias? _____

Estas actualmente fuera del trabajo? Si No Si respondio "si", Ultimo dia de trabajo _____

Antes del accidente/enfermedad describe sus funciones en el trabajo: _____

Despues del accidente/enfermedad describe sus funciones en el trabajo: _____

Su empleador ofrece oficio ligero? Si No
Estas actualmente trabajando en oficio ligero? Si No Si respondio "si" fecha que comenzo: _____

Yo, por este medio, doy autorizacion para que mis resultados/notas medicas sean mandadas a mis doctores que he anotado.

Yo, por este medio, doy consentimiento para tratamiento a Brandon Chiropractic and Massage.

Yo, por este medio, certifico que toda la informacion que he dado es verdad basado en lo mejor de mi conocimiento.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre escrito: _____

Información de Accidente Vehicular

Apellido:		Nombre:		Fecha de Accidente:	
	<input type="checkbox"/> Chofer				
	<input type="checkbox"/> Pasajero	Localización (escoge una)	<input type="checkbox"/> Frente	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Atras
		Posición (escoge una)	<input type="checkbox"/> lado Izquierdo	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> lado Derecho

Trabaja desde la izquierda hacia la derecha y escoge uno

Su Vehículo	Tipo :	<input type="checkbox"/> Carro	<input type="checkbox"/> Van	<input type="checkbox"/> Pickup	<input type="checkbox"/> Camión	<input type="checkbox"/> Bus	<input type="checkbox"/> SUV	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Otro:	
	Tamaño :	<input type="checkbox"/> Mini	<input type="checkbox"/> Sub Compacto	<input type="checkbox"/> Compacto	<input type="checkbox"/> Tamaño Mediano	<input type="checkbox"/> Tamaño Grande				
	Tu estabas :	<input type="checkbox"/> Parado	<input type="checkbox"/> Frenando	<input type="checkbox"/> Acelerando	<input type="checkbox"/> Paseando					
	Su Rapidéz : (MPH)									
	Tiempo del Accidente:	<input type="checkbox"/> Día	<input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Noche	<input type="checkbox"/> Madrugada					
	Condición de Carretera :	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Humeda	<input type="checkbox"/> Mojada	<input type="checkbox"/> Nieve	<input type="checkbox"/> Hielo				
Visibilidad :	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Pobre							

Información del Impacto:

Su impacto era con otro Vehículo <input type="checkbox"/> o Objeto <input type="checkbox"/> (escoge una sola)	Nombre Objeto :										
	Tipo de Vehículo :	<input type="checkbox"/> Carro	<input type="checkbox"/> Van	<input type="checkbox"/> Pickup	<input type="checkbox"/> Camión	<input type="checkbox"/> Bus	<input type="checkbox"/> SUV	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Otro:		
	Tamaño :	<input type="checkbox"/> Mini	<input type="checkbox"/> Sub Compacto	<input type="checkbox"/> Compacto	<input type="checkbox"/> Tamaño Medio	<input type="checkbox"/> Tamaño Grande					
	Daño a SU Vehículo :	<input type="checkbox"/> Mínimo	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Extensivo	<input type="checkbox"/> Pérdida Total	<input type="checkbox"/> Inseguro					
Adonde fue impactado su vehículo?	<input type="checkbox"/> Delantera	<input type="checkbox"/> Tracera	<input type="checkbox"/> Lado Derecho	<input type="checkbox"/> Lado Izquierdo	<input type="checkbox"/> Raspazo Lado Der.	<input type="checkbox"/> Raspazo Lado Izq.					
	<input type="checkbox"/> Esquina Tracera (lado del pasajero)	<input type="checkbox"/> Esquina Tracera (lado del chofer)									
	<input type="checkbox"/> Esquina Delantera (lado del pasajero)	<input type="checkbox"/> Esquina delantera(lado del chofer)									

Llene este cuadro si luego tuvo un segundo impacto

Su impacto fue con otro Vehículo <input type="checkbox"/> o Objeto <input type="checkbox"/> (escoge una sola)	Nombre Objeto :										
	Tipo de Vehículo :	<input type="checkbox"/> Carro	<input type="checkbox"/> Van	<input type="checkbox"/> Pickup	<input type="checkbox"/> Camión	<input type="checkbox"/> Bus	<input type="checkbox"/> SUV	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Otro:		
	Tamaño :	<input type="checkbox"/> Mini	<input type="checkbox"/> Sub Compacto	<input type="checkbox"/> Compacto	<input type="checkbox"/> Tamaño Medio	<input type="checkbox"/> Tamaño Grande					
	Daño a SU Vehículo :	<input type="checkbox"/> Mínimo	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Extensivo	<input type="checkbox"/> Pérdida Total	<input type="checkbox"/> Inseguro					
Adonde fue impactado su vehículo?	<input type="checkbox"/> Delantera	<input type="checkbox"/> Tracera	<input type="checkbox"/> Lado Derecho	<input type="checkbox"/> Lado Izquierdo	<input type="checkbox"/> Raspazo Lado Der.	<input type="checkbox"/> Raspazo Lado Izq.					
	<input type="checkbox"/> Esquina Tracera (lado del pasajero)	<input type="checkbox"/> Esquina Tracera (lado del chofer)									
	<input type="checkbox"/> Esquina Delantera (lado del pasajero)	<input type="checkbox"/> Esquina Delantera (lado del chofer)									

Llene este cuadro si luego tuvo un tercer impacto

Su impacto era con otro Vehículo <input type="checkbox"/> o Objeto <input type="checkbox"/> (escoge una sola)	Nombre Objeto :										
	Tipo de Vehículo :	<input type="checkbox"/> Carro	<input type="checkbox"/> Van	<input type="checkbox"/> Pickup	<input type="checkbox"/> Camión	<input type="checkbox"/> Bus	<input type="checkbox"/> SUV	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Otro:		
	Tamaño :	<input type="checkbox"/> Mini	<input type="checkbox"/> Sub Compacto	<input type="checkbox"/> Compacto	<input type="checkbox"/> Tamaño Medio	<input type="checkbox"/> Tamaño Grande					
	Daño a SU Vehículo :	<input type="checkbox"/> Mínimo	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Extensivo	<input type="checkbox"/> Pérdida Total	<input type="checkbox"/> Inseguro					
Adonde fue impactado su vehículo?	<input type="checkbox"/> Delantera	<input type="checkbox"/> Tracera	<input type="checkbox"/> Lado Derecho	<input type="checkbox"/> Lado Izquierdo	<input type="checkbox"/> Raspazo Lado Der.	<input type="checkbox"/> Raspazo Lado Izq.					
	<input type="checkbox"/> Esquina Tracera (lado del pasajero)	<input type="checkbox"/> Esquina Tracera (lado del chofer)									
	<input type="checkbox"/> Esquina Delantera (lado del pasajero)	<input type="checkbox"/> Esquina Delantera (lado del chofer)									

Información durante el impacto:

Tenías un CINTURÓN puesto?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Usted aplicó los FRENOS?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Se activaron las BOLSAS DE SEGURIDAD?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Se rompió su ASIENTO?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Posición de CABEZERA era:	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Ninguno	
Esperaba o anticipaba que iba a ocurrir el accidente?	<input type="checkbox"/> Inesperado	<input type="checkbox"/> Esperado	<input type="checkbox"/> Esperado y Brochado		
Su cuerpo fue empujado?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Dirección del empuje: (escoge una)	<input type="checkbox"/> Hacia Atras	<input type="checkbox"/> Hacia Frente	<input type="checkbox"/> Hacia Afuera	<input type="checkbox"/> Inseguro	<input type="checkbox"/> Otro:

Escoge Una

Posición de su Cabeza :	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Rotada a la Izquierda	<input type="checkbox"/> Rotada a la Derecha	<input type="checkbox"/> Hacia Frente	<input type="checkbox"/> No sabes	<input type="checkbox"/> Otro:
Movimiento de Cabeza:	<input type="checkbox"/> Adelante y Atras	<input type="checkbox"/> Atras y Adelante	<input type="checkbox"/> Derecha a Izquierda	<input type="checkbox"/> Izquierda a Derecha	<input type="checkbox"/> No sabes	<input type="checkbox"/> Otro:

Impacto al Cuerpo (Indique cualquier parte de su cuerpo que fue golpeado durante el impacto)

<input type="checkbox"/> Cabeza		
<input type="checkbox"/> Hombro Izquierdo	<input type="checkbox"/> Hombro Derecho	<input type="checkbox"/> Parte Baja, Frente del Torso
<input type="checkbox"/> Brazo Izquierdo	<input type="checkbox"/> Brazo Derecho	<input type="checkbox"/> Parte Baja de Espalda
<input type="checkbox"/> Codo Izquierdo	<input type="checkbox"/> Codo Derecho	<input type="checkbox"/> Pie Derecho
<input type="checkbox"/> Mano Izquierda	<input type="checkbox"/> Mano Derecha	<input type="checkbox"/> Pie Izquierdo
<input type="checkbox"/> Parte Alta, Frente del Torso	<input type="checkbox"/> Medio Torso	
<input type="checkbox"/> Parte Alta de Espalda	<input type="checkbox"/> Media Espalda	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Pierna Izquierda	<input type="checkbox"/> Rodilla Derecha	
<input type="checkbox"/> Pierna Derecha	<input type="checkbox"/> Rodilla Izquierda	

Despues del Accidente

Usted Se Sintió:	<input type="checkbox"/> Mareado/a <input type="checkbox"/> Alterado/a <input type="checkbox"/> Debil <input type="checkbox"/> Nervioso/a <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza <input type="checkbox"/> Desorientado/a <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Otro:
	Pérdida de Sueno: _____ hrs por noche Pérdida de Peso: _____ Lbs. Aumento de Peso: _____ Lbs.

Dolor(Indique si experimentó algun dolor inmediatamente siguiendo el accidente)

<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Hombro Izquierdo	<input type="checkbox"/> Hombro Derecho
<input type="checkbox"/> Mano Izquierda	<input type="checkbox"/> Mano Derecha	<input type="checkbox"/> Brazo Izquierdo
<input type="checkbox"/> Brazo Derecho	<input type="checkbox"/> Codo Izquierdo	<input type="checkbox"/> Codo Derecho
<input type="checkbox"/> Parte Alta, Frente del Torso	<input type="checkbox"/> Medio Torso	<input type="checkbox"/> Parte Baja, Frente del Torso
<input type="checkbox"/> Parte Alta de Espalda	<input type="checkbox"/> Media Espalda	<input type="checkbox"/> Parte Baja de Espalda
<input type="checkbox"/> Pierna Izquierda	<input type="checkbox"/> Pierna Derecha	<input type="checkbox"/> Rodilla Izquierda
<input type="checkbox"/> Pie Izquierdo	<input type="checkbox"/> Pie Derecho	<input type="checkbox"/> Rodilla Derecha

Adormecimiento	<input type="checkbox"/> Mano Izquierda <input type="checkbox"/> Mano derecha <input type="checkbox"/> Pierna Izquierda <input type="checkbox"/> Pierna Derecha <input type="checkbox"/> Parte Alta Brazo Izq. <input type="checkbox"/> Parte Alta Brazo Der. <input type="checkbox"/> Pie Izquierdo <input type="checkbox"/> Pie Derecho	<input type="checkbox"/> Otros Síntomas:
-----------------------	--	--

Información Médica

Cuidado Médico	<input type="checkbox"/> Si, yo recibí cuidado antes de visitar esta oficina <input type="checkbox"/> No he recibido cuidado médico antes de ahora
Tiempo del Cuidado	<input type="checkbox"/> El próximo día <input type="checkbox"/> Al tiempo del accidente <input type="checkbox"/> Mas tarde ese día <input type="checkbox"/> Dias despues (especifique dias) _____
Transportado	<input type="checkbox"/> Yo mismo guié <input type="checkbox"/> Ambulancia
Fuí Al	<input type="checkbox"/> Orthopédico <input type="checkbox"/> Quiropráctico <input type="checkbox"/> Neurólogo <input type="checkbox"/> Doctor Familiar <input type="checkbox"/> ER <input type="checkbox"/> Otro:(Especifique)
Admitido al Hospital?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre de Hospital: _____ Dias quedado en el Hospital: _____
Exámenes:	<input type="checkbox"/> Rayo-X <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CTScan de _____ <input type="checkbox"/> Otro:(Especifique) _____
Tratamiento:	<input type="checkbox"/> Hielo <input type="checkbox"/> Caliente <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Collar Cervical <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Otro:(Especifique)
Anote Medicamentos:	

Información Adicional:**Heridas Previas**

Heridas/Accidentes Previas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Especifique:
Dolor Residual por Heridas/Accidentes Previas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Especifique:

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre Escrito: _____

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y seran parte de su record medico.

LIEN

TO WHOM IT MAY CONCERN:

I HEREBY AUTHORIZE AND DIRECT YOU, MY INSURANCE COMPANY,
AND/OR MY ATTORNEY, TO PAY DIRECTLY TO:

Brandon Chiropractic and Massage
654 E. Bloomingdale Ave.,
Brandon, FL 33511

SUCH SUMS AS MAY BE DUE AND OWING THIS OFFICE FOR SERVICES RENDERED ME. THIS BY REASON OF ACCIDENT OR ILLNESS, AND BY REASON OF ANY OTHER BILLS THAT ARE DUE THIS OFFICE, AND TO WITHHOLD SUCH SUMS FROM ANY DISABILITY BENEFITS, MEDICAL PAYMENTS BENEFITS, NO-FAULT BENEFITS, HEALTH AND ACCIDENT BENEFITS, WORKER'S COMPENSATION BENEFITS, OR ANY OTHER INSURANCE BENEFITS REIMBURSABLE TO ME, OR FROM ANY SETTLEMENT, JUDGEMENT OR VERDICT MADE ON MY BEHALF AS MAY BE NECESSARY TO ADEQUATELY PROTECT SAID OFFICE. I HEREBY FURTHER GIVE A LIEN TO SAID OFFICE AGAINST ANY AND ALL INSURANCE BENEFITS NAMED HEREIN, AND, ANY AND ALL PROCEEDS OF ANY SETTLEMENT, JUDGEMENT OR VERDICT WHICH MAY BE PAID TO ME AS A RESULT OF THE INJURIES OR ILLNESS FOR WHICH I HAVE BEEN TREATED BY SAID OFFICE. THIS IS TO ACT AS AN ASSIGNMENT OF MY RIGHTS, AND BENEFITS TO THE EXTENT OF THE OFFICE'S SERVICES PROVIDED.

IN THE EVENT MY INSURANCE COMPANY, OBLIGATED TO MAKE PAYMENTS TO ME UPON THE CHARGES MADE BY THIS OFFICE FOR THEIR SERVICES, REFUSES TO MAKE SUCH PAYMENTS, UPON DEMAND BY ME OR THIS OFFICE, I HEREBY ASSIGN AND TRANSFER TO THIS OFFICE ANY AND ALL CAUSES OF ACTION THAT I MIGHT HAVE OR THAT MIGHT EXIST IN MY FAVOR AGAINST SUCH COMPANY AND AUTHORIZE THIS OFFICE TO PROSECUTE SAID CAUSE OF ACTION EITHER IN MY NAME OR IN THE OFFICE'S NAME AND FURTHER I AUTHORIZE THIS OFFICE TO COMPROMISE, SETTLE OR OTHERWISE RESOLVE SAID CLAIM OR CAUSE OF ACTION AS THEY SEE FIT.

I UNDERSTAND THAT I REMAIN PERSONALLY RESPONSIBLE FOR THE TOTAL AMOUNT DUE THIS OFFICE FOR THEIR SERVICES AND THAT THIS DIRECTIVE / LIEN IS IRREVOCABLE BY ME UNTIL ALL SUCH SUMS ARE VERIFIED BY BRANDON INTEGRATED HEALTHCARE AS PAID IN FULL OR OTHERWISE SATISFIED.

I AUTHORIZE THE OFFICE TO RELEASE ANY INFORMATION PERTINENT TO MY CASE TO ANY INSURANCE COMPANY, ADJUSTER OR ATTORNEY TO FACILITATE COLLECTION UNDER THIS ASSIGNMENT, LIEN AND AUTHORIZATION

PATIENT SIGNATURE

DATE

PATIENT'S PRINTED NAME

**ATTORNEY: PLEASE DATE, SIGN AND RETURN AT YOUR EARLIEST CONVENIENCE.
THANK YOU.**

ATTORNEY SIGNATURE

DATE

ASSIGNMENT OF BENEFITS

I hereby authorize and direct you, my insurance company and/or attorney, to pay directly to Wanda I. Nieves-Moreno, D.C, LLC dba Brandon Chiropractic and Massage ("Assignee"), such sums as may be due and owing Assignee for the services rendered to me, both by reason for accident or illness, and by reason of any other bills that are due Assignee, and to withhold such sums from any disability benefits, medical payment benefits, No-Fault benefits, or any other insurance benefits obligated to reimburse me or from any settlement, judgment or verdict on my behalf as may be necessary to adequately protect said Assignee. In the event that I do not have insurance coverage, I understand that I remain personally responsible for payment of services rendered. I hereby further give an irrevocable lien to said assignee against any and all insurance benefits named herein and any and all proceeds of any settlement, judgment or verdict which may be paid to me as a result of the injuries or illness for which I have been treated by the Assignee. This is to act as an assignment of my rights and benefits to the extent of the Assignee's services provided.

ASSIGNMENT OF CAUSE OF ACTION

In the event my insurance company is obligated to make payments to me upon charges made by the Assignee for its services refuses to make such payments, upon demand by me or Assignee, I hereby assign and transfer to Assignee any and all causes of action, and proceeds from such action, that I might have or that might exist in my favor against such company and I authorize Assignee to prosecute said cause of action either in my name or Assignee's name and further I authorize Assignee to compromise, settle or otherwise resolve said claim of action as they see fit.

DIRECTION OF PAYMENT

I hereby authorize any insurance company or attorney to pay directly to assignee the amount of this and/or any future bills for services rendered to me. I also agree to pay in a current manner any difference between the total charges and the amount paid by the insurance company directly to Assignee.

POWER OF ATTORNEY

Power of attorney to endorse check and/or to sign any piece of paper, which will enhance or expedite payment to provider for services rendered, including but not limited to a release of medical records and assignment of benefits/authorization to pay. I authorize the above mentioned office to, and hereby give power of attorney to said office to endorse/sign my name on any and all checks for payment of medical services received from my insurance company and grant a lien to said medical services provider for any proceeds or insurance benefits payable under my policy. A photocopy of this instrument shall be considered as effective and valid as the original.

PIP LOG REQUEST

I hereby authorize assignee to release any information requested that is pertinent to my case to my insurance company or attorney involved in this case. Pursuant to §627.4137 Florida Statutes (2001), I hereby request a copy of the pip log and declaration sheet, which reflects the policy limits available at the time of this accident, to be provided to Assignee. I hereby authorize Assignee to request and receive a copy of my pip log periodically as they deem to be necessary.

RESERVATION OF BENEFITS

Please be advised that I am hereby placing you on notice that, pursuant to Florida case law, should you deny, reduce or fail to pay either a portion of or an entire bill submitted on my behalf from this healthcare provider, I am requesting that you reserve, or hold aside, that same amount until this dispute is resolved.

If any term or provision of this Assignment, Lien and Authorization or the application thereof to any person or circumstances shall to any extent be invalid of unenforceable the remainder of this Assignment, Lien and Authorization, or the application of such term or provision to persons to circumstances other than those as to which it is held invalid of unenforceable, shall not be affected thereby, and each term and provision of the Assignment, Lien and Authorization shall be valid and enforced to the fullest extent of the law.

PATIENT SIGNATURE

DATE

PATIENT'S PRINTED NAME

Brandon Chiropractic and Massage

654 E. Bloomingdale Ave., Brandon, FL 33511

NON-PREGNANCY VERIFICATION FORM

I hereby notify all concerned that I neither, suspect or know positively at this time that I may be or am pregnant. I release this office from any and all damages arising from any and all procedures of a diagnostic or treatment nature with reference to the possibility of pregnancy.

Print patient's name

Patient's signature

Date

FORMA DE VERIFICACION DE NO ESTAR EMBARAZADA

Yo por este medio notifico a todos concernidos que yo ni conozco ni sospecho positivamente en este momento si estoy o pueda estar embarazada. Yo alivio a esta oficina de cualquier y todo daño derivando de cualquier y todo procedimiento de un diagnostico o tratamiento o similar con referencia a a posibilidad de embarazo.

Nombre escrito del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Brandon Chiropractic and Massage

654 E. Bloomingdale Ave., Brandon, FL 33511

CONSENT TO TREAT A MINOR

PATIENT NAME _____

GUARDIAN NAME _____

I HEREBY AUTHORIZE DR. MORENO TO ADMINISTER TREATMENT AS HE DEEMS NECESSARY TO MY SON / DAUGHTER NAMED ABOVE.

GUARDIAN SIGNATURE

DATE

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR

NOMBRE DEL PACIENTE _____

NOMBRE DEL GUARDIAN _____

YO, POR ESTE MEDIO, AUTORIZO A LA DRA. MORENO A ADMINISTRAR TRATAMIENTO COMO LO CREA NECESARIO A MI HIJO / HIJA NOMBRADO ARRIBA.

FIRMA DEL GUARDIAN

FECHA

Brandon Chiropractic and Massage

654 E. Bloomingdale Ave., Brandon, FL 33511

AUTHORIZATION TO OBTAIN, RELEASE OR REVIEW PROTECTED HEALTH INFORMATION

Patient Name: _____ Social Security No.: _____

Address: _____

Date of Birth: _____ Date of Service: _____ Phone No.: _____

Identification Shown: _____ Mail _____ Pick Up _____

I hereby authorize Brandon Chiropractic and Massage to use and disclose to: _____ or obtain from: _____ or allow review: _____

Name of Facility or Person Phone Number

Street Address City State Zip Code

The following information contained in my medical record regarding my hospitalization, care and treatment (please initial):

<input type="checkbox"/> Complete Record	<input type="checkbox"/> All Diagnostic Test Results	<input type="checkbox"/> Pathology Report(s)
<input type="checkbox"/> Abstract of Record	<input type="checkbox"/> Consultation	<input type="checkbox"/> Lab Only
<input type="checkbox"/> Therapy Records	<input type="checkbox"/> Radiology Only	<input type="checkbox"/> Other (please specify)
<input type="checkbox"/> Progress Note(s)	<input type="checkbox"/> Operative Report	_____

The purpose for the release of information at the request of the individual is:

Insurance Legal Action Continued Treatment Personal Use
 Patient Communication (Behavioral Health) Other (please specify) _____

This authorization will expire on the following date, event or condition: _____

I understand that this authorization extends to all or any part of the records designated above, which may include psychiatric information, and/or genetic counseling/testing, and/or alcohol/drug abuse and/or AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), and/or may include the result of an HIV test or the fact that an HIV test was performed. I expressly consent to the release of information as designated above unless initialed below or otherwise required by law.

May NOT include information related to (please initial):

HIV/AIDS Mental Health Drug and/or Alcohol Abuse Genetic Counseling/Testing Information

If I fail to specify an expiration event or condition, the authorization will expire in two years. I understand that this authorization is revocable upon written notice to the office where the original authorization is retained, except to the extent that action has already been taken on this authorization. I understand that my protected health information that is used or disclosed under this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and the privacy of my protected health information may no longer be protected by law. I further understand that Brandon Integrated Healthcare may not condition the provision of treatment, payment, enrollment in the health plan, or eligibility for benefits on the provision of this authorization. I understand that I will receive a signed copy of this form.

Patient/Legal Representative or Parent/Legal Guardian Signature Date

Translator or Interpreter's Name: _____

Brandon Chiropractic and Massage

654 E. Bloomingdale Ave., Brandon, FL 33511

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I acknowledge that I was provided a copy of the Notice of Privacy Practices and that I have read them or declined the opportunity to read them and understand the Notice of Privacy Practices. I understand that this form will be placed in my patient chart and maintained for six years.

Print patient's name

Date

Parent, Guardian or Patient's legal representative (please print)

Patient's signature

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

Yo reconozco que fui provisto con una copia del Aviso de Las Normas de Privacidad y que las he leído o he declinado la oportunidad de leerlas y entiendo el Aviso de Las Normas de Privacidad. Entiendo que esta confirmación de reconocimiento será guardada en mi carpeta pacientil y mantenido por seis años.

Nombre escrito del Paciente

Fecha

Padre, Guardian o Representativo legal del Paciente

Firma del Paciente

**THIS FORM WILL BE PLACED IN THE PATIENT'S
CHART AND MAINTAINED FOR SIX YEARS.**

**ESTA CONFIRMACION DE RECONOCIMIENTO SERÁ GUARDADA EN LA CARPETA MEDICA
DEL PACIENTE Y MANTENIDA POR SEIS ANOS.**