

Nicola Chiropractic

Personal Injury

Información del Paciente

Patient Information

Fecha _____
Date

Nombre del paciente _____
Name of Patient **Primer Nombre** First Name

_____ **Apellido** Last Name **Inicial** Initial

Fecha de Nacimiento _____
Date of Birth

Sexo: ☐ **Masculino** ☐ **Femenino** **Edad** _____
Sex Male Female Age

Número de seguro social _____
SSN

Domicilio _____
Address

Ciudad _____
City

Estado _____ **Código postal** _____
State Zip Code

Ocupación _____
Occupation

Empleador _____
Employer

Estado matrimonial: ☐ **Casado** ☐ **Soltero**
Marital Status Married Single
☐ **Divorciado** ☐ **Menor**
Divorced Minor

Nombre de esposo(a) _____
Spouse's Name

Empleador de esposo(a) _____
Spouse's Employer

Fecha de nacimiento _____
Spouse's DOB

Número de seguro social _____
Spouse's SSN

Información del Contacto

Contact Information

Numero de celular (_____) _____
Cell Phone

Número de teléfono (_____) _____
Home Phone

Correo electrónico

Email _____

EN CASO DE EMERGENCIA/CONTACTO

Emergency Contact

Nombre _____
Name

Numero (_____) _____
Phone

Relación _____
Relationship

¿Desea que su médico primaria reciba notas de nuestra oficina?

Si ☐

No ☐

Doctor Nombre: _____

Numero: _____

Domicilio: _____

Información de Accidenté

Accident Information

¿Es el estado debido a un accidente? ☐ **Si** ☐ **No** **Tipo de accidente:** ☐ **Auto** ☐ **Trabajo** ☐ **Otro** _____
Is your condition due to an accident? Yes No Type of accident Auto Work Other

Fecha del accidente _____ **¿Razón por su visita?** _____
Date of Accident Reason for your visit?

Nombre de abogado _____ **Número de teléfono** (_____) _____
Attorney Name Phone

Tu Seguro de Auto _____ **Número de teléfono** (_____) _____
Your Auto Insurance Phone

Reclamación # _____ **Política #** _____
Claim # Policy #

Nombre del Ajustador Name of Adjuster _____

¿Tiene la cobertura médica de los pagos con su seguro de auto? ☐ **Si** ☐ **No**
Do you have medical payments coverage with your auto insurance? Yes No

Seguro de Auto Otros Persona _____ **Teléfono** (_____) _____
Other Party Auto Insurance Phone

Reclamación # _____ **Política #** _____
Claim # Policy #

Nombre del Ajustador Name of Adjuster _____

Nicola Chiropractic

Personal Injury

Historia de la Salud

Health History

Escribe ninguna ambulancia, Hospitales, MD, quiropráctico, PT, acupunturistas, etc. que han visto desde el accidente.

Write any ambulance, hospitals, M.D., Chiropractor, Dentist, PT, Acupuncturists, etc. You have seen since the accident.

Nombre Name	Tipo Type	Teléfono Phone	Dirección Address

Fecha de la última: Examen Físico	Rayos X de la columna vertebral
Date of last: Physical Exam	Spinal X-Rays
MRI	
MRI	

Marque la casilla "Sí " o "No" para indicar si ha tenido alguno de los siguientes:

Mark box "Yes" or "No" to indicate if you have had any of the following:

SIDA / VIH AIDS / HIV	☐ Sí ☐ No	Glaucoma Glaucoma	☐ Sí ☐ No	Marcapasos Pacemaker	☐ Sí ☐ No
Alcoholismo Alcoholism	☐ Sí ☐ No	Bocio Goiter	☐ Sí ☐ No	La enfermedad de Parkinson Parkinson's Disease	☐ Sí ☐ No
Vacunas para alergias Allergy Shots	☐ Sí ☐ No	Enfermedad del corazón Heart Disease	☐ Sí ☐ No	Neumonía Pneumonia	☐ Sí ☐ No
Anemia Anemia	☐ Sí ☐ No	Hepatitis Hepatitis	☐ Sí ☐ No	Polio Polio	☐ Sí ☐ No
Anorexia Anorexia	☐ Sí ☐ No	Hernia Hernia	☐ Sí ☐ No	Problemas de próstata Prostate Problems	☐ Sí ☐ No
Apendicitis Appendicitis	☐ Sí ☐ No	Hernia de Disco Herniated Disc	☐ Sí ☐ No	Prótesis Prosthesis	☐ Sí ☐ No
Artritis Arthritis	☐ Sí ☐ No	Herpes Herpes	☐ Sí ☐ No	Atención Psiquiátrica Psychiatric Care	☐ Sí ☐ No
Asma Asthma	☐ Sí ☐ No	Alta Presión High Blood Pressure	☐ Sí ☐ No	La artritis reumatoide Rheumatoid Arthritis	☐ Sí ☐ No
Trastornos de la coagulación Bleeding Disorders	☐ Sí ☐ No	Colesterol Alto High Cholesterol	☐ Sí ☐ No	Fiebre reumática Rheumatic Fever	☐ Sí ☐ No
Tumores del Pech Breast Lumps	☐ Sí ☐ No	Enfermedad Del Riñón Kidney Disease	☐ Sí ☐ No	Escarlatina Scarlet Fever	☐ Sí ☐ No
Cáncer Cancer	☐ Sí ☐ No	Enfermedad Hepática Liver Disease	☐ Sí ☐ No	ETS STD	☐ Sí ☐ No
Cataratas Cataracts	☐ Sí ☐ No	Lupus Lupus	☐ Sí ☐ No	Carrera Stroke	☐ Sí ☐ No
Chemicol Dependencia Chemical Dependency	☐ Sí ☐ No	Migrañas Migraine Headaches	☐ Sí ☐ No	Amigdalitis Tonsillitis	☐ Sí ☐ No
Varicela Chicken Pox	☐ Sí ☐ No	Aborto Involuntario Miscarriage	☐ Sí ☐ No	Problemas de tiroides Thyroid Problem	☐ Sí ☐ No
Diabetes Diabetes	☐ Sí ☐ No	Mononucleosis Mononucleosis	☐ Sí ☐ No	Tos ferina Whooping Cough	☐ Sí ☐ No
Enfisema Emphysema	☐ Sí ☐ No	Múltiple Esclerosis Multiple Sclerosis	☐ Sí ☐ No	Las úlceras Ulcers	☐ Sí ☐ No
Epilepsia Epilepsy	☐ Sí ☐ No	Paperas Mumps	☐ Sí ☐ No	Infecciones vaginales Vaginal Infections	☐ Sí ☐ No
Fibromialgia Fibromyalgia	☐ Sí ☐ No	Osteoporosis Osteoporosis	☐ Sí ☐ No	Otro	
				Other	

Nicola Chiropractic

Personal Injury

Historia de la Salud

Health History

Por favor marque en cada columna que cajas describe mejor sus actividades:

Please mark in each column which boxes best describe your activities:

HÁBITOS

Habits

☐ Fuma

Smoking

☐ Alcohol

Alcohol

☐ Bebidas de café/cafeína

Coffee/Caffeine Drinks

☐ Nivel de estrés alto

High Stress Level

Paquetes / día _____

Packs/day

Bebidas / semana _____

Drinks/week

Copas / día _____

Cups/day

Razón _____

Reason

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No Fecha de vencimiento: _____

Are you pregnant?

Yes

No

Due Date:

Lesiones/cirugías que ha tenido:

Injuries/Surgeries that you have had:

Caídas _____

Falls

Lesiones en la cabeza _____

Head Injuries

Huesos Quebrados _____

Broken Bones

Dislocaciones _____

Dislocations

Cirugías _____

Surgeries

Accidentes _____

Accidents

Firma de Paciente o Guardián _____ Fecha _____

Patient or Guardian Signature

Date

Nicola Chiropractic

El Cuestionario De los Síntomas De la Conmoción cerebral Del Poste De Rivermead The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire

Después de una lesión en la cabeza o de un accidente alguna gente experimenta los síntomas que pueden causar la preocupación o el fastidio. Quisiéramos saber si usted ahora sufre cualesquiera de los síntomas dados abajo. Tanto de estos síntomas ocurrimos normalmente, quisiéramos que usted ahora se comparara con antes del accidente. Para cada circunde por favor el número más cercano a su respuesta After a head injury or accident some people experience symptoms which can cause worry or nuisance. We would like to know if you now suffer any of the symptoms given below. As many of these symptoms occur normally, we would like you to *compare yourself now with before the accident*. For each one please circle the number closest to your answer.

0=Not experimentado en todos

1=no más de un problema ahora que antes del accidente

2=un problema suave ahora

3=un problema moderado ahora

4= un problema severo ahora

0=Not experienced at all

1=no more of a problem now than before the accident

2=a mild problem now

3=a moderate problem now

4=a severe problem now

Comparado con antes del accidente, hágale ahora (es decir durante la semana pasada) sufren de:
Compared with before the accident, do you now (i.e. over the last week) suffer from:

Dolores de cabeza Headaches	0	1	2	3	4
Sensaciones de los vértigos Feelings of dizziness	0	1	2	3	4
Náusea y/o el vomitar Nausea and/or vomiting	0	1	2	3	4
Divulgue la sensibilidad Noise sensitivity	0	1	2	3	4
Disturbio del sueño Sleep disturbance	0	1	2	3	4
Fatiga, cansándose más fácilmente Fatigue, tiring more easily	0	1	2	3	4
Siendo irritable, encolerizado fácilmente Being irritable, easily angered	0	1	2	3	4
Sensación presionada Feeling depressed or tearful	0	1	2	3	4
Sensación frustrada o impaciente Feeling frustrated or impatient	0	1	2	3	4
Falta de memoria, memoria pobre Forgetfulness, poor memory	0	1	2	3	4
Concentración Pobre Poor Concentration	0	1	2	3	4
El durar a pensar Taking longer to think	0	1	2	3	4
Visión Velada Blurred Vision	0	1	2	3	4
Visión Doble Double Vision	0	1	2	3	4
Fatigado Fatigue/Restlessness	0	1	2	3	4
Sensibilidad ligera, o trastornado fácilmente o irritado por la luz brillante Light sensitivity, or easily upset or irritated by bright light	0	1	2	3	4

Nicola Chiropractic

¿Usted está experimentando otras dificultades? Algunos otros síntomas del síndrome de la conmoción cerebral del poste incluyen el siguiente: Problemas de la lectura, problemas de la escritura (que escriben la letra incorrecta primero), problemas que mecanografian, inhabilidad de recordar la atmósfera u otros números, debilitación de la atención, cambios de la personalidad, intolerancia al calor, intolerancia al frío, intolerancia al alcohol, y pérdida del sexo drive/libido. Especifique por favor cualesquiera de estos problemas adicionales que usted experimenta, y la tarifa como arriba: Are you experiencing any other difficulties? Some other symptoms of Post concussion syndrome include the following: Reading problems, writing problems (writing the wrong letter first), typing problems, inability to remember ATM or other numbers, attention impairment, personality changes, intolerance to heat, intolerance to cold, intolerance to alcohol, and loss of sex drive/libido. Please specify any of these additional problems you experience, and rate as above:

1. _____	0	1	2	3	4
2. _____	0	1	2	3	4
3. _____	0	1	2	3	4
4. _____	0	1	2	3	4

Nombre del Cliente _____ Fecha _____
Client Name _____ Date _____

King NS, Crawford S, Wenden FJ, Moss NEG, Wade DT. (1995) The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire: a measure of symptoms commonly experienced after head injury and its reliability. *J Neurol* 242:587-592.

INDICE DEL CUELLO

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su cuello afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases en una sección describen su condición, por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud.

Intensidad del Dolor

0. No tengo dolor en este momento.
1. El dolor es muy suave en este momento.
2. El dolor va y viene y es moderado.
3. El dolor es severo en este momento.
4. El dolor es muy severo en este momento.
5. El dolor es el peor que puedo imaginar en este momento.

Al Dormir

0. No tengo ningún problema durmiendo.
1. Mi sueño esta levemente alterado (desvelado por menos de 1 hora).
2. Mi sueño esta ligeramente alterado (desvelado por 1-2 horas).
3. Mi sueño esta moderadamente alterado (desvelado por 2-3 horas).
4. Mi sueño esta bastante alterado (desvelado por 3-5 horas).
5. Mi sueño esta completamente alterado (desvelado por 5-7 horas).

Lectura

0. Puedo leer tanto como quiero sin dolor de cuello.
1. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello leve.
2. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo leer tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Difícilmente puedo leer debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo leer debido al dolor de cuello.

Concentración

0. Puedo concentrarme completamente sin dificultad.
1. Puedo concentrarme completamente con ligera dificultad.
2. Tengo algún grado de dificultad para concentrarme.
3. Tengo mucha dificultad al concentrarme.
4. Tengo muchísima dificultad al concentrarme.
5. No puedo concentrarme.

Trabajo

0. Puedo hacer tanto trabajo como deseo.
1. Puedo hacer solamente mi trabajo habitual pero no más.
2. Puedo hacer la mayoría de mi trabajo habitual pero no más.
3. No puedo hacer mi trabajo habitual.
4. Difícilmente puedo hacer algo de trabajo.
5. No puedo hacer ningún trabajo.

Cuidado Personal

0. Puedo cuidar de mí mismo normalmente sin causar más dolor.
1. Puedo cuidar de mí mismo normalmente pero esto causa más dolor.
2. El cuidar de mí mismo es doloroso y soy muy lento y cuidadoso.
3. Necesito alguna ayuda pero puedo hacer la mayor parte de mi cuidado personal.
4. Necesito alguna ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
5. No me visto, me baño con dificultad y permanezco en cama.

Al Levantar Objetos

0. Puedo levantar objetos pesados sin causar más dolor.
1. Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor.
2. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo hacerlo si los objetos son colocados convenientemente (por ejemplo, en una mesa).
3. El dolor no permite levantar objetos pesados del piso pero puedo levantar objetos ligeros o mediamente pesados si son colocados convenientemente.
4. Puedo levantar solamente objetos ligeros.
5. No puedo levantar o cargar alguna cosa.

Al Conducir

0. Puedo conducir mi carro sin ningún dolor en el cuello.
1. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello ligero.
2. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo conducir mi carro tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Difícilmente puedo conducir debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo conducir mi carro debido al dolor de cuello.

Recreación

0. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello.
1. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas con dolor de cuello ligero.
2. Puedo tomar parte en la mayoría pero no en todas mis actividades recreativas habituales debido al dolor de cuello.
3. Puedo tomar parte solamente en unas pocas de mis actividades recreativas debido al dolor de cuello.
4. Difícilmente puedo realizar algunas actividades recreativas debido al dolor de cuello.
5. No puedo realizar ninguna actividad recreativa.

Dolor de Cabeza

0. No tengo dolores de cabeza.
1. Tengo dolores de cabeza leves los cuales son infrecuentes.
2. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son infrecuentes.
3. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son frecuentes.
4. Tengo dolores de cabeza severos los cuales son frecuentes.
5. Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Index Score = [Sum of all statements selected / (# of sections with a statement selected x 5)] x 100

Neck Index Score _____

INDICE DE LA ESPALDA

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su espalda afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases en una sección describen su condición, por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud.

Intensidad del Dolor

- 0. El dolor va y viene y es muy suave.
- 1. El dolor es suave y no varía mucho.
- 2. El dolor va y viene y es moderado.
- 3. El dolor es moderado y no varía mucho.
- 4. El dolor va y viene y es muy severo.
- 5. El dolor es muy severo y no varía mucho.

Al Dormir

- 0. No tengo dolor cuando estoy acostado.
- 1. Tengo dolor cuando estoy acostado pero no evita que duerma bien.
- 2. Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 25%.
- 3. Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 50%.
- 4. Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 75%.
- 5. El dolor no me deja dormir.

Al Sentarse

- 0. Puedo sentarme en cualquier silla por tanto tiempo como quiera.
- 1. Puedo sentarme solamente en mi silla favorita por tanto tiempo como quiera.
- 2. El dolor no me permite sentarme por más de una hora.
- 3. El dolor no me permite sentarme por más de media hora.
- 4. El dolor no me permite sentarme por más de 10 minutos.
- 5. Evito sentarme porque esto aumenta el dolor inmediatamente.

Al Estar De Pie

- 0. Puedo estar parado por tanto tiempo como quiera sin dolor.
- 1. Tengo algún dolor mientras que estoy parado pero el dolor no aumenta con el tiempo.
- 2. No puedo estar parado por más de una hora sin que el dolor aumente.
- 3. No puedo estar parado por más de media hora sin que el dolor aumente.
- 4. No puedo estar parado por más de 10 minutos sin que el dolor aumente.
- 5. Evito estar parado porque esto incrementa el dolor inmediatamente.

Al Caminar

- 0. No tengo dolor mientras que camino.
- 1. Tengo algún dolor mientras que camino pero el dolor no aumenta con la distancia.
- 2. No puedo caminar más de una milla sin que el dolor aumente.
- 3. No puedo caminar más de media milla sin que el dolor aumente.
- 4. No puedo caminar más de un cuarto de milla sin que el dolor aumente.
- 5. No puedo caminar sin que el dolor aumente.

Cuidado Personal

- 0. No tengo que cambiar mi manera de bañarme o vestirme para evitar el dolor.
- 1. No he cambiado mi manera de bañarme o vestirme aunque esto causa algo de dolor.
- 2. El bañarse o vestirse incrementa el dolor pero no he cambiado mi manera de hacerlo.
- 3. El bañarse o vestirse incrementa el dolor pero me ha sido necesario cambiar mi manera de hacerlo.
- 4. Debido al dolor, no puedo hacer alguna parte de mi baño o vestido sin ayuda.
- 5. Debido al dolor, no puedo bañarme o vestirme sin ayuda.

Al Levantar Objetos

- 0. Puedo levantar objetos pesados sin que cause más dolor.
- 1. Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor.
- 2. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso.
- 3. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo levantarlos si son convenientemente colocados (por ejemplo, en una mesa).
- 4. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo levantar objetos livianos o medianamente pesados si son colocados convenientemente.
- 5. Puedo levantar solamente objetos muy ligeros.

Al Viajar

- 0. No tengo dolor al viajar.
- 1. Tengo algo de dolor al viajar pero ninguna de mis maneras habituales de viajar empeoran el dolor.
- 2. Tengo más dolor al viajar pero esto no me obliga a buscar otras formas de viajar.
- 3. Tengo más dolor al viajar lo que me obliga a buscar otras formas de viajar.
- 4. El dolor ha restringido todas las formas de viaje excepto cuando voy acostado.
- 5. El dolor ha restringido todas las formas de viaje.

Vida Social

- 0. Mi vida social es normal y no me causa más dolor.
- 1. Mi vida social es normal pero aumenta el dolor.
- 2. El dolor no ha tenido un efecto significativo en mi vida social aparte de limitar mis intereses más enérgicos (por ejemplo, bailar, etc).
- 3. El dolor ha restringido mi vida social y no salgo muy frecuentemente.
- 4. El dolor ha restringido mi vida social a mi casa.
- 5. Dificilmente tengo alguna vida social debido al dolor.

Cambio en el Grado de Dolor

- 0. Mi dolor esta mejorando rápidamente.
- 1. Mi dolor fluctúa pero está mejorando definitivamente.
- 2. Mi dolor parece estar mejorando pero la mejoría es lenta.
- 3. Mi dolor no está ni mejorando ni empeorando.
- 4. Mi dolor está empeorando gradualmente.
- 5. Mi dolor está empeorando rápidamente.

Index Score = [Sum of all statements selected / (# of sections with a statement selected x 5)] x 100

Back Index Score _____

Nicola Chiropractic

Personal Injury

Deberes Bajo Coacción / Pérdida de Placer

Duties under Duress / Loss of Enjoyment

Trabajo / Empleo: Work / Employment:

1. Mi estado de empleo es: My current work status is:

☐ **Trabajando** Working ☐ **Desempleado** Unemployed ☐ **Retirado** Retired ☐ **No trabajo a causa del dolor** Not working due to pain

2. ¿Porque continúas trabajando? ☐ Yo perdería mi trabajo si dejo de trabajar. I would lose my job if I took time off.

If working, why have you continued to work?

☐ **No podría mantener a mi familia.** I couldn't support my family otherwise.

☐ **Mi negocio fallaría si dejo trabajar.** My business would fail if I took time off.

3. Que días (si acaso) ha faltado de trabajar: _____

What days (if any) have you missed work:

4. Yo he experimentado los siguientes cambios / dificultades cuando estoy trabajando:

I have experienced the following changes/difficulties in my ability to perform at work:

Postura: Postural:

☐ **Agachado** Bending

☐ **Sentado** Sitting

☐ **Parado** Standing

Movilidad: Mobility:

☐ **Caminando** Walking

☐ **De rodillas** Kneeling

☐ **Levantando peso** Lifting

Emocional: Emotional:

☐ **Ansiedad** Anxiety

☐ **Depresión** Depression

☐ **Fatigue** Fatigue

Neurológico: Neurological:

☐ **Mareos** Dizziness

☐ **Zumbidos (oídos)**

Ring in Ears

☐ **Falta de Concentración** Poor concentration

Casa / Doméstico: Home/Domestic:

5. Yo he experimentado las siguientes cambios/dificultades cuando estoy trabajando:

I experience pain while performing the following home activities:

☐ **Limpiando** Cleaning

☐ **Cocinando** Preparing Meals

☐ **Lavando ropa** Laundry

☐ **Aspirando** Vacuuming

☐ **Otro** Other

6. Por causa de mis heridas/dolores, he traído la siguiente asistencia:

Due to my injuries, I have brought in the following assistance:

☐ **Ayuda con pago** Paid Assistance/Help

☐ **Ayuda sin pago** Unpaid Assistance/Help

☐ **No Asistencia** No Assistance

7. La estatus de mi familia es:

My family status would best be described as:

☐ **Soltero(a)** Single

☐ **Soltero(a) con niños** Single with kids

Cuantos niños en casa: _____ Number of children at home

☐ **Casado(a)** Spouse only

☐ **Casado(a) con niños** Spouse with kids

Cuantos niños en casa: _____ Number of children at home

Pérdida de Gozo: Loss of Enjoyment:

8. He experimentado los siguientes cambios/dificultades en mi vida social a causa de mis heridas:

I have experienced the following changes/difficulties in my lifestyle as a result of my injuries:

☐ **Salir a cenar** Dining Out

☐ **Al cine** Movies

☐ **Hobbies** Hobbies: _____

☐ **Jardinería** Gardening

☐ **Viajes** Vacation/Travel

☐ **Deportes/ejercicios** Sports/Exercise: _____

☐ **Sexual** Sexual

☐ **Estudios** Studies

☐ **Dormir (horas perdidas)** Sleep (Hours Lost): _____

☐ **Otro.** Misc. _____

Imprimir nombre del paciente Print Patient Name _____

Firma de Paciente o Guardián Signature _____

Fecha Date _____

Nicola Chiropractic

Personal Injury

Preguntas de Accidente

Accident Questions

Nombre del paciente _____

Name of Patient

Fecha: _____

Date

1. Fecha y tipo de accidente: Fecha _____

Date and type of accident:

Date

☐ **Auto**

Auto

☐ **Otro** _____

Other

2. ¿Qué tipo de vehículo estaba manejando? _____

What type of vehicle were you riding in?

Año? _____

Year?

3. ¿Qué tipo de vehículo fue el otro vehículo? _____

What type of vehicle was the other vehicle?

Año? _____

Year?

4. ¿Usted era el chofer?

☐ **Sí** ☐ **No**

Yes

No

Si no, fuistes:

If no, were you:

☐ **Pasajero/a**

Passenger

☐ **Enfrente**

Front

☐ **Atrás**

Back

(¿De qué lado?)

Which side?

☐ **Derecha**

Right

o ☐ **Izquierda**

Left

5. Estaba su vehículo en:

Was your car:

☐ **Parado en Luz roja**

Stopped at a Red Light

☐ **Moviéndose por la intersección**

Moving thru intersection

☐ **En la autopista**

On Freeway

☐ **Haciendo una Vuelta**

Making a turn

☐ **Parado en un signo**

At a Stop Sign

☐ **Bajando Velocidad para Tráfico/construcción**

Slowing down for traffic/construction

☐ **Otro** _____

Other

6. ¿Qué tipo de colisión?

Type of collision

☐ **Por de frente**

Front

☐ **Trasera**

Back

☐ **Golpeado lateralmente**

Side Swipe

☐ **De Lado**

T-boned

7. ¿El otro vehículo salió de?

Other car came out from ?

☐ **Entrada de coches**

From Driveway

☐ **De la calle**

From Cross Street

☐ **Vuelta Izquierda/Frente derecho**

Turned left/right in front

8. En qué área fue golpeado su vehículo?

Where was your vehicle damaged?

☐ **A Frente**

Front End

☐ **Lado delantero del conductor**

Front Driver's Side

☐ **Lado delantero de los pasajeros**

Front Passenger's Side

☐ **Trasero**

Rear Bumper

☐ **Cuarto trasero conductor**

Driver's Rear Quarter

☐ **Cuarto trasero pasajeros**

Passenger's Rear Quarter

9. ¿Su vehículo chocó contra cualquier otra cosa? ☐ **Sí** ☐ **No**

Did your car hit anything else?

Yes

No

¿En caso que sí que? _____

If yes, what?

¿En qué área de su vehículo golpeó el objeto? _____

What area of your car hit the object?

10. ¿Por dónde estaba mirando?

Which way were you looking?

☐ **Derecha**

Right

☐ **Izquierda**

Left

☐ **Al frente**

Straight Ahead

11. ¿Tenía las dos manos en el volante? ☐ **Sí** ☐ **No**

Were both hands on the steering Wheel?

Yes

No

12. Se aplicaron los frenos cuando ocurrió el accidente? ☐ **Sí** ☐ **No**

Were the brakes applied as accident occurred?

Yes

No

Continúa en la página siguiente...

Continued on next page

Nicola Chiropractic

Personal Injury

13. ¿En el momento del accidente estaba usted usando su cinturón de seguridad? ☐ Sí ☐ No

At the time of the accident were you wearing your seatbelt?

Yes No

14. ¿Era consciente de colisión inminente? ☐ Sí ☐ No

Were you aware of the impending collision?

Yes No

15. ¿Se golpeó la cabeza? ☐ Sí ☐ No ¿Donde? ☐ Enfrente ☐ Lado (☐ Derecho o ☐ Izquierdo) ☐ Atrás

Did you hit your head?

Yes No

Where?

Front

Side

Right

Left

Back

¿Lesión de cabeza? ☐ Sí ☐ No

Lump on head?

Yes No

16. ¿Salió la bolsa de aire? ☐ Sí ☐ No ☐ No tiene bolsa de aire

Did your airbag deploy?

Yes No

Car not equipped with air bags

17. ¿Sabía usted golpeado cualquier parte de su cuerpo dentro del vehículo? ☐ Sí ☐ No ¿Zona? _____

Did you hit any part of your body inside the car?

Yes No Area?

18. ¿Recibió cortes o rasguños? ☐ Sí ☐ No ¿Donde? _____

Did you get any cuts or scratches?

Yes No

Where?

¿Le sangraron mucho? ☐ Sí ☐ No

Did it bleed a lot?

Yes No

Después de Accidente

Post Accident

1. ¿Perdió la conciencia? ☐ Sí ☐ No

Did you lose consciousness?

Yes No

2. Donde Fue su dolor inmediatamente después del accidente? ☐ Cabeza ☐ Cuello ☐ Cara ☐ Pecho

Where was your pain immediately after the accident?

Head

Neck

Face

Chest

☐ Superior/Medio Espalda ☐ Espalda baja ☐ Brazo/Mano Izquierdo ☐ Brazo/Mano Derecho

Upper/Mid Back

Low Back

L Arm/Hand

R Arm/Hand

☐ Muslo/pierna/pie Izquierdo ☐ Muslo/pierna/pie Derecho ☐ Otro _____

L Thigh/Leg/Foot

R Thigh/Leg/Foot

Other

3. Otros síntomas inmediatamente después del accidente: ☐ Dolor de cabeza

Other symptoms immediately after the collision:

Headache

☐ Timbre en el oído Izquierdo/Derecho ☐ Ansiedad ☐ Nausea ☐ Vomito ☐ Otro _____

Ringing in ear L/R

Anxiety

Nausea

Vomitting

Other

¿Sus síntomas empeoraron: ☐ Mismo Día ☐ Día Siguierte ☐ Luego

Did your ymptoms worsen:

Same Day

Next Day

Later

4. ¿Fue al hospital? ☐ Sí ☐ No Fecha: _____ ¿Por Ambulancia? ☐ Sí ☐ No

Did you go to the hospital?

Yes No

Date:

By Ambulance?

Yes No

¿Qué hospital fue usted? _____

Which hospital did you go to?

5. Medicamentos proporcionado _____

Medications provided

6. ¿Le tomaron rayos x? ☐ Sí ☐ No ¿Cuáles? _____

Have x-rays been done?

Yes No

If yes, what area?

Nicola Chiropractic

Personal Injury

7. ¿Ha visto a cualquier otro médico(s)? ☐ Sí ☐ No Fecha: _____

Have you seen any other doctors?

Yes No

Date:

Por favor escriba el nombre y número abajo:

Please list below name and number:

Doctor _____

Doctor _____

7. ¿Qué consejos / recomendaciones se le dan por el médico que lo vio? _____

What advice / recommendations were you given by the doctor you saw?

8. Haga un círculo en todos los síntomas que ha tenido desde su lesión:

Circle all symptoms you have had since your injury:

Dolor de cabeza

Headache

Dolor de cuello

Neck pain

Dolor de media espalda

Mid Back pain

Dolor de espalda baja

Low Back pain

Dolor de quijada

Jaw Pain

Visión Borrosa

Blurred Vision

Zumbido en los oídos

Ring in Ears

Pérdida del sueño

Sleep Loss

Mareos

Dizziness

Ansiedad

Anxiety

Adormecido de Brazo

Arm Numbness

Adormecido de Pierna

Leg Numbness

Otro: _____

Other:

Dolor de hombro

Shoulder pain

Dolor del codo

Elbow pain

Dolor de Muñeca

Wrist pain

Dolor de brazo

Arm pain

Dolor de tobillo

Ankle pain

Dolor de rodilla

Knee pain

Dolor de pierna

Leg Pain

Espasmo Muscular

Muscle Spasm

Dolor Pecho / Costillas

Chest / Rib pain

Derecho o Izquierdo

Right or Left

Derecho o Izquierdo

Right or Left

Derecha o Izquierda

Right or Left

Derecho o Izquierdo

Right or Left

Derecho o Izquierdo

Right or Left

Derecha o Izquierda

Right or Left

Derecha o Izquierda

Right or Left

9. Que reduce su dolor / Nivel de incomodidad? ☐ Medicina prescrita ☐ Advil/Motrin/Tylenol ☐ Descanso

What lowers you pain/discomfort level:

Prescribed Meds

Advil/Motrin/Tylenol

Rest

☐ Calor

Heat

☐ Hielo

Ice

☐ Otro _____

Other

10. Que aumenta su dolor/nivel de incomodidad? ☐ Agacharse ☐ Levantamiento ☐ Sentado/ en pie Prolongada

What increases your pain/discomfort level:

Bending

Lifting

Prolonged Standing/Sitting

☐ Trabajando

Work

☐ Otro

Other

11. ¿Ha perdido días de trabajo / escuela debido a esta lesión? ☐ Sí ☐ No ¿Cuántos días? _____

Have you missed work / school due to this injury?

Yes

No

How many days?

Nicola Chiropractic

Personal Injury

Póliza de la Oficina

Office Policies

Thomas Vaughn, D.C. ha hecho una copia de la notificación de prácticas de privacidad a mi disposición. Entiendo que tengo el derecho de revisar las prácticas de privacidad antes de firmar este documento. La notificación de prácticas de privacidad.

Thomas Vaughn, D.C. se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen el Aviso de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener una copia revisada de estos formularios llamando a la oficina y solicitando se enviará una copia revisada para mí en el correo o pedir uno en el momento de mi siguiente cita. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, salvo en la medida en que Nicola quiropráctica ha tomado acción en confianza en este consentimiento.

Inicial _____

Yo doy permiso a Thomas Vaughn, D.C. a tratarme en una habitación abierta donde otros pacientes también siendo tratados. Estoy consciente de que otras personas en la oficina pueden escuchar algunas de mi información protegida de salud en el curso de atención.

Inicial _____

Thomas Vaughn, D.C. mantendrá sus registros médicos para cinco después de su última fecha de servicio una vez que han pasado cinco años reservado a los registros médicos serán destruidos de manera que se reúnen las relaciones federales.

Inicial _____

En un esfuerzo por evitar las citas perdidas, usted recibirá un recordatorio automático de su cita el día antes de su cita.

Cualquier cita cancelas o perdido con menos de 24 horas se le cobrará una cita perdida. La cuota cita perdida de \$ 25.00 debe ser pagado antes de / o en el momento de su próxima cita. Esta cantidad no es elegible para la facturación de seguros y es la responsabilidad del paciente.

Inicial _____

CONSENTIMIENTO MINOR

(Menor es cualquier persona menor de 18 años de edad en el momento de la atención)

Yo soy el padre, tutor o representante personal de _____ (nombre del niño) y no hay órdenes de la corte ahora vigente que me prohíben firmar este consentimiento. Hago presente solicito y autorizo Nicola quiropráctica y el personal para llevar a cabo los servicios necesarios para el niño nombrado arriba , incluyendo pero no limitado a los rayos X y los tratamientos que se considere conveniente por el médico , o no estoy presente cuando se hace el tratamiento . Estoy de acuerdo en mantener Nicola quiropráctica libre e inofensivo de cualquier reclamo y / o traes de daños o complicaciones que puedan derivarse de dicho tratamiento.

Imprimir nombre del niño(a) _____

Firma de Paciente o Guardián _____ Fecha _____

Nicola Chiropractic

Personal Injury

Póliza de la Oficina

Office Policies

Nuestra oficina se complace en aceptar su seguro de salud tan pronto como su cobertura exacta es verificada por la parte responsable. Vamos a presentar sus formularios de reclamación y le ayudará siempre que podamos. Sin embargo, hay que entender plenamente que el contrato es entre usted y su compañía de seguros y usted es completamente responsable de cualquier cantidad no pagada por su seguro. Si portador tiene una "red" de los proveedores, es su responsabilidad asegurarse de que estamos en la red. Su seguro debe pagar en el plazo de 30 días. Si su seguro no ha pagado en los 60 días que debe pagar el saldo adeudado y ser reembolsados por su compañía de seguros cuando y si vale la pena. Habrá un cargo de interés del 7% anual (año) cargado en todos los saldos pendientes de pago de más de 60 días. Vamos a facturar a su semanal de seguro, siempre y cuando usted está recibiendo la atención quiropráctica con nuestra oficina. Una vez que hemos recibido un cheque de su compañía de seguros se le cobrará por cualquier diferencia en el pago. Pacientes en efectivo se paga en el momento del servicio. Nuestra oficina no garantiza que su seguro pagará. Vamos a hacer todo lo posible, en el comienzo de su atención médica, para recibir la verificación de su póliza y lo que cubre. Sin embargo, si por alguna razón se le niega su reclamo de seguro usted es responsable por el importe total de su factura. Nuestra oficina no entrará en una disputa con su compañía de seguros sobre su reclamo. Esta es su responsabilidad y obligación. Políticas de lesiones auto se facturarán como la cobertura médica de cabecera si usted ha estado en un accidente de auto. Una vez que su política se agota es posible que ya sea ir a través de un abogado o pagar por su tratamiento después de la marcha. Si usted está representado por un abogado, usted debe firmar gravamen de un médico que será remitido a su abogado. Por favor, tenga en cuenta que usted es responsable de su factura, independientemente de las circunstancias. Habrá un cargo de \$ 25.00 en todos los cargos por cheques devueltos. El paciente es responsable de todos los cargos y comisiones que pueden ser aplicados de una agencia de colección debido a saldos pendientes de pago. Paciente acuerda además que pagar tasa de interés del 2% mensual, 24% por año a partir de la primera fecha de la cuenta llega a ser delincente de 60 días.

Inicial _____

Por la presente solicito y consentimiento para el desempeño de la atención quiropráctica de Nicola quiropráctica y su personal. He tenido la oportunidad de discutir con el médico y su personal con el propósito y los beneficios del tratamiento quiropráctico. Aunque los ajustes y tratamientos quiroprácticos son generalmente beneficiosa una rara vez causan ningún problema, entiendo y estoy informado de que hay algunos riesgos para el tratamiento. Los riesgos incluyen pero no se limitan a: fracturas, lesiones de disco, derrames cerebrales, hematomas, luxaciones y esguinces. Entiendo que se me puede recibiendo el siguiente tratamiento: HOT / terapia de frío, el ICE MINERAL (O SUSTANCIA COMO), ultrasonido, EMS, tracción manual / FLEXIÓN, gatillo PUNTO DE TERAPIA, VIBRATORIA / MASAJE PROFUNDO DE TEJIDOS, TENS, ejercicios terapéuticos, estilo de vida AN INSTRUCCIONES DERGONOMIC, ajuste vertebral, las técnicas de movilización articular, la corrección postural, suplementos nutricionales, recomendaciones dietéticas, los rayos X, TRACCIÓN MECÁNICA Y LASER TERAPIA. Reconozco que hay garantía o seguridad se ha hecho por cualquier persona en relación con el tratamiento quiropráctico que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto.

Inicial _____

Certifico que he leído y entendido toda la información proporcionada por Thomas Vaughn, D.C. Certifico que la información proporcionada por mí es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Imprimir nombre del paciente _____ Date _____

Firma de Paciente o Guardián _____

Nicola Chiropractic

Personal Injury

7380 W. Sahara Ave. #100 Las Vegas, NV 89117

Phone (702) 252-7256 Fax (702) 251-9650

Physician's Lien and Medical Reports Authorization

Patient Name (Print): _____ I do hereby authorize Nicola Chiropractic and other listed medical providers to furnish my attorney with a full report of all medical records, including physician's and examination notes, technical results and other relevant documents regarding the incident in which I was involved on **(Date of Accident)** _____ and which required treatment by Nicola Chiropractic and their staff.

I hereby authorize and direct my attorney or insurance company to pay directly to **Nicola Chiropractic** as may be due and owing them for medical service rendered me both by reason of this accident and by reason of any other bills that are due his office, and to withhold such sums from any settlement, judgment or verdict as may be necessary to adequately protect said doctors. And I hereby further give a lien on my case to said doctors against any and all proceeds of my settlement, judgment or verdict which may be paid to you, my attorney, or myself, as the result of the injuries for which I have been treated or injuries in connection therewith.

I agree that I will not rescind this document and that a rescission will not be honored by my attorney. My agreement not to rescind this document is a consideration for my doctor rendering treatment to me while my case is being actively pursued through the process of negotiation, settlement and/or litigation. In the event that my first attorney discontinues representation, I grant Nicola Chiropractic an irrevocable assignment of proceeds up to the amount of medical bills. In the event that another attorney is substituted in this matter the assignment of proceeds may be assigned back to me at the discretion of Nicola Chiropractic.

I fully understand that I am directly and fully responsible to said doctor for all medical bills submitted by him for services rendered to me, and that this agreement is made solely for said doctor's additional protection and in consideration of his awaiting payment, and I further understand that such payment is not contingent on any settlement, judgment or verdict by which I may eventually recover said fee.

I therefore acknowledge and fully accept the terms of this document by signing below. I have been advised that if my attorney does not wish to co-operate in protecting the doctor's interest, the doctor will not await payment but will require me to make payments on a current basis, and that my doctor may also proceed against my attorney to recover such funds if my attorney received such funds and refuses or fails to disperse such funds to my doctor.

I expressly waive the Statute of Limitations regarding my doctor's right to recover.

It is further understood that the doctor shall be entitled to all reasonable costs of collection including, but not limited to, his attorney's fees and costs of suit to recover his full costs of treatment as a result of myself or my attorney receiving any recovery, settlement or compromise and failing and/or refusing to pay promptly the doctor for all medical services he and his office have rendered on my behalf.

Patient or Guardian Signature _____ **Date** _____

Witness Signature _____

The undersigned being attorney of record or insurance company representative for the above patient does hereby acknowledge receipt of Lien and agree to honor above and agrees to withhold such sums from any settlement, judgment or verdict as may be necessary to adequately protect said doctor/healthcare facility above named.

Attorney Signature _____

Nicola Chiropractic

Personal Injury

Irrevocable Assignment of Proceeds

Name _____ Email _____
Address _____
Phone _____ DOB _____ Date of Injury _____
Insurance Company _____ Claim Number _____

I (Patient) do hereby authorize and direct the above-named medical facility (Nicola Chiropractic) to furnish INSURANCE COMPANY (Insurance Company) with all reports, findings, Interpretations, Impressions, treatments, diagnoses, or diagnostic studies that you may perform on me, including any studies performed in connection with any injury which I was involved arising out of the above-stated date of injury.

I forever and Irrevocably assign any and all proceeds that I may receive from the Insurance Company to be paid directly to Nicola Chiropractic's attorney, CRAIG K. PERRY & ASSOCIATES, up to the amount that may be due and owing for medical services rendered to me in connection with this date of Injury, as well as any other amounts owed by me to Nicola Chiropractic for services unrelated to the date of Injury. As such, these sums of money no longer belong to me but now belong to Nicola Chiropractic. Accordingly, I authorize and direct Insurance Company to withhold from any settlement, judgment, verdict, or other economic recovery that I may have been entitled to receive and to pay them to Nicola Chiropractic, up to the full amount of my medical bills with them. Nicola Chiropractic agrees to participate in inter-pleader actions as necessary and further agrees not to impose any additional material burden upon the Insurance Company.

I fully understand that I am directly and fully responsible to Nicola Chiropractic for all medical bills associated with the services provided to me, whether or not there is a financial recovery of any kind, and that this Assignment is made in the event there is a financial recovery from the Insurance Company that can pay all or pay any portion of the medical bills incurred with Nicola Chiropractic. This is in consideration of Nicola Chiropractic to agree to await payment instead of receiving payments at the time of treatment. I also understand and agree that this Assignment tolls any law that commences the time to take action to collect amounts I owe for the services rendered, and that my obligations to pay these bills are not contingent on my receiving any recovery in my case.

If I ever decide to retain an attorney, I agree to notify and direct each retained attorney of this Irrevocable Assignment of Proceeds to Nicola Chiropractic. I also agree to notify Nicola Chiropractic of each attorney I retain. I further direct each retained attorney to pay Nicola Chiropractic the full amount of the assignment, within two weeks of receipt of the first proceeds of any recovery. In the event that the Insurance Company does not honor this assignment and sends these assigned, designated proceeds to my attorney(s).

I acknowledge that the fees for Nicola Chiropractic's services are fair, reasonable and reflect appropriately the treatment I need and Nicola Chiropractic's risk of waiting for its payment until my claim or case is resolved. I acknowledge that this Assignment provides a collateral source for the amounts I owe for services rendered and does not constitute a payment arrangement or other agreement regarding the payment of any amounts I owe that remain unpaid. I hereby authorize Nicola Chiropractic to re-assign this Assignment, in its discretion, for collection or for purchase by another, and to provide copies of all my records relating to this Assignment of Proceeds to its designated assignee. I understand and agree that any assignee of Nicola Chiropractic is entitled to all of the rights and privileges provided to Nicola Chiropractic by this agreement. I understand that such an assignment will not affect my obligations or my attorney's obligations to honor this Assignment or pay any unpaid bills.

Print Patient Name _____ Date _____

Patient Signature _____

Nicola Chiropractic acknowledges that the law firm of CRAIG K. PERRY & ASSOCIATES is Nicola Chiropractic's attorney and grants it limited power of attorney to receive, endorse and deposit into its trust account these assigned proceeds from Patient.

Authorized Rep of Nicola Chiropractic _____ Date _____

Nicola Chiropractic

Personal Injury

Seguro de Salud Renuncia

Health Insurance Waiver

Tengo el honor de dirigir, como mi médico, no facturar o utilizar mi seguro de salud personal para cualquiera de los tratamientos prestados por usted y su oficina por las lesiones sufridas en el incidente para el que ahora estoy en busca de tratamiento.

Yo creo, y lo he dicho como el profesional, que el incidente no fue mi culpa. No deseo ser penalizado de ninguna manera por fechoría de otra persona. Mis derechos de seguro de salud puede verse afectada negativamente, como limitar mi número total de visitas al consultorio de un máximo anual y si los utilizo para las lesiones de este incidente, que perderán este derecho seguro para futuras visitas a la oficina. O bien, no quiero ser responsable de los copagos, deducibles o servicios no cubiertos por estas mismas razones. Yo deseo, y elegir, para preservar mis visitas de seguro de salud y co-pagos o deducibles para cualquier futura similar atención médica donde se puede optar por utilizar mi cobertura de la asistencia sanitaria.

En consecuencia, mientras se le permite facturar a mi seguro de auto si med-pay (pagos médicos) está disponible, se le indica a no facturar a mi seguro de salud médica. Esta directiva es efectiva inmediatamente y me cubre desde la fecha de mi primera visita a la oficina de su relación con este incidente, y continúa hasta el final de mi tratamiento de estas lesiones. Hago esta directiva voluntaria, de mi propia preferencia y sin ninguna coerción o coacción de ningún tipo por usted o miembros de su personal.

Entiendo que al elegir esta opción, estoy de acuerdo que no voy a dejar sin efecto esta Directiva, una vez dada a menos que la rescisión se da por escrito por mí en el plazo de catorce días (14) naturales siguientes a la firma del presente Directiva. De lo contrario, usted, como profesional de la medicina, probablemente sería más allá de la fecha límite para la presentación de mis facturas para el pago a mi compañía de seguro médico, o yo estaría creando otros problemas para el pago de sus servicios bajo mi plan de salud. Voy a ser el único responsable de notificar a cualquier abogado que ahora o más tarde retengo de esta directiva. En caso de cualquier litigio que surja en virtud de esta Directiva, la parte ganadora tendrá derecho a recuperar los honorarios y costos de su abogado razonable. Lugar para cualquier litigio que surja de este incidente será donde se prestan los servicios médicos.

Imprimir nombre del paciente _____ **Fecha** _____

Firma _____

AUTHORIZATION TO OBTAIN MEDICAL INFORMATION

Patient Name (printed) _____ DOB _____

I authorize any physician, dentist, chiropractor, hospital, pharmacist, medical professional, health care provider, insurance company, worker compensation provider, or employer to disclose all information about past and present medical care, history, physical condition, and injuries including itemized statements to Nicola Chiropractic.

I agree that this authorization will remain valid up to one year of the signed date, unless revoked by delivery of written notice to Nicola Chiropractic.

I hereby designate the above named company and its claims personnel as my designated representative, pursuant to NCGS Sec 90-411 for the purpose of obtaining copies of my medical records, the production of which is authorized herein. It is specifically my intent that this designation provide to the company named above the benefit of the maximum fees established in NCGS Sec 90.41.

I understand that I (or my representative) am entitled to receive a copy of this authorization. A photocopy of this form may be accepted as the original.

I (or the patient named above) have received health care treatment from the following providers:

_____	_____
Provider Name	Phone
_____	_____
Provider Name	Phone
_____	_____
Insurance Company	Phone

Requesting: ☐ Entire File ☐ Related to MVA on _____ ☐ Diagnostic Tests
☐ Progress Notes ☐ Auto Insurance Declaration Page

Please send records to:

Nicola Chiropractic
7380 W Sahara Ave #100
Las Vegas, NV 89117
(702) 252-7246
Fax (702) 251-9650

_____	_____
Signature of Patient or Person Authorized to Act on Patient's Behalf	Date



AUTHORIZATION TO OBTAIN MEDICAL INFORMATION

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ **Social Security Number:** _____

Date of Injury: _____

I authorize any physician, dentist, chiropractor, hospital, pharmacist, medical professional, health care provider, insurance company, worker compensation provider or employer to disclose all information about past and present medical care, history, physical condition, and injuries including itemized statements to Complete Injury Management for the purpose of review and evaluation in connection with a legal claim.

I agree this authorization will remain valid until the conclusion of my claim. I understand I have the right to revoke this authorization at any time and must do so in writing.

I understand I am entitled to a copy of this authorization. I understand any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized re-disclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules.

I understand signing this authorization may not condition treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits.

TO: _____
Name of Healthcare Provider/Physician/Facility Phone

Please send records to:
Complete Injury Management
7380 West Sahara Avenue, Suite 110
Las Vegas, NV 89117
Phone: 702.227.4878
Fax: 702.272.2013

Signature of Patient or Legal Representative Relationship to Patient Date

Electronic Privacy Notice. This e-mail/facsimile, and any attachments, contains information that is, or may be, covered by electronic communications privacy laws, and is also confidential and proprietary in nature. If you are not the intended recipient, please be advised that you are legally prohibited from retaining, using, copying, distributing, or otherwise disclosing this information in any manner. Instead, please reply to the sender that you have received this communication in error, and then immediately delete/shred it. Thank you in advance for your cooperation.