

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS

Family Care ♦ Auto Accident Rehabilitation Therapy ♦ Wellness Care
WWW.TAYLOREDWELLNESS.COM

425 Citrus Tower Blvd Suite 301 Clermont, Florida 34711 Office: (352) 989-5555 Fax: (352) 432-2121

REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre: _____ F. Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Sexo: _____ Núm. de Seguro Social: _____ Correo electrónico: _____

Celular: _____ ← **Compañía** (para recordatorios de cita): _____ NECESARIO PARA RECORDATORIOS DE CITAS

Enviamos recordatorios por correo electrónico o mensaje de texto. ¿Cuál prefiere?

(Elija 2) ☐ Correo electrónico ☐ Mensaje de texto ☐ Teléfono ☐ Ninguno

*¿Cómo se enteró de nosotros?

☐ Internet ☐ Gimnasio ☐ Amigo ☐ Letrero ☐ Volante ☐ Periódico ☐ Otro: _____

Si fue referido, ¿quién lo refirió a nuestra oficina? _____

Abogado (si aplica): _____ Ubicación: _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Tipo de seguro: ☐ Automóvil ☐ Efectivo

Nombre de la compañía de seguros: _____ Número de reclamo: _____

Dirección postal: _____

DED: _____ Pago médico: _____ Porcentaje cubierto: _____ %

Necesitaremos una copia de la identificación y de la tarjeta de seguro.

AUTORIZACIÓN/CESIÓN DE SEGURO MÉDICO:

Autorizo la divulgación de información médica necesaria para procesar mi reclamo de seguro a mi compañía de seguros y/o abogado que me represente. También autorizo el pago de beneficios al proveedor de servicios. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por mi seguro.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS

Family Care ♦ Auto Accident Rehabilitation Therapy ♦ Wellness Care
WWW.TAYLOREDWELLNESS.COM

425 Citrus Tower Blvd Suite 301 Clermont, Florida 34711 Office: (352) 989-5555 Fax: (352) 432-2121

REGISTRO DE ENTRADA DE PACIENTES

--	--	--

NOMBRE DEL PACIENTE: FECHA: _____

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS

Family Care ♦ Auto Accident Rehabilitation Therapy ♦ Wellness Care
WWW.TAYLOREDWELLNESS.COM

425 Citrus Tower Blvd Suite 301 Clermont, Florida 34711 Office: (352) 989-5555 Fax: (352) 432-2121

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA (HIPAA)

Doy mi consentimiento para que **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** use o divulgue mi información médica protegida con el propósito de diagnosticarme o brindarme tratamiento, obtener el pago de mis facturas de atención médica o realizar operaciones de atención médica de **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** Entiendo que el diagnóstico o tratamiento de mí por parte de **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** puede estar condicionado a mi consentimiento como lo demuestra mi firma en este documento.

Entiendo que tengo derecho a solicitar una restricción sobre cómo se utiliza o divulga mi información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos o actividades de atención médica del consultorio. **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** no está obligado a aceptar las restricciones que yo solicite. Sin embargo, si **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** acepta una restricción que yo solicite, esta será vinculante para **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.**

Tengo derecho a revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** haya tomado medidas basándose en este consentimiento.

Mi “información médica protegida” se refiere a la información médica, incluyendo mi información demográfica, recopilada de mí y creada o recibida por mi médico, otro proveedor de atención médica, un plan de salud, mi empleador o un centro de intercambio de información sobre atención médica. Esta información médica protegida se relaciona con mi salud o condición física o mental pasada, presente o futura, y me identifica, o existe una base razonable para creer que podría identificarme.

Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** antes de firmar este documento. Se me ha proporcionado el Aviso de Prácticas de Privacidad de **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información médica protegida que ocurrirán en mi tratamiento, pago de mis facturas o en el desempeño de las operaciones de atención médica de **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** El Aviso de Prácticas de Privacidad para **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** también se proporciona en el mostrador de recepción. Este Aviso de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y los deberes de **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** con respecto a mi información médica protegida.

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A. se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener un aviso revisado llamando a la oficina y solicitando una copia por correo o solicitándola en mi próxima cita.

Firma del Paciente o Representante: _____

Nombre en letra de molde: _____

Fecha: _____

Representante de **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.**: _____

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS

Family Care ♦ Auto Accident Rehabilitation Therapy ♦ Wellness Care
WWW.TAYLOREDWELLNESS.COM

425 Citrus Tower Blvd Suite 301 Clermont, Florida 34711 Office: (352) 989-5555 Fax: (352) 432-2121

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y CAUSA DE ACCIÓN

Por la presente, autorizo y ordeno a mi compañía de seguros y/o a mi abogado a pagar directamente a **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A. ("Cesionario")** las sumas que puedan ser debidas al Cesionario por los servicios prestados a mí, ya sea por accidente o enfermedad, así como por cualquier otra factura pendiente de pago al Cesionario. Autorizo también a retener dichas sumas de cualquier beneficio por discapacidad, beneficios de pago médico, beneficios de No-Fault u otros beneficios de seguro que deban reembolsarme, o de cualquier acuerdo, fallo o veredicto a mi favor, según sea necesario para proteger adecuadamente al Cesionario.

En caso de que no cuente con cobertura de seguro, entiendo que seguiré siendo **personalmente responsable** del pago de los servicios prestados.

Además, otorgo un **gravamen irrevocable** al Cesionario sobre todos los beneficios de seguro aquí mencionados y sobre cualquier producto de un acuerdo, fallo o veredicto que pueda pagárseme como resultado de las lesiones o enfermedades por las cuales he sido tratado por el Cesionario. Esto constituye una **cesión de mis derechos y beneficios** en la medida en que correspondan a los servicios prestados por el Cesionario.

En caso de que mi compañía de seguros esté obligada a realizarme pagos por cargos facturados por el Cesionario y se niegue a efectuarlos, ya sea a solicitud mía o del Cesionario, **cedo y transfiero** al Cesionario todas y cada una de las causas de acción, y los productos de dichas causas de acción, que yo pudiera tener o que pudieran existir a mi favor contra dicha compañía.

Asimismo, autorizo al Cesionario a **iniciar la causa de acción en mi nombre o en el suyo propio**, y lo autorizo a **negociar, llegar a un acuerdo o resolver dicha reclamación** como considere conveniente.

AUTORIZACIÓN DE PAGO

Por la presente, **autorizo a cualquier compañía de seguros o abogado** a pagar directamente al **Cesionario** el monto de esta y/o de cualquier factura futura por los servicios prestados a mí. Asimismo, acepto **pagar de manera puntual** cualquier diferencia entre el total de los cargos y el monto pagado por la compañía de seguros directamente al Cesionario.

SOLICITUD DE REGISTRO PIP Y HOJA DE DECLARACIÓN

Por la presente, **autorizo al Cesionario** a divulgar cualquier información solicitada que sea pertinente a mi caso a mi **compañía de seguros o al abogado** involucrado en este caso. De conformidad con el **§627.4137 de los Estatutos de Florida (2001)**, solicito que se proporcione al Cesionario una copia del **registro PIP (pip log)** y de la **hoja de declaración**, los cuales reflejan los límites de la póliza disponibles en el momento de este accidente. Asimismo, autorizo al Cesionario a **solicitar y recibir periódicamente una copia de mi registro PIP**, según lo considere necesario. Si alguna disposición de esta **Cesión, Gravamen y Autorización**, o su aplicación a cualquier persona o circunstancia, fuera en alguna medida inválida o inexigible, el resto de este documento, o la aplicación de dicha disposición a personas o circunstancias distintas de aquellas respecto de las cuales se considere inválida o inexigible, **no se verá afectado**. Cada término y disposición de esta **Cesión, Gravamen y Autorización** será válido y exigible en la máxima medida permitida por la ley.

RESERVA DE BENEFICIOS

Por la presente, le notifico que, de conformidad con la jurisprudencia de Florida, en caso de que usted **niegue, reduzca o no pague** total o parcialmente una factura presentada en mi nombre por este proveedor de atención médica, le solicito que **reserve o retenga ese mismo monto** hasta que la disputa sea resuelta. Si usted envía un cheque a este proveedor de atención médica por un monto **inferior al contractual correcto** e incluye lenguaje que lo identifique como "Pago Completo y Final", he instruido a este proveedor para que **devuelva el cheque** y considere la factura aún **pendiente y debida** (es decir, como un **pago tardío** conforme a la Sección 627.736 de los Estatutos de Florida). Adicionalmente, si el monto restante de mis beneficios se acerca a un nivel en el cual los fondos resulten insuficientes para cubrir lo reducido, denegado o impago, le solicito que me notifique tanto a mí (cedente) como al cesionario (este proveedor de atención médica). Finalmente, en caso de que mis **beneficios se agoten**, le solicito que notifique tanto a mí (cedente) como a este proveedor de atención médica (cesionario).

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS

Family Care ♦ Auto Accident Rehabilitation Therapy ♦ Wellness Care
WWW.TAYLOREDWELLNESS.COM

425 Citrus Tower Blvd Suite 301 Clermont, Florida 34711 Office: (352) 989-5555 Fax: (352) 432-2121

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN Y RECONOCIMIENTO ESTÁNDAR **PROTECCIÓN CONTRA LESIONES PERSONALES (PIP) – TRATAMIENTO O** **SERVICIO INICIAL PRESTADO**

El abajo firmante, persona asegurada (o su tutor, en caso aplicable), declara:

1. **Los servicios o tratamientos indicados a continuación fueron efectivamente prestados.** Esto significa que dichos servicios ya han sido proporcionados.
2. **Tengo el derecho y el deber de confirmar** que los servicios ya han sido prestados.
3. **No fui solicitado por ninguna persona** para recibir servicios del proveedor médico que prestó los servicios descritos anteriormente.
4. **El proveedor médico me ha explicado** los servicios por los cuales se está solicitando el pago.
5. **Si notifico por escrito a la aseguradora sobre un error de facturación, puedo tener derecho** a una parte de cualquier reducción en los montos pagados por mi aseguradora de vehículo.
Si corresponde, mi parte será de al menos el **20% del monto de la reducción**, hasta un máximo de \$500.

Persona asegurada (paciente que recibe tratamiento o servicios) o tutor de la persona asegurada:

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

El abajo firmante, **profesional médico licenciado o director médico**, si corresponde, declara lo siguiente además de lo indicado en el punto número 1 anterior:

- A.** No he solicitado ni he hecho que se solicite a la persona asegurada, quien estuvo involucrada en un accidente automovilístico, para presentar un reclamo de beneficios de **Protección contra Lesiones Personales (PIP)**.
- B.** El tratamiento o los servicios prestados fueron explicados a la persona asegurada, o a su tutor, de manera suficiente para que dicha persona pudiera firmar este formulario con **consentimiento informado**.
- C.** La declaración o factura adjunta está debidamente completada en todas sus disposiciones materiales y toda la información relevante ha sido proporcionada. Esto significa que cada solicitud de información ha sido respondida de forma **veraz, precisa y sustancialmente completa**.
- D.** La codificación de los procedimientos en la declaración o factura adjunta es correcta. Esto significa que **ningún servicio ha sido alterado, fraccionado indebidamente o constituye una prueba diagnóstica inválida o no médicamente necesaria**, según lo definido en la Sección 627.732 (15) y (16) de los Estatutos de Florida o en la Sección 627.736(5)(b)6 de los mismos.

Profesional médico licenciado que presta el tratamiento/servicios o director médico, si corresponde (firma de puño y letra):

DR J.P. SILVERA DC
Name (Print)

Signature

Date

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado, conforme a la Sección 817.234(1)(b) de los Estatutos de Florida.

Nota: El original de este formulario debe ser entregado a la aseguradora conforme a la Sección 627.736(4)(b) de los Estatutos de Florida y no puede enviarse electrónicamente. El incumplimiento en la entrega de este formulario

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS

Family Care ♦ Auto Accident Rehabilitation Therapy ♦ Wellness Care
WWW.TAYLOREDWELLNESS.COM

425 Citrus Tower Blvd Suite 301 Clermont, Florida 34711 Office: (352) 989-5555 Fax: (352) 432-2121

AVISO DE INICIO DE TRATAMIENTO MÉDICO De conformidad con el Estatuto de Florida 627.736

Paciente: _____ **Fecha del accidente:** ____/____/____
Compañía de seguros: _____
Núm. de reclamo: _____

Estimado/a señor/señora: Por la presente, se le notifica que el proveedor médico mencionado arriba, conforme al **Estatuto de Florida 627.736**, da aviso del **inicio de tratamiento médico dentro de los 21 días posteriores** al primer examen o tratamiento del reclamante.

Al emitir este aviso, el proveedor médico podrá **facturar los cargos por tratamientos o servicios prestados hasta un máximo de 75 días antes de la fecha del matasellos** de la factura correspondiente.

Atentamente,

Dirección de Facturación:

Taylor-Made Health and Wellness, 425 Citrus Tower Blvd Suite 301, Clermont, FL 34711

CERTIFICACIÓN OFICIAL DEL PACIENTE SOBRE LA COBERTURA DE SEGURO

Paciente: _____ **Fecha del accidente:** ____/____/____
Compañía de seguros: _____
Núm. de reclamo: _____

Yo, como paciente mencionado anteriormente, **certifico que, según mi leal saber y entender, la información de reclamaciones de seguro que he proporcionado es correcta y** corresponde a la cobertura de **atención médica y/o PIP** a la que tengo derecho.

Entiendo que el proveedor médico se basa en esta información correcta para recibir la cobertura adecuada y calificar para el pago de los servicios médicos que me han sido prestados.

Firma: _____ **Fecha:** ____/____/____

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS

Family Care ♦ Auto Accident Rehabilitation Therapy ♦ Wellness Care
WWW.TAYLOREDWELLNESS.COM

425 Citrus Tower Blvd Suite 301 Clermont, Florida 34711 Office: (352) 989-5555 Fax: (352) 432-2121

AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Autorizo a mi médico y/o al personal administrativo y clínico a (marque todas las que correspondan):

☐ **Usar** la siguiente información de salud protegida, y/o

☐ **Divulgar** la siguiente información de salud protegida a: _____

(Nombre de la entidad o clase de personas que recibirán la información)

Describa de manera específica y significativa la información de salud protegida que se usará o divulgará
(por ejemplo: fecha del servicio, tipo de servicio, nivel de detalle a divulgar, origen de la información, etc.):

En ese momento, esta autorización para el uso o divulgación de la información de salud protegida expirará.
(“Resultados del estudio de investigación” o “Ninguno” son aceptables únicamente para autorizaciones con fines de investigación.)

Esta autorización estará vigente y en efecto hasta [especifique (1) fecha o (2) evento relacionado con el paciente o el propósito del uso o divulgación], momento en el cual expira esta autorización para usar o divulgar esta información médica protegida. (“hallazgo del estudio de investigación” “y” ninguno” son aceptables para la autorización para fines de investigación).

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando dicha notificación por escrito al Contacto de Privacidad del consultorio a [dirección de la oficina o dirección de correo electrónico] Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que mi médico haya confiado en el uso o la divulgación de la información médica protegida si mi autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y la aseguradora tiene el derecho legal de impugnar un reclamo.

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y ya no puede ser procesada por la ley federal o estatal.

Mi médico no condicionará mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios (si corresponde) a si proporciono autorización para el uso o divulgación solicitados, excepto (1) si mi tratamiento está relacionado con la investigación, o (2) los servicios de atención médica se me brindan únicamente con el propósito de crear información de salud protegida para su divulgación a un tercero.

El uso o la divulgación solicitados bajo esta autorización resultarán en una remuneración directa o indirecta para mi médico por parte de un tercero. [Si corresponde, ya que la autorización se obtiene con fines de marketing].

Firma del paciente o representante personal: _____

Fecha: _____

Nombre en letra de molde del paciente o representante personal: _____

Descripción de la autoridad del representante personal: _____

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS

Family Care ♦ Auto Accident Rehabilitation Therapy ♦ Wellness Care
WWW.TAYLOREDWELLNESS.COM

425 Citrus Tower Blvd Suite 301 Clermont, Florida 34711 Office: (352) 989-5555 Fax: (352) 432-2121

Para: _____

GRAVAMEN DEL MÉDICO

Asunto: Registros del paciente y gravamen del médico

Por la presente, **autorizo** a la instalación/médico mencionado anteriormente a proporcionar a mi abogado un **informe completo** de mi historial clínico, examen, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en relación con mi accidente ocurrido el día: _____ (Fecha del Accidente).

Asimismo, **otorgo un gravamen** a dicha instalación/médico sobre cualquier acuerdo, reclamo, fallo o veredicto resultante de dicho accidente, y autorizo y ordeno a mi abogado a pagar directamente a dicha instalación/médico las sumas que se le adeuden por los servicios prestados a mí, y a retener dichas sumas de cualquier acuerdo, reclamo, fallo o veredicto según sea necesario para **proteger adecuadamente** a dicha instalación/médico.

Entiendo plenamente que soy **directa y totalmente responsable** ante dicha instalación/médico por todas las facturas correspondientes a los servicios prestados, y que este acuerdo se realiza únicamente como una protección adicional para dicha instalación/médico y en consideración a su espera en recibir el pago.

Fecha: ____/____/____ **Firma del Paciente:** _____

Nombre en letra de molde: _____

El abajo firmante, en calidad de **abogado registrado del paciente mencionado anteriormente**, por la presente **reconoce la recepción del gravamen descrito** y se compromete a **respetarlo para proteger adecuadamente** a la instalación/médico mencionados.

Fecha: ____/____/____ **Firma Autorizada:** _____

(Abogado)

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS

Family Care ♦ Auto Accident Rehabilitation Therapy ♦ Wellness Care
WWW.TAYLOREDWELLNESS.COM

425 Citrus Tower Blvd Suite 301 Clermont, Florida 34711 Office: (352) 989-5555 Fax: (352) 432-2121

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Núm. de Seguro Social:** _____

Enviar registros a: Taylor-Made Health and Wellness
(Nombre del destinatario) – enviar por fax al (352) 432-2121

Obtener registros de:

(Nombre de la fuente solicitada)

(Dirección)

(Ciudad, Estado, Código Postal)

(Teléfono y número de fax)

REGISTROS ESPECÍFICOS SOLICITADOS:

Consultas en la oficina: ____ Radiografías: ____ Laboratorios: ____ Todos: __X__

- Consiento la divulgación de información referente a alcoholismo y abuso de drogas. ____ **(Iniciales)**
- Consiento la divulgación de información referente a trastornos mentales y rehabilitación. ____ **(Iniciales)**
- Consiento la divulgación de información referente a trastornos mentales y rehabilitación. ____ **(Iniciales)**

Nota: Solo se enviará un Resumen Médico Limitado si no se inicializan todas las autorizaciones anteriores.

Por favor, no envíe películas (radiografías físicas)

Firma del paciente o representante legal

Fecha

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS

Family Care ♦ Auto Accident Rehabilitation Therapy ♦ Wellness Care
WWW.TAYLOREDWELLNESS.COM

425 Citrus Tower Blvd Suite 301 Clermont, Florida 34711 Office: (352) 989-5555 Fax: (352) 432-2121

1. WHERE IS AREA OF CONCERN/ ÁREA DE DOLOR: _____ (___/10)

What does pain feel like?/ ¿Cómo se siente el dolor?

☐ **Spasm/** Espasmo ☐ **Numbing/** Entumecimiento ☐ **Burning/** Ardor ☐ **Tingling/** Hormigueo ☐ **Throbbing/** Palpitante ☐ **Aching/**

Dolor sordo ☐ **Other/** Otro: _____

How often do you experience symptoms:/ Frecuencia de síntomas:

☐ **Constant/** Constante (100–75%) ☐ **Frequent/** Frecuente (74–51%) ☐ **Occasionally/** Ocasional (50–26%) ☐ **Intermittently/** Intermitente (25–0%)

What makes pain feel “better?”/ ¿Qué lo mejora?

☐ **Nothing/** Nada ☐ **Rest/** Descanso ☐ **Walking/** Caminar ☐ **Stretching/** Estiramiento ☐ **Exercise/** Ejercicio ☐ **Other/** Otro: _____

What makes pain feel “worse?”/ ¿Qué lo empeora?

☐ **Bending/** Inclinar ☐ **Twisting/** Girar ☐ **Lifting/** Levantar ☐ **Sitting/** Sentarse ☐ **Standing/** Estar de pie ☐ **Coughing/** Toser

☐ **Temp. Changes/** Cambios de temperatura

Does Pain Radiate (Move) to another part of the body?/ El dolor se irradia? ☐ Yes/ Sí ☐ No/ No; if yes, Where/ Si es así ¿dónde?

This pain/ Este dolor: ☐ **is a new pain/** Es nuevo ☐ **I've had before, but went away/** Lo he tenido antes, pero se fue ☐ **already had but now it is worse/** Ya lo tenía y ahora es peor

2. WHERE IS AREA OF CONCERN/ ÁREA DE DOLOR: _____ (___/10)

What does pain feel like?/ ¿Cómo se siente el dolor?

☐ **Spasm/** Espasmo ☐ **Numbing/** Entumecimiento ☐ **Burning/** Ardor ☐ **Tingling/** Hormigueo ☐ **Throbbing/** Palpitante ☐ **Aching/**

Dolor sordo ☐ **Other/** Otro: _____

How often do you experience symptoms:/ Frecuencia de síntomas:

☐ **Constant/** Constante (100–75%) ☐ **Frequent/** Frecuente (74–51%) ☐ **Occasionally/** Ocasional (50–26%) ☐ **Intermittently/** Intermitente (25–0%)

What makes pain feel “better?”/ ¿Qué lo mejora?

☐ **Nothing/** Nada ☐ **Rest/** Descanso ☐ **Walking/** Caminar ☐ **Stretching/** Estiramiento ☐ **Exercise/** Ejercicio ☐ **Other/** Otro: _____

What makes pain feel “worse?”/ ¿Qué lo empeora?

☐ **Bending/** Inclinar ☐ **Twisting/** Girar ☐ **Lifting/** Levantar ☐ **Sitting/** Sentarse ☐ **Standing/** Estar de pie ☐ **Coughing/** Toser

☐ **Temp. Changes/** Cambios de temperatura

Does Pain Radiate (Move) to another part of the body?/ El dolor se irradia? ☐ Yes/ Sí ☐ No/ No; if yes, Where/ Si es así ¿dónde?

This pain/ Este dolor: ☐ **is a new pain/** Es nuevo ☐ **I've had before, but went away/** Lo he tenido antes, pero se fue ☐ **already had but now it is worse/** Ya lo tenía y ahora es peor

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS

Family Care ♦ Auto Accident Rehabilitation Therapy ♦ Wellness Care
WWW.TAYLOREDWELLNESS.COM

425 Citrus Tower Blvd Suite 301 Clermont, Florida 34711 Office: (352) 989-5555 Fax: (352) 432-2121

3. WHERE IS AREA OF CONCERN/ ÁREA DE DOLOR: _____ (___/10)

What does pain feel like?/ ¿Cómo se siente el dolor?

☐ **Spasm/** Espasmo ☐ **Numbing/** Entumecimiento ☐ **Burning/** Ardor ☐ **Tingling/** Hormigueo ☐ **Throbbing/** Palpitante ☐ **Aching/**

Dolor sordo ☐ **Other/** Otro: _____

How often do you experience symptoms:/ Frecuencia de síntomas:

☐ **Constant/** Constante (100–75%) ☐ **Frequent/** Frecuente (74–51%) ☐ **Occasionally/** Ocasional (50–26%) ☐ **Intermittently/** Intermittente (25–0%)

What makes pain feel “better?”/ ¿Qué lo mejora?

☐ **Nothing/** Nada ☐ **Rest/** Descanso ☐ **Walking/** Caminar ☐ **Stretching/** Estiramiento ☐ **Exercise/** Ejercicio ☐ **Other/** Otro: _____

What makes pain feel “worse?”/ ¿Qué lo empeora?

☐ **Bending/** Inclinar ☐ **Twisting/** Girar ☐ **Lifting/** Levantar ☐ **Sitting/** Sentarse ☐ **Standing/** Estar de pie ☐ **Coughing/** Toser

☐ **Temp. Changes/** Cambios de temperatura

Does Pain Radiate (Move) to another part of the body?/ El dolor se irradia? ☐ **Yes/ Sí ☐ **No/** No; if yes, **Where/** Si es así ¿dónde?**

This pain/ Este dolor: ☐ **is a new pain/** Es nuevo ☐ **I’ve had before, but went away/** Lo he tenido antes, pero se fue ☐ **already had but now it is worse/** Ya lo tenía y ahora es peor

4. WHERE IS AREA OF CONCERN/ ÁREA DE DOLOR: _____ (___/10)

What does pain feel like?/ ¿Cómo se siente el dolor?

☐ **Spasm/** Espasmo ☐ **Numbing/** Entumecimiento ☐ **Burning/** Ardor ☐ **Tingling/** Hormigueo ☐ **Throbbing/** Palpitante ☐ **Aching/**

Dolor sordo ☐ **Other/** Otro: _____

How often do you experience symptoms:/ Frecuencia de síntomas:

☐ **Constant/** Constante (100–75%) ☐ **Frequent/** Frecuente (74–51%) ☐ **Occasionally/** Ocasional (50–26%) ☐ **Intermittently/** Intermittente (25–0%)

What makes pain feel “better?”/ ¿Qué lo mejora?

☐ **Nothing/** Nada ☐ **Rest/** Descanso ☐ **Walking/** Caminar ☐ **Stretching/** Estiramiento ☐ **Exercise/** Ejercicio ☐ **Other/** Otro: _____

What makes pain feel “worse?”/ ¿Qué lo empeora?

☐ **Bending/** Inclinar ☐ **Twisting/** Girar ☐ **Lifting/** Levantar ☐ **Sitting/** Sentarse ☐ **Standing/** Estar de pie ☐ **Coughing/** Toser

☐ **Temp. Changes/** Cambios de temperatura

Does Pain Radiate (Move) to another part of the body?/ El dolor se irradia? ☐ **Yes/ Sí ☐ **No/** No; if yes, **Where/** Si es así ¿dónde?**

This pain/ Este dolor: ☐ **is a new pain/** Es nuevo ☐ **I’ve had before, but went away/** Lo he tenido antes, pero se fue ☐ **already had but now it is worse/** Ya lo tenía y ahora es peor

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS

Family Care ♦ Auto Accident Rehabilitation Therapy ♦ Wellness Care
WWW.TAYLOREDWELLNESS.COM

425 Citrus Tower Blvd Suite 301 Clermont, Florida 34711 Office: (352) 989-5555 Fax: (352) 432-2121

SOLO PARA ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS

1. **When was the date of the accident?/** Fecha del accidente: _____
2. **What was your seating position in the vehicle at the time of the accident?/**
Posición en el vehículo: ☐ **Driver** / Conductor ☐ **Front passenger/** Pasajero delantero ☐ **Rear passenger/** Pasajero trasero
3. **Were you wearing your seatbelt/** ¿Usaba cinturón de seguridad? ☐ **Yes/** Sí ☐ **No/** No
4. **What type of vehicle were you seated in during the accident?/** Tipo de vehículo: ☐ **Car/** Auto ☐ **Suv/** SUV ☐ **Van/** Furgoneta ☐ **Truck/** Camión ☐ **Motorcycle/** Motocicleta ☐ **Tractor Trailer/** Tractocamión
5. **Did you** / Tipo de impacto: ☐ **Get hit by a vehicle/** Lo golpeó otro vehículo ☐ **Hit a vehicle /** Golpeó a otro vehículo
6. **Where was the impact made on your vehicle?/** Lugar del impacto: ☐ **Front/** Frontal ☐ **Rear/** Trasero ☐ **Driver Side/** Lado del conductor ☐ **Passenger Side/** Lado del pasajero
7. **What was your vehicle position status just before the impact?/** Estado del vehículo antes del impacto:
☐ **Stopped at intersection /** Detenido en intersección ☐ **Stopped in traffic /** Detenido en tráfico ☐ **Slowing down /** Desacelerando ☐ **Turning (L/R)/** Girando (I/D) ☐ **Proceeding along /** Avanzando
8. **Vehículo contrario:** ☐ **Car/** Auto ☐ **Suv/** SUV ☐ **Van/** Furgoneta ☐ **Truck/** Camión ☐ **Motorcycle/** Motocicleta ☐ **Tractor Trailer/** Tractocamión
9. **Did secondary impact occur (Did you hit anything/one else)/** ¿Hubo impacto secundario? ☐ **Yes/** Sí ☐ **No/** No
a) **Was vehicle towed away after accident?/** ¿Fue remolcado el vehículo? ☐ **Yes/** Sí ☐ **No/** No
10. **Did you vehicle have airbags/** ¿Tenía airbags? ☐ **Yes/** Sí ☐ **No/** No
a) **If so did airbags deploy (inflate)?/** ¿Se desplegaron? ☐ **Yes/** Sí ☐ **No/** No
11. **Did your seat break (seat back failure)?/** ¿Se rompió el asiento (respaldo)? ☐ **Yes/** Sí ☐ **No/** No
12. **What were visual conditions at time of accident? (Check of all that apply)/** Condiciones de visibilidad:
☐ **Clear/** Despejado ☐ **Foggy/** Niebla ☐ **Wet/** Mojado ☐ **Dark/** Oscuro
13. **What were road conditions at time of accident? (Check of all that apply)/** Condiciones de la carretera:
☐ **Dry/** Seca ☐ **Sandy/** Arenosa ☐ **Wet/** Mojada
14. **Were you anticipating the collision?/** ¿Anticipó la colisión? ☐ **Yes/** Sí ☐ **No/** No
15. **Did you brace for impact of accident?/** ¿Se preparó para el impacto? ☐ **Yes/** Sí ☐ **No/** No
16. **Did you lose consciousness?/** ¿Perdió el conocimiento? ☐ **Yes/** Sí ☐ **No/** No

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS

Family Care ♦ Auto Accident Rehabilitation Therapy ♦ Wellness Care
WWW.TAYLOREDWELLNESS.COM

425 Citrus Tower Blvd Suite 301 Clermont, Florida 34711 Office: (352) 989-5555 Fax: (352) 432-2121

17. **Did you go to the Emergency room/Urgent care?/** ¿Fue a la sala de emergencias/atención urgente? ☐ **Yes/** Sí ☐ **No/** No

18. **Past Medical History: (check of all that apply)/** Historial médico previo (marque todo lo que corresponda):

☐ **None reported/** Ninguno ☐ **Abnormal spine curvature/** Curvatura anormal de la columna ☐ **Congenital spine abnormalities/** Anomalías congénitas de la columna ☐ **Degenerative disc disease/** Enfermedad degenerativa de disco ☐ **Arthritis/** Artritis ☐ **Spine surgery/** Cirugía de columna ☐ **Diabetes/** Diabetes ☐ **Auto Accident/** Accidente automovilístico ☐ **Other/** Otro: _____

19. **Past Surgical History: (*Please indicate year)/** Historial quirúrgico previo (indique el año):

☐ **None reported/** Ninguno ☐ **Brain/** Cerebro ☐ **Back/** Espalda ☐ **Elbow (L/R)/** Codo (I/D) ☐ **Shoulder (L/R)/** Hombro (I/D) ☐ **Wrist (L/R)/** Muñeca (I/D) ☐ **Hip (L/R)/** Cadera (I/D) ☐ **Knee (L/R)/** Rodilla (I/D) ☐ **Ankle (L/R)/** Tobillo (I/D)

20. **Family History: (check of all that apply)/** Historial familiar (marque todo lo que corresponda):

☐ **None reported/** Ninguno ☐ **Abnormal spine curvature/** Curvatura anormal de la columna ☐ **Congenital spine abnormalities/** Anomalías congénitas de la columna ☐ **Degenerative disc disease/** Enfermedad degenerativa de disco ☐ **Arthritis/** Artritis ☐ **Spine surgery/** Cirugía de columna ☐ **Diabetes/** Diabetes ☐ **Auto Accident/** Accidente automovilístico ☐ **Other/** Otro: _____

21. **Allergies: (check of all that apply)/** Alergias (marque todo lo que corresponda):

☐ **None reported/** Ninguna ☐ **Penicillin /** Penicilina ☐ **Sulfa /** Sulfa ☐ **Aspirin /** Aspirina ☐ **Latex /** Látex ☐ **Amoxicillin/** Amoxicilina ☐ **Other /** Otro: _____

22. **Medications: (Please List)/** Medicamentos (liste): 1) _____ 2) _____ 3) _____

23. **Social History:/** **Historial social:** ☐ **Single /** Soltero (a) ☐ **Married /** Casado (a) ☐ **Widowed/** Viudo (a)

☐ **Divorced /** Divorciado (a) ☐ **Smoke /** Fumador ☐ **Alcoholic Drinking /** Consumo de alcohol

24. **Have you ever received chiropractic care?/** ¿Ha recibido cuidado quiropráctico antes? ☐ **Yes/** Sí ☐ **No/** No **If Yes who /** Si respondió 'Sí', ¿con quién? _____

25. **Brain Injury Assessment: (Check all that apply)/** EVALUACIÓN DE LESIÓN CEREBRAL

☐ **None reported/** Ninguno ☐ **Don't feel normal /** No me siento normal ☐ **Nervous or anxious/** Nervioso/ansioso ☐ **Sad /** Triste ☐ **Irritable /** Irritable ☐ **More emotional /** Más emocional ☐ **Trouble falling asleep/** Problemas para dormir ☐ **Confusion /** Confusión ☐ **Fatigue or low energy /** Fatiga/baja energía ☐ **Difficulty remembering /** Dificultad para recordar ☐ **Nausea /** Náusea ☐ **Difficulty concentrating /** Dificultad para concentrarse ☐ **Feeling like a fog /** Sensación de niebla ☐ **Feeling slowed down /** Ralentizado ☐ **Sound sensitivity /** Sensibilidad al sonido ☐ **Light sensitivity /** Sensibilidad a la luz ☐ **Balance problems /** Problemas de equilibrio ☐ **Blurred vision /** Visión borrosa ☐ **Vomiting /** Vómitos ☐ **Pressure in head /** Presión en la cabeza ☐ **Headache /** Dolor de cabeza ☐ **Dizziness /** Mareos ☐ **Don't feel right /** No me siento bien ☐ **Drowsiness /** Somnolencia

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS

Family Care ♦ Auto Accident Rehabilitation Therapy ♦ Wellness Care
WWW.TAYLOREDWELLNESS.COM

425 Citrus Tower Blvd Suite 301 Clermont, Florida 34711 Office: (352) 989-5555 Fax: (352) 432-2121

26. Review of systems: (Check of all that apply)/REVISIÓN DE SISTEMAS

- ☐ **None reported/** Ninguno ☐ **Unexpected Weight Gain or Loss/** Aumento/pérdida de peso ☐ **Fatigue /** Fatiga
☐ **Fever chills /** Fiebre/escalofríos ☐ **Rashes /** Erupciones ☐ **Head Injury /** Lesión en la cabeza ☐ **Ringings in Ears /**
Zumbido en oídos ☐ **Vision Loss/changes/** Pérdida/cambios de visión ☐ **Discharge /** Secreciones ☐ **Bleeding /**
Sangrado ☐ **Lumps /** Bultos ☐ **Coughing up blood /** Tos con sangre ☐ **Shortness of breath /** Falta de aire
☐ **Chest pain or discomfort /** Dolor en el pecho ☐ **Shortness of breath with activity /** Disnea con actividad
☐ **Sudden awakening from sleep with shortness of breath /** Despertar con disnea ☐ **Swallowing difficulties /**
Dificultad para tragar ☐ **Change in appetite /** Cambio de apetito ☐ **Constipation /** Estreñimiento ☐ **Diarrhea /**
Diarrea ☐ **Blood in urine /** Sangre en la orina ☐ **Redness of joints /** Enrojecimiento articular ☐ **Swelling of joints /**
Hinchazón articular ☐ **Tremor /** Temblor

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS

Family Care ♦ Auto Accident Rehabilitation Therapy ♦ Wellness Care
WWW.TAYLOREDWELLNESS.COM

425 Citrus Tower Blvd Suite 301 Clermont, Florida 34711 Office: (352) 989-5555 Fax: (352) 432-2121

DOCTOR'S AREA:

PATIENT NAME: _____

VITALS: ____/____ BP

PULSE: _____

PAIN:

Occ-C1-C2- C3-C4-C5-C6-C7-T1-T2-T3-T4-T5-T6-T7-T8-T9-T10-T11-T12-L1-L2-L3-L4-L5-Sac.-Pelv.

Extremity: ☐ Shoulder L/R/B ☐ Elbow: L/R/B ☐ Wrist: L/R/B ☐ Hand: L/R/B ☐ Hip: L/R/B ☐ Knee: L/R/B ☐ Ankle: L/R/B ☐ Foot: L/R/B

SPASM:

Occ-C1-C2- C3-C4-C5-C6-C7-T1-T2-T3-T4-T5-T6-T7-T8-T9-T10-T11-T12-L1-L2-L3-L4-L5-Sac.-Pelv.

Extremity: ☐ Shoulder L/R/B ☐ Elbow: L/R/B ☐ Wrist: L/R/B ☐ Hand: L/R/B ☐ Hip: L/R/B ☐ Knee: L/R/B ☐ Ankle: L/R/B ☐ Foot: L/R/B

ROM:

Cervical (↑/ Norm./↓)

Thoracic (↑/ Norm./↓)

Lumbar(↑/ Norm./↓)

MOTOR: ☐ WNL = (5/5)

(LEFT) C5___/5, C6___/5, C7___/5, C8___/5 L4___/5, L5___/5, S1___/5 (RIGHT) C5___/5, C6___/5, C7___/5, C8___/5, L4___/5, L5___/5, S1___/5

REFLEX: ☐ WNL = (+2)

(Left) C5___/5, C6___/5, L5___/5

(RIGHT) C5___/5 C6___/5 5 L5___/5

ORTHOPEDIC EXAM:

Cervical:

Cervical Distraction :(+/-)(L/R/B)

Shoulder Depression :(+/-)(L/R/B)

Max. Cervical Compression :(+/-)(L/R/B)

Lumbar:

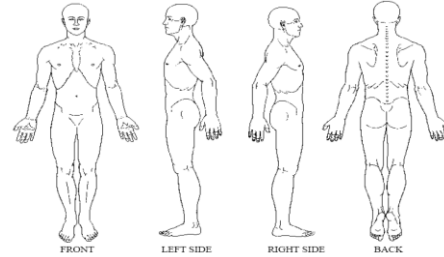
Kemp's :(+/-)(L/R/B)

Straight Leg Raise :(+/-)(L/R/B)

Braggard's Test :(+/-)(L/R/B)

Milgrams :(+/-)(L/R/B)

FABRE TEST: (+/-) (L/R/B)



REFERRALS: ☐MRI ☐BRAIN ☐CERVICAL ☐THORACIC ☐LUMBAR ☐SHOULDER(L/R) ☐ELBOW(L/R) ☐WRIST(L/R) ☐HIP(L/R) ☐KNEE(L/R) ☐ANKLE(L/R)

☐ TBI RECOMMENDATION

RECORDS REQUEST: ☐NONE ☐ORMC ☐SLH ☐ADVENT ☐WATERMAN ☐LEESBURG ☐OTHER: _____

INITIAL THERAPIES:

☐ E-STIM ☐TRACTION ☐ULTRASOUND ☐COLD/HOT ☐BIOFREEZE ☐ COLD LASER ☐ STRETCHING ☐KINETIC
☐MANUAL ☐ SPINAL DECOMPRESSION ☐ SHOCKWAVE

DIAGNOSIS

MVA	HEAD	CERVICAL	THORACIC	LUMBAR
DRIV. V49.88	R51	M54.2	M54.6	M54.5
PASS. V49.59		W/ RAD. M54.12	W/ RAD. M54.14	W/ RAD. M54.16
SHOULDER	ELBOW	HAND	BICEP	FOREARM
LT. M25.512	LT. M25.522	LT. M79.642	LT. M79.602	LT. M79.632
RT. M25.511	RT. M25.521	RT. M79.641	RT. M79.621	RT. M79.631
RIB	HIP	THIGH	KNEE	LEG
R07.82	LT. M25.552	LT. M79.652	LT. M25.562	LT. M79.605
	RT. M25.551	RT. M79.651	RT. M25.561	RT. M79.604
ANKLE	FOOT			
LT. M25.572	LT. M79.672			
RT. M25.571	RT. M79.671			