



# Brattner

Chiropractic Group

Serving Long Island, Brooklyn & Queens

## CUESTIONARIO DE SALUD

Number: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Telefono De Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_ Referido Por: \_\_\_\_\_

Cuales son sus quejas? (Que parte de su cuerpo le duele):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuanto tiempo ha tenido con esta condicion? \_\_\_\_\_

Ha tenido esta condicion en el pasado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Que agrava su condicion? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Siente que su condicion se esta empeorando? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

El Dolor es: Constante \_\_\_\_\_ Viene y Va \_\_\_\_\_

Ha tenido atencion quiropractica antes? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Lista de doctores que an tratado esta condicion: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

East Hills office: 118 Crescent Lane, Roslyn Heights, NY 11577, (516) 626-1305  
Queens office: 865 Cypress Avenue, Ridgewood, NY 11385, (718) 628-5300  
[www.easthillschiropractor.com](http://www.easthillschiropractor.com) [www.chiroNYC.com](http://www.chiroNYC.com)



# Brattner

Chiropractic Group

Serving Long Island, Brooklyn & Queens

Lista de cirugias y años: \_\_\_\_\_

Lista de Medicamentos que esta tomando: \_\_\_\_\_

Edad del Colchon: \_\_\_\_\_ Incomoda: Si \_\_\_ No \_\_\_ Comoda Si \_\_\_ No \_\_\_

Esta usted usando? Talon Ascensores \_\_\_ Suelas interior \_\_\_ Refuerzo para el arco \_\_\_

Ha estado usted alguna vez en un accidente automovilistico? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si contesto (si) favor de describir su accidente y la fecha en cuando ocurrio su accidente en el pasado: \_\_\_\_\_

Ha tenido otras lesiones o accidentes antes? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si contesto (si) favor de describir y la fecha en cuando ocurrio: \_\_\_\_\_

Fecha de su ultimo examen fisico: \_\_\_\_\_ Doctor de familia: \_\_\_\_\_

Ha sufrido usted de lo siguiente?

Mareo ___	Dolores de Espalda ___	Dolor de Cuello ___
Diabetes ___	Artritis ___	Dolores de cabeza ___
Asma ___	Neuritis ___	Digestivas de enfermedades ___
Nerviosismo ___	Problemas del Corazon ___	Problemas Sinusitis ___

---

East Hills office: 118 Crescent Lane, Roslyn Heights, NY 11577, (516) 626-1305  
Queens office: 865 Cypress Avenue, Ridgewood, NY 11385, (718) 628-5300  
[www.easthillschiropractor.com](http://www.easthillschiropractor.com) [www.chiroNYC.com](http://www.chiroNYC.com)



# Brattner

Chiropractic Group

Serving Long Island, Brooklyn & Queens

Por favor incluya otra dolencia o condiciones, Cualquier tratamiento o medicos que ha visto para esta condiciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Es su condicion debido a un accidente de carro o accidente de trabajo relacionados con la lesion por la cual esta en nuestra officina? Si \_\_\_ No \_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del seguro de **SU** carro: \_\_\_\_\_

Numero del clamo cuando **USTED** susmetio al Seguro que **USTED** tuvo un accidente de carro:

\_\_\_\_\_

Nombre del seguro de **SU** trabajo: \_\_\_\_\_ **WCB:** \_\_\_\_\_

Numero del clamo que **SU** trabajo susmetio al seguro de ellos que usted tuvo una herida en el trabajo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Number de **SU** seguro medico: \_\_\_\_\_

Numero de politica: \_\_\_\_\_

Tipo de plan: \_\_\_\_\_

HMO/PPO/Senior Plan: \_\_\_\_\_

---

East Hills office: 118 Crescent Lane, Roslyn Heights, NY 11577, (516) 626-1305  
Queens office: 865 Cypress Avenue, Ridgewood, NY 11385, (718) 628-5300  
[www.easthillschiropractor.com](http://www.easthillschiropractor.com) [www.chiroNYC.com](http://www.chiroNYC.com)



# Brattner

Chiropractic Group

Serving Long Island, Brooklyn & Queens

Entiende y acepta que las politicas de salud y accidente son un acuerdo entre una compañía de seguro y yo mismo. Ademas, tengo entendido que esta oficina de quiropractica prepara cualquier necesario informe y formularios para que me ayude en la toma de coleccion de la compañía de seguros y que cualquier importe autorizado a pagarse directamente a esta oficina de quiropractica sera acreditado a mi cuenta una vez recibida. Sin embargo, claramente entiende y acepta que todos los servicios prestados a me pagan directamente a mi y que estoy personalmente responsable por el pago. Tambien entiendo que si suspender o poner fin a mi atencion y tratamiento, los honorarios por servicios profesionales prestados para mi sera inmediatamente adeudadas y pagaderas.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por la presente autoriza la liberacion de mis radiografias y registros medicos o copias de los mismos y solicitador que trasferirse a:



**Brattner**

Chiropractic Group  
Serving Long Island, Brooklyn & Queens

## Formulario Medico De Derecho De Retención

Por la presente firmo un acuerdo con **Queens Chiropractic Asso., P.C.** (proveedor) para asegurar una compensación por los servicios prestados. Autorizo al PROVEEDOR a proporcionar a mi aseguradora y a mis abogados copias de los registros médicos y los resultados de las pruebas de diagnóstico, así como información relacionada con el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento.

Por la presente autorizo y dirijo el pago al proveedor de las sumas adeudadas y adeudadas por los servicios médicos que se me prestaron tanto por razón de cualquier otra factura que se deba al proveedor como para retener las sumas de mi sentencia de conciliación o veredicto que pueda ser necesario para proteger adecuadamente al proveedor. Además, por la presente otorgo un gravamen sobre mi caso al PROVEEDOR contra todos y cada uno de los ingresos de mi acuerdo, sentencia o veredicto que pueda pagarse a mi abogado o a mí mismo como resultado de las lesiones por las que he sido tratado. Estaré disponible para aparecer o corresponder en nombre del PRESTADOR en cualquier esfuerzo de cobranza que se realice. Todas las facturas que se consideren adeudadas y pagaderas al PROVEEDOR serán cobrables según la tarifa vigente en la que se prestaron los servicios.

Entiendo completamente que soy directa y debidamente responsable ante el PROVEEDOR de todas las facturas médicas enviadas por los servicios prestados y que este acuerdo se realiza únicamente para protección adicional y en consideración de pagos pendientes. Además, entiendo que dicho pago no está sujeto a mi acuerdo, sentencia o veredicto por el cual eventualmente pueda recuperar y cobrar. Estoy de acuerdo en no devolver nunca este documento y que ningún abogado aceptará la rescisión, por la presente instruyo que en el caso de que otro abogado sea sustituido de esta manera, el nuevo abogado no desea cooperar en la protección de los intereses de los PROVEEDORES, EL PROVEEDOR no esperará el pago, pero podrá declarar por escrito el saldo total adeudado y pagadero, momento en el que dicho saldo deberá pagarse dentro de los treinta días.

---

FIRMA DE PACIENTE

---

FECHA

El abajo firmante, que es el abogado del registro del paciente mencionado anteriormente, por la presente acepta cumplir con todos los términos del gravamen equitativo y acepta retener las sumas de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto que sea necesario para proteger adecuadamente al proveedor. El abogado acepta la notificación de que una parte de la reclamación por lesiones personales de sus clientes se ha asignado al PROVEEDOR y acepta desembolsar los fondos al PROVEEDOR para satisfacer cualquier gravamen pendiente o actuar como depósito en garantía antes de desembolsar cualquier producto de la liquidación de sus clientes. El abogado además reconoce que pueden ser responsables ante los cesionarios de los clientes si pagan dinero sin tener en cuenta este gravamen. Además, el abogado acuerda que si se sustituye a otro abogado, este gravamen equitativo será remitido al abogado sustituido y el PROVEEDOR será notificado por escrito de la misma dentro de los treinta días. Alternativamente, si la acción legal del paciente se suspende o se resuelve, el PROVEEDOR será notificado por escrito de la misma dentro de los treinta días.

---

FIRMA DE ABOGADO/ABOGADA

---

FECHA

---

East Hills office: 118 Crescent Lane, Roslyn Heights, NY 11577, (516) 626-1305

Queens office: 865 Cypress Avenue, Ridgewood, NY 11385, (718) 628-5300

[www.easthillschiropractor.com](http://www.easthillschiropractor.com) [www.chiroNYC.com](http://www.chiroNYC.com)

