

# APLICACIÓN PARA TRATAMIENTO / INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

(POR FAVOR IMPRIMIR)

Efectivo \_\_\_\_\_ Seguros Medicare \_\_\_\_\_ PI / PIP \_\_\_\_\_ del Trabajador Comp \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_ ES SU VISITA POR ACCIDENTE? SI \_\_\_\_\_ NO (En caso afirmativo, Complete ambos lados)

Los datos del paciente

**ÚLTIMO NAME** \_\_\_\_\_ **NOMBRE** \_\_\_\_\_ **middle Nombre** \_\_\_\_\_ **AGE** \_\_\_\_\_ **MACHO FEMENINO** **FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **DATOS DE CONTACTO DE EMERGENCIA**  
**SEGURIDAD SOCIAL #** \_\_\_\_\_ **NAME** \_\_\_\_\_ **CIVIL DE STATUS** \_\_\_\_\_ **#**  
**CHILDREN** \_\_\_\_\_ **RELATIONSHIP** \_\_\_\_\_ **ADDRESS** \_\_\_\_\_  
**TELÉFONO DE CASA** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO MÓVIL** \_\_\_\_\_  
**CÓDIGO POSTAL** \_\_\_\_\_ **CORREO ELECTRÓNICO** \_\_\_\_\_  
**TELÉFONO DE CASA** \_\_\_\_\_ **INFORMACIÓN ASEGURADO**  
**TELÉFONO MÓVIL** \_\_\_\_\_ **NOMBRE** \_\_\_\_\_  
**TELÉFONO DEL TRABAJO** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN** \_\_\_\_\_  
**OCUPACIÓN** \_\_\_\_\_ **SEGURIDAD SOCIAL #** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_\_\_  
**EMPLEADO POR** \_\_\_\_\_ **COMPañÍA DE SEGUROS** \_\_\_\_\_  
**CORREO ELECTRÓNICO** \_\_\_\_\_

QUEJA PRESENTE

(Si alguna de las siguientes son relevantes para su queja médica, por favor marque la casilla que acompaña)

<b>DOLOR DE CUELLO</b>	<b>DESORDENES DIGESTIVOS</b>	<b>PÉRDIDA DE MEMORIA</b>	<b>PALPITACIÓN</b>
<b>DOLOR DE HOMBRO</b>	<b>EXCESO SUDOR</b>	<b>ANSIEDAD</b>	<b>DEPRESIÓN</b>
<b>DOLOR DE PECHO</b>	<b>FALTA DE AIRE</b>	<b>TENSIÓN</b>	<b>VISIÓN DOBLE</b>
<b>Dolor de espalda superior</b>	<b>FATIGA VISUAL</b>	<b>NEURITIS</b>	<b>sinusitis</b>
<b>MID DOLOR DE ESPALDA</b>	<b>Ojos detrás DOLOR</b>	<b>DESMAYO</b>	<b>FATIGA</b>
<b>DOLOR LUMBAR</b>	<b>OJOS pérdida de foco</b>	<b>INSOMNIO</b>	<b>MENTAL embotamiento</b>
<b>Pasadores y agujas en ARM / Rodilla / LEG OJOS PARA sensible a la luz</b>		<b>TREMORS</b>	<b>VISIÓN BORROSA</b>
<b>Entumecimiento en los dedos, brazos y piernas</b>	<b>OREJAS animada / LLAMADA</b>	<b>MAREO</b>	<b>CABEZA parece demasiado PESADA</b>
<b>ESTREÑIMIENTO</b>	<b>Pies / Manos frías</b>	<b>DOLOR DE CABEZA</b>	<b>nerviosismo extremo</b>
<b>DIARREA</b>	<b>Pérdida del gusto</b>	<b>Cara pálida</b>	<b>HOMBRO CANSADO / PESADA</b>
<b>NÁUSEAS VÓMITOS</b>	<b>Pérdida del olfato</b>	<b>IRRITABILIDAD</b>	

**DIFICULTAD EN EXCESO** \_\_\_\_\_ **EN PIE** \_\_\_\_\_ **CAMINANDO** \_\_\_\_\_ **SENTADO** \_\_\_\_\_ **FLEXIÓN** \_\_\_\_\_  
**CUELLO Rigidez en la espalda al levantarse dolor que se extiende** \_\_\_\_\_ **BRAZO** \_\_\_\_\_ **DERECHA** \_\_\_\_\_ **IZQUIERDA** \_\_\_\_\_ **AMBOS** \_\_\_\_\_ **PIERNA** \_\_\_\_\_ **DERECHA** \_\_\_\_\_ **IZQUIERDA** \_\_\_\_\_  
**DIFICULTAD EN LA LUZ DE ELEVACIÓN EXCESIVO** \_\_\_\_\_ **MODERAR** \_\_\_\_\_ **PESADO** \_\_\_\_\_ **REPETITIVOS** \_\_\_\_\_  
**Dolor que se extiende** \_\_\_\_\_ **CUELLO** \_\_\_\_\_ **ESPALDA** \_\_\_\_\_ **Base del cráneo** \_\_\_\_\_ **HOMBRO** \_\_\_\_\_ **HIPS** \_\_\_\_\_  
**Síntomas distintos ABOVE** \_\_\_\_\_ **DID YOU requerir hospitalización** \_\_\_\_\_  
**después de un accidente?** \_\_\_\_\_ **SI** \_\_\_\_\_ **NO SI, DONDE?** \_\_\_\_\_  
**¿Ha tenido accidentes o lesiones similares antes?** \_\_\_\_\_ **SI** \_\_\_\_\_ **No Año** \_\_\_\_\_

HISTORIAL MÉDICO

(Si alguna de las siguientes son relevantes para su historial médico, por favor marque la casilla que acompaña).

<b>Poliomielitis</b>	<b>Diabetes Hepatitis</b>	<b>REUMATISMO</b>	<b>Trastorno digestivo</b>	<b>Problemas de corazón MARCAPASOS</b>
<b>ANEMIA ASMA</b>	<b>ARTRITIS</b>	<b>CONTUSIÓN sarampión</b>	<b>CONVULSIONES Distrofia</b>	<b>EMBARAZADA / Fecha de vencimiento: _____</b>
<b>CÁNCER</b>	<b>VÉRTIGOS</b>	<b>alemán NERVIOSISMO</b>	<b>Muscular VENERREAL</b>	<b>COLESTEROL ALTO ALTA PRESIÓN ARTERIAL</b>
<b>NEURITIS</b>	<b>ENTUMECIMIENTO</b>	<b>Tuberculosis distintas: _____</b>	<b>enfermedad del seno SOLUCIÓN</b>	<b>REUMÁTICA FIEBRE DE LA ESCLEROSIS</b>
<b>EPILEPSIA</b>	<b>dolores de espalda</b>		<b>DE CIRUGÍA _____</b>	<b>MÚLTIPLE</b>

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo y acepto que las pólizas de seguros de salud y accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Por otra parte, entiendo que esta oficina preparará los informes y formularios necesarios para que me ayude en la toma de la colección de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada para ser pagado directamente a esta oficina será acreditado a mi cuenta después de recibirlo. Me permito esta oficina a las remesas co-emitido suyo, para el transporte de crédito a mi cuenta. Sin embargo, entiendo claramente y estoy de acuerdo que todos los servicios prestados me pagan directamente a mí y que yo soy personalmente responsable del pago. También entiendo que si suspender o terminar mi cuidado y tratamiento, cualquier tipo de honorarios servicios profesionales prestados conmigo será inmediatamente debido y pagadero. Esta es también una **Asignación de Beneficios** autorizar el pago directo al médico / instalación.

**PACIENTE SIGNATURE** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

**CÓNYUGE O TUTOR SIGNATURE** \_\_\_\_\_ **DATE** \_\_\_\_\_

⇒ Girar y reverso de la página completa si se ha producido una lesión accidental ⇐

## ACCIDENTAL INFORME DE LESIONES

(POR FAVOR LLENAR completamente como sea posible)

FECHA DE LA HORA DE ACCIDENT \_\_\_\_\_ ACCIDENT \_\_\_\_\_ AM / PM LUGAR \_\_\_\_\_ TIPO DE ACCIDENTES RELACIONADO AL TRABAJO \_\_\_\_\_  
 TRÁFICO SLIP / OTOÑO OTRAS \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE DÍAS perdidas de trabajo debido a ACCIDENT \_\_\_\_\_ DÍA (S)

### ACCIDENTE DE TRÁFICO

¿QUE TIPO DE VEHÍCULO ESTABA USTED EN: marca / modelo / AÑO \_\_\_\_\_ Eras CONDUCTOR

PASAJERO PEATONAL estimada del vehículo por daños de \$ \_\_\_\_\_

Si un pasajero, especifique su lugar dentro del automóvil: \_\_\_\_\_ número de pasajeros en el vehículo \_\_\_\_ ¿Fuiste al hospital? SI NO SI, DONDE?

\_\_\_\_\_ FUE SU vehículo en movimiento cuando ocurrió el accidente?

SI NO MPH? \_\_\_\_\_

¿Tuvo su vehículo pasó sobre otro vehículo (S)?

SI NO DONDE? \_\_\_\_\_

DID otro vehículo (S) HIT su vehículo?

SI NO DONDE? \_\_\_\_\_

DID ocurrió lo siguiente:

de despliegue del airbag

RETIRADO POR LA GRÚA

VEHÍCULO FLIP / SPIN

Fue el accidente reportado a la policía departamento?

SI Ningún incidente #: \_\_\_\_\_

Se emitieron multa de tráfico?

SI A QUIEN NO: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE SEGURO

¿Es usted o el vehículo usted estuvo en HAVE CAR SEGURO NO Sí (En caso afirmativo por favor complete el resto de la sección) COMPAÑÍA DE SEGUROS

\_\_\_\_\_ TELÉFONO # \_\_\_\_\_ EXPIRATION FECHA \_\_\_\_\_ TOMADOR DEL NOMBRE \_\_\_\_\_

POLÍTICA # \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO QUE seguro de salud tienen la DO

NO

Si (En caso afirmativo por favor complete el resto de la sección)

COMPAÑÍA DE SEGUROS \_\_\_\_\_ TELÉFONO # \_\_\_\_\_ EXPIRATION FECHA \_\_\_\_\_ TOMADOR DEL NOMBRE DE

IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO \_\_\_\_\_ # GRUPO # \_\_\_\_\_ otro seguro

DESCRIBIR accidente con Causa (S) y circunstancias que rodean

---



---



---

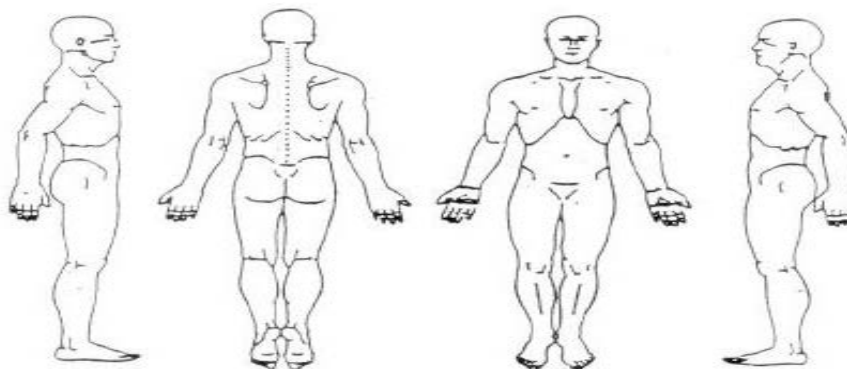


---



---

(Marque los símbolos apropiados que correlacionan a las zonas afectadas)



Dolor sordo (////////)

Stabbing / corte (>>>>)

Quemar (XXXXX)

Numb (=====)

Hormigueo (Pasadores y agujas) (+++++)

Calambres (:::: :)

Sharp (SSSSS)

# Complete Injury Centers

## Asignación de beneficios de causa de acción | Designación del Representante Autorizado

I, el paciente abajo firmante y / o la parte responsable, además de mi responsabilidad financiera personal continua, y en consideración de los servicios, tratamientos, terapias y / o medicamentos prestados o por ser asignados a **Complete Injury Centers c / o Complete Lesions Centers ("Clinic")**, los siguientes derechos, poder y autoridad:

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Por la presente autorizo a Clinic a divulgar información sobre mi condición y tratamiento a cualquier compañía de seguros, abogado o ajustador de seguros con el fin de procesar un reclamo de beneficios y pago de servicios, tratamientos, terapias y / o medicamentos que me proporcionó Clinic.

**ASIGNACIÓN IRREVOCABLE DE BENEFICIOS Y CAUSA DE ACCIÓN:** Por la presente, asigno y transmito irrevocablemente directamente a la Clínica, como mi representante autorizado designado, todos los beneficios del seguro, si los hubiera, que de otra manera me serán pagables por servicios, tratamientos, terapias y / o medicamentos prestados o provistos por la clínica. También asigno irrevocablemente a la Clínica todos los derechos, títulos e intereses sobre los beneficios pagaderos de cualquier acción o reclamo de terceros contra cualquier otra persona, entidad o compañía de seguros, y de cualquier recuperación bajo el Motorista sin seguro / Motorista con seguro insuficiente ( UM / UIM), pagos médicos o disposiciones de Protección contra lesiones personales (PIP) de cualquier póliza (s) de seguro de automóvil o cualquier otra (s) póliza (s) de seguro bajo las cuales pueda tener derecho a recuperarme. También asigno irrevocablemente a Clinic el derecho exclusivo a cualquier reclamo o causa de acción que exista a mi favor contra cualquier persona, entidad o compañía de seguros por los términos de la póliza, incluido el derecho exclusivo de recibir el pago por los servicios, hacer una demanda en mi nombre para el pago y enjuiciar cualquier reclamo o causa de acción con la que esté relacionado mi tratamiento en la Clínica. Además, prometo cooperar, proporcionar información según sea necesario, comparecer según sea necesario y ayudar en el enjuiciamiento de dichos reclamos de beneficios a pedido.

Con esta asignación y designación de representante autorizado, tengo la intención de transmitir a la Clínica todos mis derechos para reclamar los beneficios relacionados con los servicios, tratamientos, terapias y / o equipos médicos duraderos proporcionados por la Clínica, incluidos los derechos de cualquier acuerdo, seguro o aplicación. remedios legales o administrativos. El cesionario y / o el representante designado de Clinic me otorgan el derecho de (1) obtener información sobre el reclamo en la misma medida que yo; (2) presentar evidencia; (3) hacer declaraciones sobre hechos o leyes; (4) hacer cualquier solicitud, incluso proporcionar o recibir notificación de los procedimientos de apelación; (5) participar en cualquier acción administrativa y judicial y presentar reclamos o causas de acción o derecho contra cualquier parte responsable, compañía de seguros, plan de beneficios para empleados, plan de beneficios de atención médica o administrador del plan, según lo presente mi cesionario y mi representante autorizado designado demanda contra cualquier persona, entidad o compañía de seguros en su propio nombre con posición derivada a cargo de la Clínica.

Por la presente autorizo a Clinic a establecer un reclamo PIP o UM / UIM en mi nombre. También le indico a mi compañía de seguros que proporcione a la Clínica cualquier rechazo por escrito de la cobertura PIP o UM / UIM. Si mi proveedor no puede proporcionar dichos rechazos de manera oportuna, le asigno irrevocablemente a la Clínica mi derecho a recuperar niveles mínimos de cobertura de conformidad con el Código de Seguros de Texas §§ 1952.101 y 1952.152, y le doy instrucciones adicionales a mi proveedor para que pague hasta lo disponible limita directamente a la Clínica y para enviar todos los cheques o instrumentos financieros a 1930 E. Rosemeade Pkwy # 106, Dallas, Texas, 75007.

Si mis lesiones son el resultado de la negligencia o culpa de un tercero, entonces le pido a la compañía de seguros de responsabilidad civil que emita un giro por separado para pagar en su totalidad todos los servicios, tratamientos, terapias y / o medicamentos que la Clínica me prestó, pagadero directamente a Complete Injury Centers c / o Complete Injury Centers, LLC, y enviar el pago a 1930 E. Rosemeade Pkwy # 106, Dallas, Texas, 75007.

**PODER LIMITADO DEL ABOGADO:** Por la presente, otorgo a la Clínica el poder de endosar mi nombre sobre cualquier cheque, giro u otro instrumento negociable que represente el pago de cualquier compañía de seguros por servicios, tratamientos, terapias y / o medicamentos que la Clínica me haya prestado. Estoy de acuerdo en que cualquier pago de seguro que exceda los cargos por servicios, tratamientos, terapias y / o medicamentos prestados por Clinic se acreditará a mi cuenta o se enviará a mi dirección, previa solicitud por escrito a Clinic.

**FINALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN:** Por la presente, reconozco y entiendo que si no cumplo con las citas que me recomendó la Clínica, la clínica puede rescindir la responsabilidad de mi atención dentro de un período de tiempo razonable.

Una fotocopia de esta tarea se considerará válida, igual que si fuera la original.

HE LEÍDO Y COMPRENDO TOTALMENTE ESTE ACUERDO.

**Firmar:** \_\_\_\_\_ **Imprimir:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# Complete Injury Centers

## Certificación de

Con mi firma a continuación, certifico y certifico que el reclamo por lesiones personales que busco fue el resultado del accidente legítimo que ocurrió el \_\_\_\_\_.

Por la presente, reconozco que me ha informado Complete Injury Centers y Complete los Centros de Lesiones que es una violación de la ley federal y estatal afirmar falsamente que me lesioné o estuve involucrado en un accidente que de alguna manera se organiza o se configura con el propósito de presentar un reclamo fraudulento.

Además, con mi firma a continuación, reconozco que nadie ha venido a mi residencia o que se ha contactado de otra manera para informarme que debo o debo ir a esta clínica para recibir terapia debido al accidente en \_\_\_\_\_ que causó mi lesión.

Responsabilidad de/ cierre de sesión del paciente

Por la sesión

iniciopresente, reconozco que soy responsable de iniciar y. Durante el cierre de sesión, revisaré las modalidades de tratamiento que había recibido en esta oficina e instruiría a esta oficina para que actualice la factura de hoy para reflejar mi saldo actual. Si no cierro la sesión, acepto las modalidades de tratamiento e indico a esta oficina que actualice la factura de hoy para reflejar mi saldo actual.

Descargo de responsabilidad

Durante mi curso de tratamiento, si es médicamente necesario, mi médico puede referirme a otro proveedor médico / centro / centro de diagnóstico para evaluar, actualizar y continuar mi tratamiento. Entiendo que tengo el derecho de elegir cualquier proveedor médico / instalación / centro de diagnóstico que yo elija. Si no quiero ir al proveedor médico / centro / centro de diagnóstico al que me refirió mi médico, le indicaré que lo envíe a un lugar que yo elija. Entiendo que al ir al proveedor / centro médico / centro de diagnóstico, mi médico de referencia o el centro de tratamiento no son responsables de mi factura.

Complete Injury Centers, LLC tiene un acuerdo comercial con su centro de tratamiento. Complete Injury Centers, LLC no trata, diagnostica, da consejos médicos, ordena estudios de diagnóstico ni le cobra por su tratamiento. Por instrucción de su centro de tratamiento, Complete Injury Centers proporcionará servicios auxiliares tales como: soporte de facturación, cobro, mantenimiento de registros y lo que el centro de tratamiento considere necesario.

**Firmar:** \_\_\_\_\_ **Imprimir:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# Complete Injury Centers

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Los proveedores de atención médica deben informar a los pacientes sobre la naturaleza del tratamiento que se proporcionará, los riesgos y beneficios del tratamiento, y cualquier alternativa al tratamiento.

Hay algunos riesgos que pueden estar asociados con el tratamiento, en particular debe tener en cuenta:

- a. "Aunque es raro, algunos pacientes han experimentado fracturas de costillas o esguinces o distensiones musculares y de ligamentos después del tratamiento; si. Se han reportado casos raros de lesiones de disco después del ajuste de la columna cervical y lumbar, aunque ningún estudio científico ha demostrado que tales lesiones sean causadas, o puedan ser causadas, por la manipulación o el tratamiento de la columna vertebral o el tejido blando. do. Se han reportado casos de lesiones en una arteria vertebral luego de la manipulación de la columna ósea. Se sabe que las lesiones de la arteria vertebral causan un derrame cerebral, a veces con un daño neurológico grave, y pueden, en raras ocasiones, provocar parálisis o la muerte. La posibilidad de tales lesiones como resultado de la manipulación cervical es extremadamente remota;

La manipulación de tejidos blandos y óseos ha sido objeto de informes gubernamentales y estudios multidisciplinarios realizados durante muchos años y ha demostrado que es un tratamiento altamente efectivo de afecciones de la columna vertebral, incluido el dolor general y la pérdida de movilidad, dolores de cabeza y otros síntomas relacionados. El cuidado musculoesquelético contribuye a su bienestar general. **El riesgo de lesiones o complicaciones del tratamiento es sustancialmente menor que el asociado con muchos tratamientos médicos u otros tratamientos, medicamentos y procedimientos administrados para los mismos síntomas.**

Reconozco que he discutido lo siguiente con mi proveedor de atención médica:

- a. La condición que el tratamiento debe abordar; si. La naturaleza del tratamiento c. Los riesgos y beneficios de ese tratamiento; y d. Cualquier alternativa a ese tratamiento.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas sobre el tratamiento.

Doy mi consentimiento para los tratamientos ofrecidos o recomendados por mi proveedor de atención médica, incluida la manipulación de tejidos óseos y blandos. Tengo la intención de que este consentimiento se aplique a toda mi atención presente y futura con \_\_\_\_\_ (nombre del proveedor de atención médica).

Fechado este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

---

Firma del paciente (o tutor legal) Firma del testigo

---

Nombre en letra de imprenta

# Complete Injury Centers

COBERTURA PROTECCIÓN DE LESIONES PERSONALES

## SOLICITUD DE SOLICITUD DE VERIFICACIÓN / DECLARACIÓN

Fecha: \_\_\_\_\_ # Número de páginas de fax enviadas: Número de fax: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Ajustador Nombre: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_ # de póliza de seguro: \_\_\_\_\_

Nombre legal de la persona lesionada: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de pérdida: \_\_\_\_\_ Hora de pérdida: \_\_\_\_\_ Número de contacto AM / PM: \_\_\_\_\_

Informe policial archivado: Sí / No Nombre del departamento / Caso #: \_\_\_\_\_

Año / Modelo del vehículo involucrado: \_\_\_\_\_ Número de VIN: \_\_\_\_\_

### CÓDIGO DE SEGURO TÍTULO 10. SEGURO DE PROPIEDAD Y CASO SUBTÍTULO C. SEGURO DE AUTOMÓVIL CAPÍTULO 1952. DISPOSICIONES DE POLÍTICA Y FORMULARIOS DE SEGURO DE AUTOMÓVIL

**Sec. 1952.152.** SE REQUIERE COBERTURA DE PROTECCIÓN PARA LESIONES PERSONALES. (a) Una aseguradora no puede entregar o emitir para la entrega en este estado una póliza de seguro de responsabilidad civil de automóviles, incluida una póliza proporcionada a través de la Asociación del Plan de Seguros de Automóviles de Texas en virtud del Capítulo 21.51, que cubre la responsabilidad derivada de la propiedad, mantenimiento o uso de cualquier vehículo automotor a menos que la aseguradora brinde cobertura de protección contra lesiones personales en la póliza o sea complementaria a la póliza.

(b) La cobertura requerida por este subcapítulo no se aplica si algún asegurado nombrado en la póliza de seguro rechaza la cobertura por escrito. A menos que el asegurado nombrado solicite por escrito la cobertura requerida por este subcapítulo, el asegurador no está obligado a proporcionar esa cobertura o complementaria a una póliza de seguro restablecida o póliza de seguro de renovación si el asegurado nombrado rechazó la cobertura en relación con esa póliza de seguro o una póliza de seguro emitida previamente al asegurado por la misma aseguradora o por una aseguradora afiliada.

**RECHAZO POR ESCRITO:** Por la presente autorizo al médico / clínica mencionado anteriormente a establecer un reclamo PIP o UM en mi nombre. También le indico a mi compañía de seguros que proporcione, por solicitud al proveedor / clínica mencionada anteriormente, cualquier rechazo por escrito, ya que se aplican a mi falta de cobertura PIP o UM / UIM. Si mi compañía no puede proporcionar dichos rechazos en 15 días, reconozco que tengo derecho a niveles mínimos de cobertura, de acuerdo con la sección 1952.152pido a del Código de Seguros de Texas, y lemi compañía que pague hasta los límites disponibles directamente al médico / centro mencionado anteriormente, y para enviar todos y cada uno de los cheques o instrumentos financieros a 1930 East Rosemeade Pkwy # 106, Carrollton, Texas, 75007.

X Firma del paciente lesionado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Al firmar, me lastimo por un accidente automovilístico y Autoricé a Complete Injury Centers % Complete Injury Centers para establecer un reclamo PIP o UM / UIM en mi nombre. Esta también es una Cesión de Beneficios que paga directamente al proveedor / instalación. También autoricé a la compañía de seguros a solicitar registros médicos del proveedor perteneciente al reclamo PIP o UM / UIM.

X Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Envíe un fax a nuestra oficina al 214-853-5126, ya sea el número de reclamo PIP o una carta de rechazo por escrito. El tratamiento médico del paciente es urgente, por lo tanto, responder a esta carta es crucial para la atención del paciente.

# Complete Injury Centers

## AUTORIZACIÓN PARA AUSENCIA

RE: Lesión imprevista

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

I, Dr. \_\_\_\_\_, autorizo al paciente a tomar \_\_\_\_\_ día (s) debido a una lesión imprevista. El paciente estará fuera entre \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_. El paciente continuará buscando tratamiento en nuestra oficina. Tras la reevaluación se actualizará la condición del paciente.

El paciente **TENÍA UNA CITA** en mi consultorio el:  
\_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ AM PM

El paciente **ESTA CONFIGURADO PARA TENER UNA CITA** el: \_\_\_\_\_ A las \_\_\_\_\_ AM PM

El paciente **DEBE VOLVER A TRABAJAR CON LAS SIGUIENTES RESTRICCIONES**

**X = NO permitido LC = Capacidad limitada**

\_\_\_ Elevación: 0-25 lb \_\_\_ De pie \_\_\_ Alcanzando sobre la cabeza \_\_\_ Elevación: 26-50 lb \_\_\_ Escalada

\_\_\_ Empujando \_\_\_ Elevación: Más de 51 lb \_\_\_ Caminando \_\_\_ Tirando \_\_\_ Flexión \_\_\_ Rotación \_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Observaciones:

---

---

---

Si tiene alguna pregunta o inquietud, por favor no dude en hacerme alguna pregunta o inquietud. No dude en llamar a nuestra oficina.

\_\_\_\_\_ Doctor Autorizador