

FORMULARIO DE ADMISIÓN

Información Del Paciente

Nombre		Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)		Como te enteraste de nosotros?	
Dirección				Ciudad:	Código postal:
# De Contacto	Casa:	Móvil:	Correo Electrónico:		
Ocupación		Estado	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Unión De Hecho <input type="checkbox"/> Viudo
Contacto De Emergencia		Relación:	Móvil:		

Seguro De Automóvil **Seguro Médico**

Nombre del Seguro _____	Nombre del Seguro _____
Numero De Poliza _____	Numero De Poliza _____
Numero de telefono _____	Numero de telefono _____
Nombre De Ajustador _____	Nombre del titular de la poliza _____
Numero de reclamo _____	Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Numero De Ajustador _____	Relacion con el paciente:
Direccion Para Reclamos _____	<input type="checkbox"/> Yo Mismo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Esposo
Ciudad: _____ Estado: _____	
Codigo Postal _____	

Informacion Legal

Tienes un abogado para tu accidente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Bufete de Abogados:	Teléfono:
	Fax:

Historial Medico:

Cirugias Importantes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Lista:
Fracturas / Lesiones	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Lista:
Accidentes / Caidas Importantes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Lista:
Medicamentos / Vitaminas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Lista:

Consentimiento de Paciente

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Doy mi consentimiento voluntariamente para la prestación de atención, incluido el tratamiento y la realización de procedimientos de diagnóstico. Entiendo que estoy bajo el cuidado y supervisión del médico tratante y que es responsabilidad del personal seguir las instrucciones de dicho médico.

DIVULGACION DE INFORMACION: Al firmar este formulario, usted otorga su consentimiento al medical office para usar y divulgar su información de salud protegida con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información más detallada sobre cómo podemos usar y divulgar esta información de salud protegida. Tiene el derecho legal de revisar nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento y le recomendamos que lo lea en su totalidad.

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia del aviso revisado llamando a nuestra oficina al _____ Tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos la forma en que usamos y divulgamos su información de salud protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados por ley a aceptar su solicitud. Sin embargo, si decidimos aceptar su solicitud, estamos sujetos a nuestro acuerdo. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su información de salud protegida en base a su consentimiento.

MEDICARE Y CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACION: Yo Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII y/o Título de la Ley del Seguro Social es correcta. Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí a revelar a la Administración del Seguro Social o a sus proveedores intermediarios cualquier información necesaria para este o un reclamo relacionado de Medicare o Medicaid.

VERIFICACIÓN SIN EMBARAZO (Solo pacientes mujeres):

Al firmar este formulario, declaro que, a mi leal saber y entender, no estoy embarazada ni sospecho o confirmo un embarazo en este momento en particular. Fecha del último período menstrual _____

IMPRIMR NOMBRE DE PACIENTE: _____

FIRMA DE PACIENTE: _____

DISTINTO DEL PACIENTE, IMPRIMA NOMBRE Y RELACION (TESTIGO): _____

FIRMA DE ARCHIVO:

NOMBRE DE PACIENTE: _____

DIRECCION: _____

SSN#: _____

Autorizo el uso de este formulario en todas las presentaciones de Medicare/seguros privados y secundarios.

Autorizo la divulgación de cualquier información a Medicare/compañías de seguros privadas y secundarias para determinar los beneficios pagaderos por este servicio.

Entiendo que soy responsable de mi factura si no estoy cubierto por un seguro.

Entiendo que soy responsable de mi copago y deducible no cubiertos por Medicare/seguro primario y secundario.

Autorizo el pago directo al proveedor del servicio.

Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original.

FIRMA DE PACIENTE: _____

GAUDRIAN DEL PACIENTE(TESTIGO): _____

FECHA: _____

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma de Paciente o Representate: _____

Imprimir Nombre de Paciente or Representate: _____

Fecha: _____

Descripción de la autoridad del Representante Personal: _____

Pain X Ortho Specialists

POLITICA FINANCIERA DE LA OFICINA

Nuestra política es brindarle la cortesía de permitirle asignarnos su beneficio de seguro directamente. Esta póliza reduce sus gastos de bolsillo y le permite poner a su familia bajo cuidado.

1. Si no tienes seguro: Todos los pagos se esperan al momento del servicio o mediante un plan de pago autorizado. Hable con nuestros representantes para configurar un plan de pago.
2. Si tiene seguro: Todos los deducibles y copagos se esperan al momento del servicio o mediante un plan de pago autorizado. El saldo de su coseguro no puede exceder los \$100 o se puede cancelar la atención.

Nuestros planes de pago hacen que la atención sea una parte asequible de su presupuesto familiar.

Se le considera un paciente en efectivo hasta que trae sus formularios de seguro completos y calificamos y aceptamos su cobertura de seguro. No aceptamos asignaciones para compañías de seguros secundarias, pero estaremos encantados de proporcionarle un formulario de reclamo para su compañía de seguros secundaria.

Nuestras tarifas son consideradas habituales, habituales y razonables por la mayoría de las empresas y, por lo tanto, están cubiertas hasta la asignación máxima determinada por cada transportista. Esta declaración no se aplica a las empresas que reembolsan basándose en un cronograma arbitrario o tarifas que no tienen relación con la norma vigente en esta área.

Si su proveedor no ha pagado un reclamo dentro de los sesenta (60) días posteriores a la presentación, usted acepta tomar parte activa en la recuperación de su reclamo. Si su compañía de seguros no ha pagado dentro de los noventa (90) días posteriores a la presentación, usted acepta la responsabilidad del pago total de cualquier saldo pendiente y le autoriza a usar su tarjeta de crédito para cobrar el pago completo.

El abajo firmante acepta, ya sea como agente o paciente, que se obliga individualmente a pagar los servicios prestados de acuerdo con las tarifas y términos regulares de Pain X Ortho Specialists. The office will verificará los beneficios del seguro en nombre del paciente. La verificación no es garantía de pago. El agente/paciente es responsable de cualquier copago, deducible, coseguro y montos identificados por la aseguradora como responsabilidad del paciente. Se agregará una tarifa del 33% al saldo pendiente si el saldo pendiente se remite a cobro. Esta información se utilizará con el fin de evaluar y administrar los reclamos de beneficios. Además, acepto que una fotocopia de este acuerdo será tan válida como el original.

Si interrumpe la atención por cualquier motivo que no sea el alta del médico, todos los saldos vencerán inmediatamente y serán pagaderos en su totalidad, independientemente de cualquier reclamo presentado.

Imprimir Nombre del Paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Pain X Ortho Specialists

HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE				
Tiene alguno de los siguientes síntomas?	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza/Migraña <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Desmayos/Mareos <input type="checkbox"/> Entumecimiento/dolor en brazos/manos <input type="checkbox"/> Entumecimiento/dolor en piernas/pies <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Café _____ tazas/día	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja <input type="checkbox"/> Dolor entre hombros <input type="checkbox"/> Coxis doloroso <input type="checkbox"/> Problemas de los pies <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Articulaciones inflamadas <input type="checkbox"/> Dolor de cuello <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Náuseas/fiebre <input type="checkbox"/> Respiración dificultosa <input type="checkbox"/> Fumar _____ pkg/día	<input type="checkbox"/> Problemas para orinar <input type="checkbox"/> Problemas digestivos <input type="checkbox"/> Problemas intestinales <input type="checkbox"/> Ansiedad/ataques de pánico <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Reflujo ácido/úlceras <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Tos crónica <input type="checkbox"/> Alcohol _____ bev/week	
Lo tienes o lo has tenido alguna vez?	<input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Espondiloartritis anquilosante <input type="checkbox"/> Infección espinal <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Infarto de miocardio <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca/marcapasos <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/AIT/aneurisma <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre <input type="checkbox"/> Aneurisma aórtico abdominal <input type="checkbox"/> Angina de pecho	<input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria <input type="checkbox"/> Asma/bronquitis crónica <input type="checkbox"/> Enfermedad/problemas de tiroides <input type="checkbox"/> Enfermedad/problemas renales <input type="checkbox"/> Enfermedad/problemas hepáticos <input type="checkbox"/> Problemas de la piel <input type="checkbox"/> Trastorno psicológico <input type="checkbox"/> Fibromialgia/fatiga crónica	
Su familia tiene historial de alguno de los siguientes?	<input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Ataque <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Desórdenes de ansiedad <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Huntington	<input type="checkbox"/> Nefropatía <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Desorden digestivo <input type="checkbox"/> Trastorno de tiroides <input type="checkbox"/> Enfermedad mental

CUESTIONARIO DE HISTORIAL DE ACCIDENTES

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre: _____ DOB: _____ Fecha: _____
 Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____
 SS# _____ Sexo: Male Female Estado Civil: _____ ¿Cómo te enteraste de nosotros? _____
 Numero de Casa: _____ Movil: _____ Correo Electrónico: _____
 Empleador: _____ Ocupacion: _____
 ¿Has faltado días de trabajo? Si No Fechas Perdidas: _____
 Fecha del accident: _____ Hora del accident: _____
 Describe el accidente con tus propias palabras: _____

 Que era usted: Conductor Pasajero Delantero Pasajero Trasero Peatonal Ciclista

SITIO DEL ACCIDENTE

Nombre de la carretera/calle: _____
 Ciudad/Estado: _____
 Condiciones de conducción: Seco Humedo
 _____ Helado Otro
 Visibilidad: Pobre Justo Bien Otro
 ¿Estaba su vehículo en movimiento?: Si No
 Velocidad de su vehículo: _____ mph

TU VEHICULO

Marca/Modelo de tu coche: _____
 ¿Estabas usando el cinturón de seguridad?
 Si No
 ¿Se usaron arneses para los hombros? Si No
 ¿Se infló la bolsa de aire?: Si No
 ¿Tu asiento tenía reposacabezas? Si No
 En caso afirmativo, ¿cuál era la posición del reposacabezas?
 La parte superior del reposacabezas está nivelada con la parte inferior de la cabeza
 Parte superior del reposacabezas a la altura de la parte superior de la cabeza
 Parte superior del reposacabezas a la altura de la mitad de la cabeza.

OTRO VEHICULO

Marca/modelo otro vehículo: _____
 Velocidad de otro vehículo: _____ mph

IMPACTO

¿Su automóvil impactó a otro vehículo?: Si No
 ¿Su cuerpo golpeó algo dentro del vehículo? No Yes
 Si respondio si, explica:

 Tipo de impacto: Frente Trasero Izquierda Derecha
 _____ Otro
 ¿Cómo estabas sentado antes del impacto?
 Dirígete hacia adelante Cuerpo recto
 Cabeza arriba/abajo Cuerpo rotado derecha / izquierda
 Cabeza girada hacia la derecha/izquierda Otro _____
 ¿Viste venir el accidente?: No Si
 ¿Te preparaste para el impacto?: No Si
 ¿Tu auto estaba frenando?: No Si

ILLUSTARACION DEL ACCIDENTE

Pain X Ortho Specialists

CONDICIÓN DEL PACIENTE

¿Quedó inconsciente después del accidente? Si No En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? _____

¿Podrías mover todas las partes de tu cuerpo? Si No Si no, ¿qué partes no pudiste mover y por qué? _____

¿Pudiste salir del coche y caminar sin ayuda? Si No Si no, ¿por qué no? _____

¿Se te hizo algún corte sangrante? Si No ¿Si sí, donde? _____

¿Te salió algún moretón? Si No ¿Si sí, donde? _____

Por favor describe cómo te sentiste 1. ¿Inmediatamente después del accidente? _____

2. ¿Mas tarde ese dia? _____

3. ¿El día siguiente? _____

TRATAMIENTO

¿Fuiste al hospital inmediatamente después del accidente? Si No

¿Cómo llegaste allí? Ambulancia Policia Alguien mas me llevo Maneje mi propio auto

¿Cuándo fuiste? Inmediatamente después del accidente Día siguiente 2 días o más después del accidente

Nombre del hospital: _____ Nombre del doctor: _____

Tratamiento recibido: _____

Medicamentos administrados: _____

Te tomaron radiografías/MRI: _____

¿Buscó algún tratamiento adicional? Si No Si es sí, ¿a quién viste? _____

¿Fecha de visita? _____ Tratamiento recibido: _____

SÍNTOMAS

Si ha tenido alguno de los siguientes síntomas desde el accidente, marque:
Califique cada síntoma con un número en una escala del 0 al 10, siendo 10 el peor.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de barzo/hombro _____ | <input type="checkbox"/> Entumecimiento de pies/dedos _____ | <input type="checkbox"/> Mareos _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda inferior _____ | <input type="checkbox"/> Rigidez en el cuello _____ | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello _____ | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza _____ | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda superior _____ | <input type="checkbox"/> Irritabilidad _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de mandíbula _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho _____ | <input type="checkbox"/> Náuseas _____ | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pierna _____ | <input type="checkbox"/> Malestar estomacal _____ | <input type="checkbox"/> Visión borrosa _____ |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento de manos/dedos _____ | <input type="checkbox"/> Dolor en el coxis _____ | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar _____ |

Historial de salud: Ninguno relacionado con quejas actuales Hospitalizado Cirugía
 Otros accidentes automovilísticos Accidente laboral Enfermedad

Describir la condición y el tratamiento: _____

Pain X Ortho Specialists

CESION DE BENEFICIOS Y PODER NOTARIAL LIMITADO

Nombre Del Paciente: _____

Fecha Del Accidente: _____

Le asigno irrevocablemente a usted, mi proveedor médico, todos mis derechos y beneficios bajo mi contrato de seguro para el pago de los servicios que me prestó. Le autorizo a presentar reclamos de seguro en mi nombre por los servicios que me brindó y esto incluye específicamente la presentación de arbitraje/litigio en su nombre en mi nombre contra el proveedor de salud o PIP. Le autorizo irrevocablemente a contratar un abogado de su elección en mi nombre para el cobro de sus facturas. Ordeno que todo pago médico reembolsable vaya directamente a usted, mi proveedor médico. Le autorizo a actuar en mi nombre. Doy mi consentimiento para que usted actúe en mi nombre a este respecto y con respecto a mi cobertura de seguro médico general de conformidad con el “proceso de apelación de denegación de beneficios” establecido en el Código de Administración de Nueva Jersey.

En caso de que la compañía de seguros responsable de realizar los pagos médicos en el asunto no acepte mi asignación se considerará inválida. Ejecuto este poder notarial limitado/especial y nombro y autorizo a su abogado de cobranzas como mi agente y abogado para cobrar el pago de su servicio médico directamente contra la aseguradora en este caso, incluida la presentación de una demanda de arbitraje en mi nombre o en su nombre como abogado médico. proveedor que me presta servicios y designar a su abogado de cobranza de hecho. Además, le otorgo un poder notarial limitado a usted como mi proveedor médico para recibir y cobrar directamente de la compañía de seguros el dinero que se le debe por los servicios prestados en este asunto, y por la presente instruyo a la compañía de seguros a que le pague directamente cualquier dinero que se le deba por los servicios médicos. me rendiste.

Autorizo a usted y a su abogado a obtener información médica sobre mi condición física para cualquier otro proveedor de atención médica, incluidos hospitales, centros de diagnóstico, etc., y autorizo específicamente a dicho(s) proveedor(es) de atención médica a revelar toda esa información sobre mi , incluidos informes médicos, informes de rayos X, informes narrativos y cualquier otro informe o información sobre cualquier condición física.

Firma Del Paciente: _____

Fecha: _____

Pain X Ortho Specialists

TO: ABOGADA(O): _____

RE: PACIENTE _____

FECHA DEL ACCIDENTE: _____

INFORMES MEDICOS Y GRAVAMEN DEL MEDICO

Por la presente autorizo a la clínica mencionada anteriormente a proporcionarle a usted, mi abogado, un informe completo del examen, diagnóstico, pronóstico, etc. relacionado con mí con respecto a mi causa de acción por lesiones personales.

Por la presente autorizo y le ordeno a usted, mi abogado, que pague directamente a dicho médico/clínica las sumas que se le deban a dicho médico/clínica por los servicios médicos que me prestó por motivo de esta causa de acción por lesiones personales y por cualquier otra factura a dicho médico/clínica y retener dichas sumas de mi acuerdo, sentencia o veredicto sean necesarias para proteger adecuadamente a dicho médico/clínica. Por la presente, además, creo irrevocablemente un gravamen sobre mi sentencia o veredicto que se le puede pagar a usted, a mi abogado o a mí como resultado de las lesiones tratadas o las lesiones relacionadas con el presente.

Yo entiendo plenamente que soy directa y totalmente responsable ante dicho médico/clínica por todas las facturas médicas que presente la clínica por los servicios que me prestó y que este acuerdo se realiza únicamente para la consideración de protección adicional de dicho médico/clínica de dicho médico/clínica en espera de pago y en el caso de que yo asigne este caso a otra persona que no sea signataria del presente. Entiendo que todo el dinero adeudado a dicho médico/clínica será pagadero a mí.

ENTIENDO QUE ESTO ES UN GRAVÁMEN Y CESIÓN IRREVOCABLE

FECHA: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE Y DIRECCION: _____

El abajo firmante, abogado registrado del paciente mencionado anteriormente, acepta por la presente observar todos los términos y acepta retener cualquier pago sobre dichas sumas de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto que pueda proteger adecuadamente a dicho médico/clínica antes mencionada.

Además, acepto notificar a dicha clínica dentro de diez (10) días en caso de que el paciente (mi cliente) sea asignado a otro consejo.

FECHA: _____ FIRMA DE ABOGADO: _____

NOMBRE DEL ABOGADO Y DIRECCION: _____

AL ABOGADO: Por favor escribe la fecha y devuelva una copia al médico/clínica indicada anteriormente de inmediato; el tratamiento puede continuar según el gravamen que contiene este documento.

Pain X Ortho Specialists

Aviso de Inicio de Tratamiento Medico ("Carta de Aviso de 21 Dias") Solicitud De Consentimiento Para La Cesion

Por favor acepte este documento como nuestra solicitud formal de su consentimiento para nuestra cesión adjunta de beneficios/derechos ejecutada por nuestro paciente en este asunto. Si no recibimos noticias tuyas de lo contrario dentro de los 3 días hábiles, asumiremos que contamos con su consentimiento. Aceptamos cumplir con los términos de su póliza de seguro, incluidos los requisitos de su plan de precertificación, y no facturaremos el saldo al paciente cuando se niegue la cobertura de manera apropiada o los cargos se reduzcan adecuadamente de acuerdo con la ley de Nueva Jersey y cualquier disposición válida de su plan de precertificación plano de certificación.

Nombre y direccion del paciente:

Nobre y direccion del asegurado (Si Es Diferente):

Nombre y direccion de la compania de seguro: _____

Fecha del primer tratamiento: _____

Fecha del accidente/Lesion: _____

Numero de Poliza: _____

Numero de Reclamo: _____

TAX ID# _____

**New Jersey Application for Benefits
Personal Injury Protection**

Date:		Type of Claim:		Date of Accident:		Claim Number:	
Your Name:			Gender:	Phone Nos.: Home: Mobile:			
Your Address:			Date of Birth:	Social Security No.:			
Your Previous Address:							
Date of Accident:			Time of Accident:		Place of Accident:		
Brief Description of Accident:							
Do you or any member of your household own a vehicle? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Were you the driver of the vehicle?		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Name of Insurance Company: «F19»				Were you a passenger in the vehicle?		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Do you have health insurance? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Were you a pedestrian?		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Name of Insurance Company: «F20»				Are you a member of vehicle's owners household?		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
As a result of this accident, were you injured? Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If your answer is "Yes," complete the remainder of this form. If "No," sign here and return this form to us.							
Signature: _____				Date: _____			
Describe your injury:							
Were you treated by a doctor? Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Doctor's Name and Address:				
If you were treated in a hospital, were you Inpatient? <input type="checkbox"/> Outpatient? <input type="checkbox"/>			Hospital's Name and Address:				
Amount of Medical Bills to Date: \$		Will you have more medical expenses? Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	At the time of your accident, were you in the course of your employment? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Did you lose wages or salary as a result of your injury? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, Amount loss to date:		What is your average weekly wage or salary?
Date Disability from work began:				Date you returned to work:			
Have you received or are you eligible for benefits under:				Yes		No	
(1) Any Worker's Compensation Law?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
(2) Employees' Temporary Disability Benefit Statute?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
(3) Medicare?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
				If yes, amount: \$		Per week <input type="checkbox"/> Per month <input type="checkbox"/>	
				If you are a Medicare beneficiary, enter your Health Insurance Claim Number: (HICN)			
List names and Address of your employer and other employers for one year prior to accident date and give occupation and dates of employment:							
Employer & Address			Occupation			Dates: From - To	
As a result of your injury, have you had any other expenses? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If your answer is "Yes," please explain:							
Signature: _____				Date: _____			
Authorization for Medical Information							
This authorization or photocopy hereof, will authorize you to furnish all information you may have regarding my condition while under your observation or Treatment, including the history obtained, X-ray and physical findings, diagnosis and prognosis. You are authorized to provide this information in accordance with the Personal Injury Protection Benefit Law.							
Signature: _____				Date: _____			
Authorization for Medical Information							
This authorization or photocopy hereof, will authorize you to furnish all information you may have regarding my wage or salary while employed by you. You are authorized to prove this information in accordance with the Personal Injury Protection Benefits Law.							
Signature: _____				Date: _____			
Social Security Number: «F13»							
"Any person who knowingly files a statement of claim containing any false or misleading information is subject to criminal and civil penalties."							