



**BEAR**  
**302-544-5421**

**DOVER**  
**302-264-9770**

**WILMINGTON**  
**302-777-5551**

**BILLING**  
**856-422-9234**

### **Terminos de aceptación**

Cuando un paciente busca cuidado quiropráctico y nosotros aceptamos a un paciente para dicha atención, es esencial que ambos trabajen hacia el mismo objetivo. El cuidado quiropráctico tiene un solo objetivo. Es importante que cada paciente comprenda tanto el objetivo como el método que se utilizará para lograrlo. Esto evitará confusiones y desiluciones.

**Ajuste quiropráctico** Un ajuste, es la aplicación específica de fuerza para facilitar la corrección del cuerpo en la subluxación vertebral. Nuestro método quiropráctico de corrección es mediante ajustes específicos de la columna.

**Salud** Un estado de bienestar físico, mental y social óptimo, no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia.

**Complejo de subluxación vertebral** Una desalineación de una o más de las 24 vértebras de la columna vertebral que causa alteración de la función nerviosa e interferencia en la transmisión de impulsos mentales, lo que resulta en una disminución de la capacidad innata del cuerpo para expresar su máximo potencial de salud.

No diagnosticaremos ni trataremos ninguna enfermedad o afección que no sea el complejo de subluxación vertebral. Sin embargo, si durante el curso de un examen espinal quiropráctico, encontramos hallazgos inusuales o no quiroprácticos, le informaremos. Si desea asesoramiento, diagnóstico o tratamiento para esos hallazgos, le recomendaremos que busque los servicios de un proveedor de atención médica que se especialice en esa área.

Independientemente de cómo se llame la enfermedad, no ofrecemos tratarla. Tampoco ofrecemos asesoramiento sobre tratamientos prescritos por terceros. **Nuestro único objetivo de práctica** es eliminar una interferencia importante en la expresión de la subluxación vertebral del cuerpo. Nuestro único método es el ajuste específico para corregir las subluxaciones vertebrales.

He leído y entendido completamente las declaraciones anteriores. Todas las preguntas sobre los objetivos del médico relacionados con mi atención en esta oficina han sido respondidas a mi completa satisfacción. Por lo tanto, acepto la atención quiropráctica.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **Consentimiento de ajuste y tratamiento para menores**

Yo, \_\_\_\_\_ madre/padre o tutor legal de \_\_\_\_\_ he leído y entendido completamente los términos de aceptación anteriores y por la presente otorgo permiso para que mi hijo/a reciba atención quiropráctica.

### **Asignación de beneficios y Poder Notarial de LTD**

Le cedo irrevocablemente a usted, mi proveedor médico, todos mis derechos y beneficios bajo mi contrato de seguro para el pago de los servicios prestados. Le autorizo a presentar reclamaciones de seguros en mi nombre por los servicios prestados y esto incluye específicamente la presentación de arbitraje/litigio en su nombre bajo mi nombre contra el proveedor del PIP/proveedor de atención médica. Le autorizo irrevocablemente a contratar a un abogado de su elección en mi nombre para el cobro de sus facturas. Ordeno que todos los pagos médico reembolsables vayan directamente a usted, mi proveedor médico.

Como proveedor médico, acepto cumplir con el plan de revisión/precertificación de decisión de la aseguradora de PIP. Si no cumplo con lo mismo, en consideración al consentimiento del transportista para esta cesión.

En caso de que la compañía de seguros responsable de hacer los pagos médicos en este asunto no acepte mi asignación, o mi asignación sea impugnada o considerada inválida, ejecuto este poder notarial limitado/especial y nombro y autorizo a su abogado de cobranza como mi agente y abogado, para cobrar el pago de sus servicios médicos directamente contra la otra parte en este caso en mi nombre, incluida la presentación de una demanda o demanda de arbitraje. Autorizo específicamente a ese abogado a presentar una demanda directamente contra la otra persona en mi nombre o en su nombre como proveedor médico que me presta servicios y designar a su abogado de cobranza como mi abogado de hecho. Además, le otorgo un poder notarial limitado como mi proveedor médico para recibir y cobrar directamente de la compañía de seguros el dinero que se le adeude por los servicios prestados a mí en este asunto, y por la presente le indico a la compañía de seguros que le pague directamente cualquier dinero que le adeude por concepto de servicios médicos prestados.

Autorizo a usted y a su abogado a obtener información médica sobre mi condición física de cualquier otro proveedor de atención médica, incluidos hospitales, centros de diagnóstico, etc., y autorizo específicamente a dichos proveedores de atención médica a divulgarle toda esa información sobre mí, incluido informes médicos, informes de rayos X, informes narrativos y cualquier otro informe o información sobre mi condición física.



**BEAR**  
**302-544-5421**

**DOVER**  
**302-264-9770**

**WILMINGTON**  
**302-777-5551**

**BILLING**  
**856-422-9234**

---

Patient Signature

---

Date