BIENVENDO

1 uno

DATOS PERSONALES

Fecha: ___/___/___ Número de Archivo: _____

Nombre: _____

Alias: _____ ❑ Masculino ❑ Femenino

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____

#Seguro Social (#SS): _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: _____ Otros #'s: _____

¿Quién le recomendó esta Oficina? _____

Empleador: _____ Desde Cuando: _____

Dirección del Trabajo: _____

Ciudad Estado Código Postal

Su Posición: _____

Teléfono del Trabajo: _____

Estado Civil: ❑ Soltero(a) ❑ Casado(a) ❑ Divorciado(a) ❑ Separado(a) ❑ Viudo(a)

Nombre de su Conyuge: _____

E-Mail Address:

2 dos

INFORMACION DE SU SEGURO

Nombre de la Compañia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

#SS del asegurado(a): _____

#Del (Grupo, Plan, Local, o Póliza): _____

Nombre del Asegurado(a): _____

Parentesco: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Empleador del Asegurado(a): _____

Por favor, informenos sobre seguro secundario.

3 tres

LA RAZON DE SU VISITA

La razón de su visita es por consequencia de:
❑ Trabajo ❑ Deporte ❑ Accidente de auto ❑ Trauma ❑ Condición Crónica

Por favor, explique: _____

Describa el dolor y donde lo siente: _____

¿Cuando Ocurrió? ___/___/___

¿Su malestar ha empeorado? ❑ Sí ❑ No ❑ Es Constante ❑ Va y Viene

Este malestar está interfiriendo con (por favor marque): trabajo, al dormir, en su rutina diaria.

¿Ha sufrido esta concidión o algo similar en el pasado? ❑ Sí ❑ No

Explique: _____

¿Un médico lo ha tratado por esta condición? ❑ Sí ❑ No

¿Que médico? _____

Donde: _____

¿Ha sido atendido por un quiropráctico anteriormente? ❑ Sí ❑ No

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____

CONTINUA AL DORSO

4 cuatro

EN CASO DE EMERGENCIA

Llamar a: _____

Parentesco: _____

Teléfono de la Casa: _____ Y del trabajo: _____

Nombre de su doctor: _____ Teléfono: _____

5 cinco

HISTORIA MEDICA

Que Medicamentos está Tomando: ❑ Píldoras para los nervios

❑ Analgésicos (Incluyendo aspirina) ❑ Relajantes de músculos ❑ Estimulantes

❑ Anti-Coagulantes ❑ Tranquilizantes ❑ Insulina ❑ Otros _____

¿Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?

❑Paro Cardiaco/Ataque Cerebral	❑Cirugía del corazón/Marca Paso	❑Murmullo del corazón
❑Enfermedad congénita del corazón	❑Prolapso de la válvula Mitral	❑Válvulas artificiales
❑Abuso de drogas/alcohol	❑Enfermedades Venéreas	❑Hepatitis
❑SIDA/HIV+	❑Herpes Zoster o Culebrilla	❑Cáncer
❑Frecuentes dolores de cuello	❑Enfisema/Glaucoma	❑Anemia
❑Presión arterial alta o baja	❑Problemas Siquiatricos	❑Fiebre Reumática
❑Dolor de cabeza, frecuente/severo	❑Problemas Renales	❑Ulceras/Colitis
❑Desmayos/Convulsiones/Epilepsia	❑Problemas de sinusitis	❑Asma
❑Diabetes/Tuberculósis	❑Dificultad para respirar	❑Quimoterapia
❑Problemas de la espalda	❑Huesos o coyunturas artificiales	❑Artritis

Enumere otras condiciónes que tenga o haya tenido: _____

Enumere sus alergias: _____

Enumere previas operaciónes/tratamientos y fechas: _____

Enumere accidentes serios, y fecha del suceso: _____

Historia Médica Familiar: _____

¿Usted fuma? ❑ No ❑ Sí ¿Cuanto? _____ ¿Desde cuando? _____

¿Usa calzado ortopédico? _____

¿Cuantos años tiene su colchón? _____ ¿Es cómodo? ❑ Sí ❑ No

PARA MUJERES: ¿Toma la pildora anticonceptiva? ❑ Sí ❑ No

¿Está embarazada? ❑No ❑Sí/¿Cuántos meses? ____ ¿Está Lactando? ❑Sí ❑No

6 seis

SU CUENTA

Persona Encargada de la Cuenta

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

#SS: _____

#de Licencia: _____

Teléfono del Trabajo: _____

Como Desea Pagar: ❑ Efectivo ❑ Cheque

_____ ____/____

❑Tarjeta de Crédito (si es aceptada)

_____ FIRMA Autorizo que asignaciones, de mis beneficios y derechos del seguro, vayan directamente al proveedor de los servicios prestados (si esto se ofrece en ésta oficina).

- Le invitamos a aclarar cualquier inquietud relacionada con nuestro servicio. El mejor servicio se basa en un entendimiento mutuo y sincero entre el paciente y el proveedor.
- Si ningún acuerdo se ha previsto, nuestra oficina requiere que los servicios rendidos sean pagados en su totalidad al termino de la visita. Si su cuenta no ha sido pagada dentro de 90 días de la fecha del servicio y ningún arreglo financiero se ha establecido. Usted será responsable por gastos legales o gastos por agencia de cobro u otros gastos que se ocasionen.
- Autorizo al personal a realizar cualquier servicio necesario durante el diagnóstico y tratamiento. Además, autorizo al proveedor, o otra agencia de salud, suplir cualquier información requerida para procesar el seguro.
- Tengo pleno conocimiento de la información anterior y garantizo que es completa y correcta en mi entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico.

Firma _____ Fecha ____/____/____

PLEASE RECYCLE SO THAT WE MAY PRESERVE THE HEALTH OF OUR PLANET.

First Impression Forms, Inc. 1-800-99FORMS FORM # 1SMCA1 copyright ©1998

ACCIDENTE DE AUTOMÓBIL/ O EN EL EMPLEO

1 uno

DATOS PERSONALES

Fecha: ___/___/___ Número de Archivo: _____

Nombre: _____

2b dos b

ACCIDENTE EN EL TRABAJO

Fecha y hora del accidente: _____ ❑ a.m. ❑ p.m.

¿Fué su accidente directamente relacionado con el trabajo? . . . . . ❑ Sí ❑ No

En breve, describa lo occurrido antes y durante el accidente:

_____

_____

_____

Dé la dirección donde ocurrió el accidente (sí es diferente a la del lugar del trabajo): _____

_____

¿Estuvo alguien presente cuando ocurrió el accidente? ❑ Sí ❑ No

¿Reportó el accidente a sus superiores o al jefe? ❑ Sí ❑ No

¿Qué recomendaciones le sugirieron sus superiores después del accidente? _____

_____

¿Ha tenido usted accidentes parecidos a éste? ❑ Sí ❑ No

¿Sabe usted si ésta clase de accidentes han sucedido anteriormente? . . . . . ❑ Sí ❑ No

En general:

¿Físicamente, le produce su trabajo estress? ❑ Sí ❑ No

¿Mentalmente, le produce su trabajo estress? ❑ Sí ❑ No

¿Es ruidoso el sitio donde trabaja? . . . . . ❑ Sí ❑ No

¿Ha cambiado de trabajo este último año? . . . ❑ Sí ❑ No

2a dos a

ACCIDENTE DE AUTOMOBIL

Fecha y hora del accidente: _____ ❑ a.m. ❑ p.m.

Era usted el: ❑ Conductor ❑ Pasajero asiento de adelante ❑ Pasajero asiento de atrás

Si hubo una violación de tráfico, ¿quién recibió la citación?

_____

¿Cuantas personas iban en el vehículo accidentado? ____

¿La policía visitó el lugar del accidente? . . . . . ❑ Sí ❑ No

¿Sabe sí la policía llenó un reporte de lo occurrido? ❑ Sí ❑ No

¿Hubo testigos? . . . . . ❑ Sí ❑ No

¿Tenía el cinturón de seguridad abrochado? . ❑ Sí ❑ No

¿Tenía el vehículo bolsas de aire? . . . . . ❑ Sí ❑ No

Si las tenía, ¿se inflaron? . . . . . ❑ Sí ❑ No

En relación a la base de su cráneo, ¿donde estaba la cabecera de su asiento? ❑ Alta ❑ Baja ❑ A la base de su cráneo.

¿Contra que se accidento? ❑ Otro vehículo ❑ Otro

Sí es otro, explique: _____

¿Se golpeo alguna parte de su cuerpo con el vehículo? ❑ Sí ❑ No

En caso de golpe, por favor describa: _____

_____

Marca y modelo del vehículo que usted ocupaba:

_____

Nombre del área o calle en que usted viajaba:

_____

¿En que dirección se dirijía usted? ❑ N ❑ S ❑ E ❑ O

¿Cuál era la velocidad aproximada de su vehículo? ____

¿En que lugar fué impactado su vehículo? ❑ Frente ❑ Detrás ❑ Lado derecho ❑ Lado Izquierdo ❑ Otro

Durante el impacto, usted estaba mirando a: ❑ la derecha ❑ izquierda ❑ hacia adelante

¿Usted ❑ se dió cuenta o ❑ fué sorprendido por el impacto?

Sí hubo otro vehículo involucrado en este accidente...

Marca y modelo del otro vehículo: _____

_____

Dirección en que ese otro vehículo se dirijía: ❑ Norte ❑ Sur ❑ Este ❑ Oeste

Velocidad de ese otro vehículo: _____

En sus propias palabras, por favor describa el accidente:

_____

_____

_____

CONTINUA AL DORSO

3 tres

DESPUES DE LA LESION

¿Cayó usted inconsiente? . . . . . ❑ Sí ❑ No

Sí respondió que sí, ¿por cuanto tiempo?_____

Por favor describa como se sintió inmediatamente después del accidente: _____

_____

Fué usted al hospital o ha visto algún doctor después del accidente? . . . . . ❑ Sí ❑ No

¿Cuando fué? ❑ Inmediatamente ❑ Al próximo día ❑ Después de dos días

Como llegó al hospital o al doctor ❑ Ambulancia ❑ Transporte particular

Nombre del hospital y del doctor que le atendió:_____

_____

El título del doctor es: ❑ D.C. ❑ M.D. ❑ D.O. ❑ D.D.S.

Describa los tratamientos que recibió, si alguno: _____

_____

¿Le tomaron radiografías? . . . . . ❑ Sí ❑ No

¿Le prescribieron medicamentos? . . . . . ❑ Sí ❑ No

¿Ha podido trabajar después del accidente? . ❑ Sí ❑ No

¿Tiene usted impedimentos en su trabajo a consecuencia de la lesión? . . . . . ❑ Sí ❑ No

Indique ☑ los sintomas que han resultado de éste accidente:

❑ Vértigo	❑ Insomnio	❑ Problemas de la mandíbula	❑ Náuseas
❑ Desmemoriado	❑ Irritabilidad	❑ Dolor en brazos/hombros	❑ Dolor de espalda
❑ Dolor de cabeza	❑ Fatiga	❑ Dedos/Manos insensibles	❑ Dolor en la espalda baja
❑ Visión borrosa	❑ Tensión	❑ Dolores en el pecho	❑ Espalda rígida
❑ Zumbido en los oídos	❑ Dolor en el cuello	❑ Respiración corta	❑ Dolor de piernas
❑ Trimbre en los oídos	❑ Cuello rígido	❑ Malestar de estómago	❑ Pies/dedos insensibles

❑ Otros _____

¿Su condición ha empeorado?

❑ Sí ❑ No ❑ Es constante ❑ Va y viene

Indique el nivel de dolor cuando hace alguna de las siguientes actividades:

	Cómodo	Incómodo Aunque sea esporadico	Doloroso
Acostado boca arriba	❑	❑	❑
Acostado de lado	❑	❑	❑
Acostado boca abajo	❑	❑	❑
Sentado	❑	❑	❑
Parado	❑	❑	❑
Estirandose	❑	❑	❑
Relación Sexual	❑	❑	❑
Caminando	❑	❑	❑
Corriendo	❑	❑	❑
Haciendo deportes	❑	❑	❑
Trabajando	❑	❑	❑
Levantando algo	❑	❑	❑
Inclinandose o doblandose	❑	❑	❑
Arrodillandose	❑	❑	❑
Jalando	❑	❑	❑
Alcanzando	❑	❑	❑

¿Ha contratado a un abogado? ❑ No ❑ Sí

Nombre:_____

y número de teléfono: _____

4 cuatro

RECUPERACION

Para poder evaluar el efecto que regresar a su trabajo le causaría a su recuperación, por favor responda a estas preguntas.

¿Cuantas horas al día trabaja? _____

Por favor indique con ☑ las actividades que usted normalmente hace en su trabajo.

❑ Esta de pie	❑ Conduce	❑ Usa maquinaria
❑ Esta sentado	❑ Gira su cuerpo	❑ Trabaja con las manos elevadas
❑ Camina	❑ Gatea/arrastra	❑ Escribe a máquina
❑ Levanta	❑ Inclinarse/doblarse	❑ Agachado

❑ Otros _____

¿En que posiciónes puede trabajar con un minímo esfuerzó físico y por cuanto tiempo?_____ ❑ N/A

Antes de lesionarse, ¿podia usted trabajar igual que otras personas de su edad? . . . . . ❑ Sí ❑ No ❑ N/A

¿Trabaja usted con personas que puedan ayudarle levantar cosas pesadas? . . . . . ❑ Sí ❑ No ❑ N/A

Mientras se recupera, ¿hay algún trabajo suave que pueda usted solicitar? . . . . . ❑ Sí ❑ No ❑ N/A

5 cinco

SEGURO ADICIONAL

Seguro secundario o seguro de Automóvil

Clase de seguro:_____

Nombre de la compañía:_____

Direccion:_____

de teléfono:_____

Nombre del asegurado(a):_____

de póliza:_____ # de este reclamo:_____

#SS del asegurado(a):_____

Fecha de nacimiento del asegurado(a):_____

Empleador del asegurado(a):_____

Nombre del agente de seguros:_____

Sí alguna información médica o financiera a cambiado, por favor informe a nuestro personal.

Recuerde que usted es últimamente responsable por su cuenta.

_____ Firma ____/____/____ Fecha

Solo para uso interno Solo para uso interno **Solo para uso interno** Solo para uso interno **Solo para uso interno**

_____

_____

First Impression Forms, Inc 1-800-99FORMS FORM # 2SCAWA1 copyright © 1998

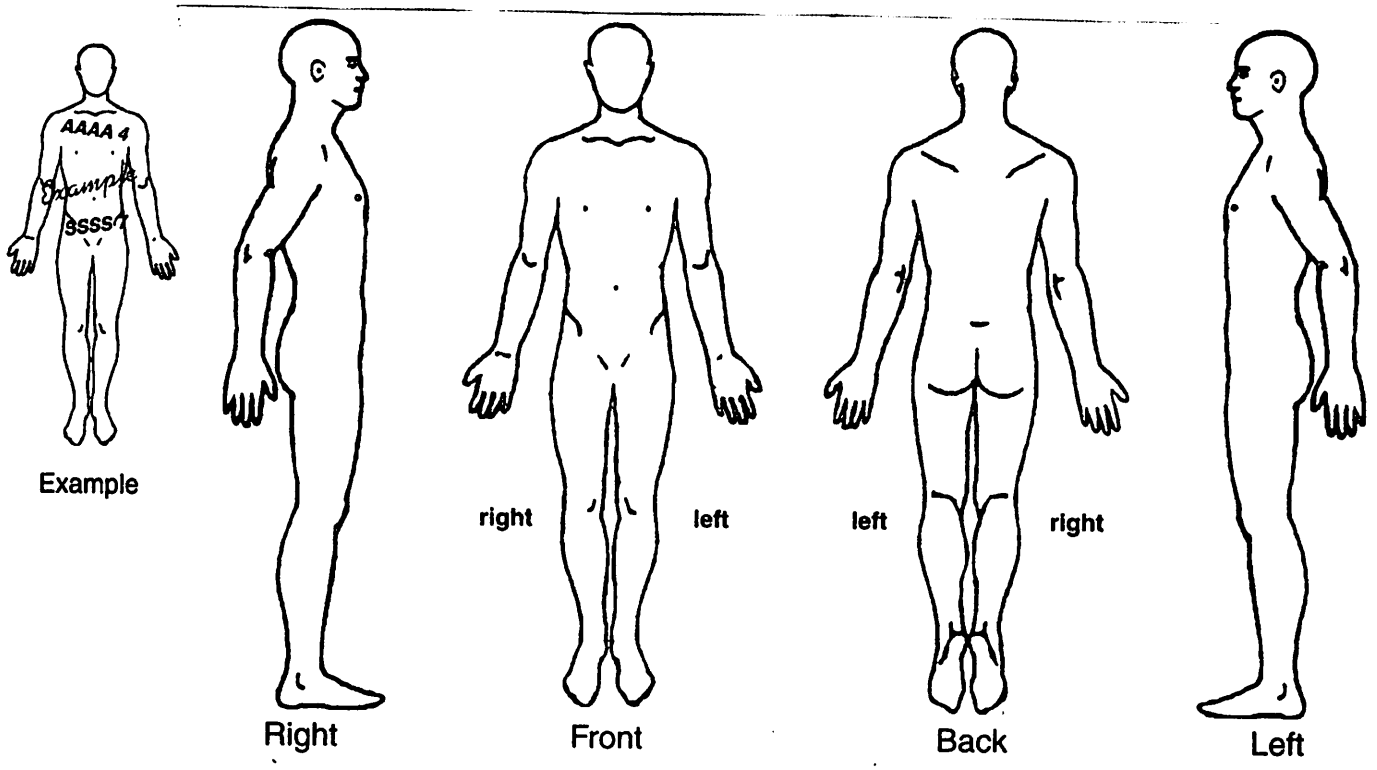
Roberto M. Arias, D.C., P.A

Chiropractic Physician
(407)847-8070
Fax (407)847-6330

Fecha: _____ Nombre: _____

Usando los proximos simbolos, marque el area de su dolor en el cuerpo. En adicion, marque la intesidad de su dolor el la linea a la parte de abajo de la pagina.

Dolor	Quemazon	Adormecimiento	Punzadas	Calambre	Otros
^^^^^^^^	'''''''''''''''	OOOO	::::::::::::	///////////	x x x x x



No Dolor |————————————————| Mucho dolor

Indique con una linea en el area de nivel de dolor que experimenta

_____

Firma

OFFICE OF INSURANCE REGULATION
Bureau of Property & Casualty Forms and Rates

Standard Disclosure and Acknowledgement Form
Personal Injury Protection - Initial Treatment or Service Provided

The undersigned insured person (or guardian of such person) affirms:

1. The services or treatment set forth below were **actually rendered.** This means that those services have **already been provided.**

_____

_____

2. I have the right and the **duty to confirm** that the services have already been provided.
3. I was **not solicited** by any person to seek any services from the medical provider of the services described above.
4. The medical provider has **explained** the services to me for which payment is being claimed.
5. If I notify the insurer in writing of a billing error, I may be entitled to a portion of any reduction in the amounts paid by my motor vehicle insurer. If entitled, my share would be at least 20% of the amount of the reduction, up to $500.

Insured Person (patient receiving treatment or services) or Guardian of Insured Person:

_____	X _____	_____
Name *(PRINT or TYPE)*	Signature	Date

The undersigned licensed medical professional or medical director, if applicable, affirms the statement numbered 1 above and also:

A. I have **not solicited** or caused the insured person, who was involved in a motor vehicle accident, to be solicited to make a claim for Personal Injury Protection benefits.

B. The treatment or services rendered were explained to the insured person, or his or her guardian, **sufficiently** for that person to sign this form with informed consent.

C. The accompanying statement or bill is **properly completed** in all material provisions and all relevant information has been provided therein. This means that each request for information has been responded to **truthfully, accurately,** and in a **substantially complete** manner.

D. The coding of procedures on the accompanying statement or bill is proper. This means that **no service has been upcoded, unbundled,** or constitutes an invalid **or not medically necessary diagnostic test** as defined by Section 627.732 (15) and (16), Florida Statutes or Section 627.736(5)(b)6, Florida Statutes.

Licensed Medical Professional Rendering Treatment/Services or Medical Director, if applicable *(Signature by his/ her **own hand**):*

_____	_____	_____
Name *(PRINT or TYPE)*	Signature	Date

Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of Claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony of the third degree per Section 817.234(1)(b), Florida Statutes.

Note: The **original** of this form must be furnished to the insurer pursuant to Section 627.736(4)(b), Florida Statutes and may **not** be electronically furnished. Failure to furnish this form may result in non-payment of the claim.

Roberto M. Arias D.C., PA

UNCONDITIONAL ASSIGMENT OF BENEFITS

I HEREBY ASSIGN AND TRANSFER ANY AND ALL RIGHTS, BENEFITS AND CAUSES OF ACTION TO THE ASSIGNEE, Roberto M. Arias D.C, PA.
This is an assignment of my rights and benefits. In the event my insurance company is obligated to make payment to me upon charges made by the Assignee for it's services, and the company fails or refuses to make timely, complete payment, I authorize Assignee to prosecute said cause of action either in my name or Assignee's name and further I authorized Assignee to compromise, settle or otherwise resolve said cause of action as they see fit.

DIRECTION OF PAYMENT

I hereby authorize and direct you, my insurance company and/ or attorney, to pay directly to Assignee, such sums as may be due and owing Assignee for the services rendered to me both by reason of accident or illness, and by reason of any other bills that are due Assignee. I hereby authorize any insurance company to pay directly to Assignee the amount of this and/ or any further bills for services rendered to me and to release any information requested that is pertinent to my case to my insurance company or attorney involved in this case.

LETTER OF PROTECTION IN FAVOR OF PROVIDER

I hereby authorize and direct that my lawyer, if I am represented by counsel, SHALL without such sum from any disability benefits, medical payments benefits, no-fault benefits, or any other insurance benefits obligated to reimburse me, or, from any settlement, judgment or verdict on my behalf as may be necessary to reimburse Assignee for services provided to me. I HEREBY FURTHER GIVE AN IRREVOCABLE LIEN to said Assignee against any and all insurance benefits named herein and any and all proceeds of any settlement, judgment or verdict which may be paid to me as a result of the injuries or illness for which I have been treated by the Assignee. In the event that I don't have insurance coverage, I understand that I remain personally responsible for payments of services rendered, and I also agree to pay in current manner any difference between the total charges and the amount paid by the insurance company directly to Assignee.

PIP LOG & DEC SHEET REQUEST

I HEREBY AUTHORIZE THE ASSIGNEE TO REQUEST A COPY OF THE APPLICABLE INSURANCE POLICY AND DECLARATION PAGE WHICH REFLECTS THE POLICY LIMITS AVAILABLE AT THE TIME OF THIS ACCIDENT, AND THE APPLICABLE PIP LOG TO BE PROVIDED TO THIS ASSIGNEE UPON REQUEST. This request is authorized pursuant to the terms of my policy as well as Florida Statutes. I hereby authorize this Assignee to request and received a copy of my PIP LOG periodically as there deem to be necessary.

RESERVATION OF BENEFITS

Be further advised that I AM HEREBY PLACING YOU ON NOTICE PERSUANT TO FLORIDA CASE LAW THAT SHOULD YOU (THE INSURANCE COMPANY/CARRIER) DENY, REDUCE OR FAIL TO PAY ANY PART OF, OR AN ENTIRE BILL WHICH WAS SUBMITTED ON MY BEHALF FROM THIS PROVIDER, I (THE ASSIGNOR) AS WELL AS THE ASSIGNEE ARE REQUESTING IN ADVANCED THAT YOU RESERVE, OR "SET-ASIDE", THE AMOUNT YOU REDUCE OR DENIED UNTIL THE DISPUTE IS RESOLVED. Should you submit a check to Assignee which is less than the correct contractual amount, and contains any language referring to payment as "Full and Final Payment", I (Assignor) have instructed Assignee to return the check to you (the carrier) and consider the bill still due and owing (i.e. a late payment as defined in F.S. 627.736). Additionally SHOULD THE REMAINING AMOUNT OF MY BENEFITS APPROACH AN AMOUNT WHERE THERE WOULD BE INEFFICIENT FUNDS TO PAY THE AMOUNT YOU REDUCED, DENIED OR FAILED TO PAY, PLEASE NOTIFY ME (THE ASSIGNOR) AND THE ASSIGNEE OF THIS FACT. Should my benefits exhaust; please notify me (the assignor) and assignee promptly.

SEVERABILITY CLAUSE

If any term or provision of this Assignment, Lien and Authorization or the application thereof to any person or circumstances shall to any extent be invalid or unenforceable the remainder of this Assignment, Lien and Authorization, or the application of such term or provision to persons or circumstances other than those as to which it is held invalid or unenforceable, shall not be affected thereby, and each term and provision of this Assignment, Lien and Authorization shall be valid and enforced to the fullest extent of the law.

Signature _____ Date _____

Print Name _____ Date _____

103 West Oak St. Ste. C Kissimmee, Fl. 34741 Phone (407) 847-8070 Fax (407) 847-6330

HIPAA Information and Consent Form

The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) provides safeguards to protect your privacy. Implementation of HIPAA requirements officially began on April 14, 2003. Many of the policies have been *our* practice for years. This form is a "friendly" version. A more complete text is posted in the office.

What this is all about: Specifically, there are rules and restrictions on who may see or be notified of your Protected Health Information (PHI). These restrictions do not include the normal interchange of information necessary to provide you with office services. HIPAA provides certain rights and protections to you as the patient. We balance these needs with our goal of providing you with quality professional service and care. Additional information is available from the U.S. Department of Health and Human Services. www.hhs.gov

We have adopted the following policies:

1. Patient information will be kept confidential except as is necessary to provide services or to ensure that all administrative matters related to your care are handled appropriately. This specifically includes the sharing of information with other healthcare providers, laboratories, health insurance payers as is necessary and appropriate for your care. Patient files may be stored in open file racks and will not contain any coding which identifies a patient's condition or information which is not already a matter of public record. The normal course of providing care means that such records may be left, at least temporarily, in administrative areas such as the front office, examination room, etc. Those records will not be available to persons other than office staff . You agree to the normal procedures utilized within the office for the handling of charts, patient records, PHI and other documents or information.

2. It is the policy of this office to remind patients of their appointments. We may do this by telephone, e-mail, U.S mail, or by any means convenient for the practice and/or as requested by you. We may send you other communications informing you of changes to office policy and new technology that you might find valuable or informative.

3. The practice utilizes a number of vendors in the conduct of business. These vendors may have access to PHI but must agree to abide by the confidentiality rules of HIPAA.

4. You understand and agree to inspections of the office and review of documents which may include PHI by government agencies or insurance payers in normal performance of their duties.

5. You agree to bring any concerns or complaints regarding privacy to the attention of the office manger or the doctor.

6. Your confidential information will not be used for the purposes of marketing or advertising of products, goods or services.

7. We agree to provide patients with access to their records in accordance with state and federal laws.

8. We may change, add, delete or modify any of these provisions to better serve the needs of the both the practice and the patient.

9. You have the right to request restrictions in the use of your protected health information and to request change in certain policies used within the office concerning your PHI. However, we are not obligated to alter internal policies to conform to your request.

I, _____date_____do hereby consent and acknowledge my agreement to the terms set forth in the HIPAA INFORMATION FORM and any subsequent changes in office policy. I understand that this consent shall remain in force from this time forward.

R.A. Dr. Roberto Arias
Chiropractic Physicians

Date _____

Dear _____:

Please be advised I was in an accident on _____, in which I was injured. Please send me a copy of the policy of insurance and all applicable endorsements which provides coverage and injures to my benefit. Please send the copy to the following address **103 W. Oak St. Suite C Kissimmee, Fl. 34741.** The number of the policy is _____, and the claim number is _____. Please forward me the information as soon as reasonably possible.

Thank you for time and attention to this matter.

_____
Patient

103 West Oak St. Ste. C Kissimmee, FL 34741 Phone (407) 847-8070- Fax (407) 847-6330

R.A. Dr. Roberto Arias
Chiropractic Physicians

Cuestionario COVID-19

- ¿Le han hecho pruebas de COVID-19 en los últimos 14 días?
  Si____ No____
- Si es así, ¿ha dado positivo o negativo?
  Positivo____ Negativo____
- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas?
  - Fiebre o escalofríos Si____ No____
  - Tos Si____ No____
  - Dificultad para respirar Si____ No____
  - Fatiga Si____ No____
  - Dolores musculares o corporales Si____ No____
  - Dolor de cabeza Si____ No____
  - Nueva pérdida del gusto u olfato Si____ No____
  - Dolor de garganta Si____ No____
  - Congestión o secreción nasal. Si____ No____
  - Náuseas o vómitos Si____ No____
  - Diarrea Si____ No____

Si ha dado positivo por COVID-19 en los últimos 14 días, envíenos su hoja de resultados que muestre un resultado negativo.

103 West Oak St. Ste. C Kissimmee, FL 34741 Phone (407) 847-8070- Fax (407) 847-6330