

# **Londos Family Chiropractic**

7006 Huntley Road, Carpentersville, IL 60110 (847) 836-7101 Fax (847) 836-7047

## **TÉRMINOS DE ACEPTACIÓN**

Cuando un paciente busca atención médica quiropráctica y aceptar a un paciente para el cuidado de tal, es esencial tanto para poder trabajar hacia el mismo objetivo.

Quiropráctica tiene un solo objetivo. Es importante que cada paciente a entender tanto el objetivo y el método que se utilizará para alcanzar dicho objetivo. Esto evitará cualquier confusión o decepción.

**Ajuste:** El ajuste es la aplicación específica de la fuerza para facilitar la corrección del cuerpo de la subluxación vertebral. Nuestro método de corrección es la quiropráctica por los ajustes específicos de la columna vertebral.

**Salud:** Un estado de óptimo bienestar físico, mental y el bienestar social, solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

**Subluxación vertebral:** Una mala alineación de uno o más de las 24 vértebras de la columna vertebral que causa alteración de la función nerviosa y la interferencia a la transmisión de los impulsos mentales, lo que resulta en una disminución de la capacidad innata del cuerpo para expresar su potencial máximo de salud.

No ofrecemos para diagnosticar o tratar cualquier enfermedad o condición que no sea una subluxación vertebral. Sin embargo, si durante el curso de un examen de la columna vertebral quiropráctica, nos encontramos con un dictamen de que no quiropráctica o inusual, le asesoraremos. Si usted desea asesoramiento, diagnóstico o tratamiento de los resultados, le recomendamos que busque los servicios de un proveedor de atención médica que se especializa en esa área.

Independientemente de lo que la enfermedad se llama, no ofrecemos para tratarla. Tampoco ofrecemos asesoramiento sobre el tratamiento prescrito por los demás. **NUESTRO OBJETIVO** es sólo la práctica de eliminar una intervención importante para la expresión del cuerpo sabiduría innata. Nuestro método sólo es específico de ajuste para corregir las subluxaciones vertebrales.

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y entendido las declaraciones anteriores.

Todas las preguntas sobre los objetivos del médico relacionadas con mi atención en esta oficina han sido contestadas a mi entera satisfacción.

Por lo tanto, aceptar la atención quiropráctica sobre esta base.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Londos Family Chiropractic

7006 Huntley Road, Carpentersville, IL 60110 (847) 836-7101 Fax (847) 836-7047

## DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FISCAL

En contraprestación por los servicios prestados por los médicos en Londos Family Chiropractic ( " Londos " ), Paciente pagará en el momento servicios se prestan o Paciente harán arreglos financieros satisfactorios para Londos . Si el seguro o plan de salud del paciente designa para los co- pagos, co - seguros o deducibles , Paciente se compromete a pagar a Londos . Todos los saldos de servicios se deben pagar en el momento del servicio. Si no se recibe el pago , Londos se reserva el derecho de rechazar futuras citas en las cuentas morosas.

**Seguro:** El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted tendrá que pagar cualquier y todos los de su coseguro y copagos en el momento del servicio. Si decide pagar por la totalidad de su tratamiento en su totalidad al momento del servicio, emitiremos de inmediato un reembolso o un crédito a su cuenta para el cuidado futuro para cualquier saldo de crédito. La falta de información completa de seguro puede dar lugar a la responsabilidad del paciente durante todo el proyecto de ley. Aunque podemos estimar lo que su compañía de seguros puede pagar, es la compañía de seguros que hace que la determinación final de su elegibilidad y beneficios. Si su compañía de seguros no tiene contrato con nosotros, usted acepta pagar cualquier porción de los cargos no cubiertos por ellos. Es la responsabilidad del paciente para verificar con su seguro y / o autorización previa, es su responsabilidad obtener y proporcionar a nuestra oficina. Si no se obtiene la remisión y / o pre-autorización puede resultar en una negación de la compañía de seguros, y el saldo será su responsabilidad.

**Medicare:** Londos es un proveedor participante de la Parte B de Medicare Londos se compromete a facturar y aceptar los ajustes contractuales de Medicare . Es posible que haya servicios y suministros prestados en la oficina que no están cubiertos por Medicare y por lo tanto requieren un Aviso avanzada Beneficiario ( " ABN " ) debe ser firmado por el paciente / garante . Al firmar el ABN , se entiende que los pacientes es financieramente responsable del pago de los servicios y / o suministros que no son considerados médicamente necesarios por Medicare .

**Estado mensual:** Si hay un equilibrio personal del paciente en la cuenta, Londos enviará paciente un estado de cuenta mensual . Los pacientes son responsables de todos los gastos resultantes del tratamiento previsto en Londos . El pago se realizará dentro de los 30 días siguientes a la recepción de esta declaración , a menos que otros arreglos financieros se han hecho con el gerente de la oficina .

**Cuentas atrasadas:** Paciente entiende y acepta que si su cuenta / es morosos últimos 90 días sin acuerdo económico con el gerente de la oficina , Partient puede ser entregado a la agencia de cobro utilizado por Londos.

**Los cheques devueltos:** Hay una cuota de \$ 35.00 por cualquier cheque devuelto por el banco debido a fondos o de otra manera no suficientes.

**Después Política Horas:** Si hay una emergencia quiropráctica ' después de horas de oficina , hay una cuota de \$ 20.00 que se paga en el momento del servicio. Esta tasa no se cobra o se paga por su compañía de seguros si procede. Este cargo es adicional y separada de cualquier cuota de ajuste de quiropráctica , co-pagos, co - seguros o deducibles que usted puede deber.

**Costos judiciales y honorarios de abogado:** En todas las acciones o procedimientos legales para hacer cumplir cualquier parte de este acuerdo , la parte ganadora tendrá recuperar los honorarios de abogados y costas judiciales .

# **Londos Family Chiropractic**

7006 Huntley Road, Carpentersville, IL 60110 (847) 836-7101 Fax (847) 836-7047

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FISCAL**

**Divisibilidad:** Si se lleva a cabo alguna parte de este acuerdo para ser inválida por un tribunal con jurisdicción apropiada , su invalidez no afectará la validez o aplicabilidad de cualquier otra disposición de este acuerdo.

**Fuerza mayor:** Si el doctor se impidió completar actuaciones de las obligaciones contenidas en el contrato por cualquier acto de Dios , huelgas , epidemias , guerras, actos de terrorismo , disturbios , inundaciones, incendios , huracanes, tornados , sabotaje o acontecimiento que es fuera del control de las partes, a continuación, el doctor deberá ser excusado de cualquier actuación adicional de obligaciones o compromisos que se recogen en el acuerdo, con toda la extensión permitida por la ley aplicable.

**Modificación:** Cualquier modificación a este acuerdo debe ser por escrito y firmado por el doctor y paciente .

**Ley vigente:** La ley de Illinois rige este acuerdo .

**Lugar de celebración:** Las partes acuerdan que el lugar de celebración de cualquier disputa que surja de este acuerdo será el 22o Circuito Judicial ( Segundo Distrito de Apelación ) , Woodstock, Illinois.

**Fusión:** Este documento , junto con el Contrato de Cesión Londos Family Chiropractic Seguros y el consentimiento informado para quiropráctica Reconocimiento contiene el acuerdo completo entre las partes, y no hay promesas o representaciones , con excepción de los que figuran aquí y los implicados por la ley, se han hecho por doctor o paciente .

He leído las anteriores disposiciones y estoy de acuerdo con las disposiciones especificadas anteriormente.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# **Londos Family Chiropractic**

**7006 Huntley Road, Carpentersville, IL 60110 (847) 836-7101 Fax (847) 836-7047**

## **ACUERDO DE CESIÓN DE SEGUROS**

Hemos puesto nuestra política financiera con respecto a la asignación de los seguros en la escritura para que no haya malentendidos con respecto a nuestros derechos y el proceso de pago asociada a su cuidado quiropráctico en nuestra oficina. Por favor, siéntase libre de hablar de esta política con nosotros en cualquier momento. Es la política de Londos Family Chiropractic ( " Londos ") para tener una política financiera que define claramente los pacientes y la práctica responsabilidades. Estamos comprometidos a ofrecer a nuestros pacientes la mejor atención quiropráctica posible y reducir al mínimo los costos administrativos.

1. Esperando pago del seguro es una cortesía y puede ser retirada en cualquier momento.
2. El pago de la consulta inicial y el examen en su totalidad en el momento del servicio, independientemente de la cobertura de seguro a menos que haya hecho arreglos de pago por adelantado.
3. Es importante que usted entienda la cobertura de su plan. Aunque verificamos todos los planes de seguro. Usted debe llamar a su compañía y de estar seguro de que usted entiende su cobertura también.
4. Estaremos encantados de presentar sus reclamos y trabajar con usted y su compañía de seguros. Se le notificará cuando su reembolso del seguro va más allá de 45 días sin pago alguno a ponerse en contacto con su compañía de seguros para solicitar el pago. Después de 90 días, se le facturará y nosotros esperar de pago o de pago arreglos, de usted.
5. Si no participamos en su programa de seguros o su programa no permite la asignación de beneficios a su médico, usted será responsable de todos los cargos.
6. Algunas compañías de seguros envían el pago directamente al paciente / asegurado sólo. Si usted recibe un cheque de la compañía de seguros sobre un crédito asignado, debe llevar el registro y la explicación adjunta de Beneficios (EOB) página a nuestra oficina para que podamos acreditar adecuadamente su cuenta.
7. No tenemos opciones de planes de pago. Estas opciones serán discutidas con usted en su informe de resultados y pueden ser celebrados en cualquier punto de su cuidado quiropráctico.
8. Si usted no tiene, o pierde la cobertura del seguro, las formas de pago pueden ser discutido con usted y arreglos de pago se pueden hacer antes de iniciar la atención.
9. Cualquier servicio que no está cubierto por su seguro es su responsabilidad. Esto puede incluir exámenes, radiografías, traccionar, bloques de ejercicios y apoyos, y cualquier otro servicio que realizamos. El pago de servicios no cubiertos se debe en el momento del servicio o la notificación de su compañía de seguros que el servicio no está cubierto por su plan.
10. Si, en cualquier momento, problemas de pago interfieren con su capacidad de recibir atención quiropráctica, tramite por un tiempo para hablar en privado con el personal o el médico de organizar para su atención continua.

# **Londos Family Chiropractic**

**7006 Huntley Road, Carpentersville, IL 60110 (847) 836-7101 Fax (847) 836-7047**

## **ACUERDO DE CESIÓN DE SEGUROS**

Esperamos que estas políticas responden a algunas de sus preguntas con respecto a su cobertura de seguro y la forma en que pueden aplicarse a su cuidado quiropráctico aquí en Londos Family Chiropractic .

Yo , \_\_\_\_\_ he leído el Contrato de Cesión de arriba. Yo entiendo los términos de este acuerdo y las acepto en consideración de la utilización de mis beneficios del seguro.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# **Londos Family Chiropractic**

**7006 Huntley Road, Carpentersville, IL 60110 (847) 836-7101 Fax (847) 836-7047**

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECONOCIMIENTO QUIROPRÁCTICA**

Por la presente solicito y consentimiento para la realización de la manipulación quiropráctica y otros procedimientos de quiropráctica, incluyendo diversas modalidades de terapia física y radiografías de diagnóstico por Aaron Londos, DC, con licencia del Estado de Consejo de quiropráctica Illinois.

Aunque la manipulación quiropráctica y / o terapéutico asociado o procedimientos diagnósticos suelen ser beneficioso y rara vez se asocian con efectos secundarios negativos o adversos, entiendo que algún riesgo para el tratamiento puede ser posible. Algunos riesgos pueden incluir, pero no se limitan a, la fractura no intencional, lesiones disco cervical / torácico / lumbares, posible accidente cerebrovascular, la faceta dislocaciones articulares y musculares o distensión del ligamento / esguince. Ciertos analgésicos tópicos que podrían ser aplicadas pueden contener sustancias químicas que podrían ser sensibles para algunos individuos.

Entiendo que la quiropráctica, como un servicio profesional, no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, los profesionales acreditados de la quiropráctica no puede garantizar plenamente los resultados deseados. Nuestros protocolos de tratamiento se basan en la experiencia clínica y la investigación, y todas las opciones disponibles para la atención se considera cuando nuestro médico hace sus recomendaciones. El pleno cumplimiento de estas recomendaciones aumentará la probabilidad de que usted puede experimentar resultados positivos y / o deseables. Si, en cualquier momento, le gustaría explorar otras opciones para el cuidado, por favor mencione esto a Aarón Londos, DC, y él y se puede formular un plan de atención de colaboración para satisfacer sus necesidades de salud.

En base a estas declaraciones de consentimiento informado, he tenido la oportunidad de leer este formulario y hacer cualquier pregunta necesarias. Mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción, y doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Médico Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# **Londos Family Chiropractic**

7006 Huntley Road, Carpentersville, IL 60110 (847) 836-7101 Fax (847) 836-7047

## **HOJA DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Primero Contacto \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Segundo Contacto \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

# **Londos Family Chiropractic**

**7006 Huntley Road, Carpentersville, IL 60110 (847) 836-7101 Fax (847) 836-7047**

## **PORTABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD Y LEY DE RESPONSABILIDAD**

El consentimiento para la realización de operaciones de tratamiento, pago y asistencia sanitaria.

Yo reconozco que Londos Family Chiropractic de "Aviso de Prácticas de Privacidad", se ha proporcionado para mí.

Entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso Londos Family Chiropractic de prácticas de privacidad antes de a la firma de este documento. Aviso Londos Family Chiropractic de prácticas de privacidad se ha proporcionado para mí. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y revelaciones de mi protegido información de salud que va a ocurrir en mi tratamiento, el pago de mis cuentas o en el desempeño de las operaciones de cuidado de la salud de Family Chiropractic Londos. El Aviso de Prácticas de Privacidad de Londos Family Chiropractic también está disponible bajo petición en el mostrador de la administración principal de esta práctica. Este Aviso de prácticas de privacidad también describe mis derechos y deberes Londos Family Chiropractic con respecto a mi información de salud protegida.

Londos Family Chiropractic se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de prácticas de privacidad. Puedo obtener un aviso revisado de prácticas de privacidad llamando a la oficina y solicitar una copia revisada ser enviada por correo o solicitándolo en el momento de mi próxima cita.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del representante personal