

REGISTRO E HISTORIAL QUIROGRÁFICO

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____

SS/HIC/ID Paciente _____

Nombre del Paciente _____
Apellido

_____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre

Domicilio _____

Correo electrónico _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Sexo M F Edad _____

Fecha de nacimiento _____

Casado Viudo Soltero Menor

Separado Divorciado En pareja durante _____ años

Empleador/Escuela del paciente _____

Ocupación _____

Domicilio del empleador/escuela _____

Teléfono del empleador/escuela (____) _____

Nombre del cónyuge _____

Fecha de nacimiento _____

SS# _____

Empleador del cónyuge _____

¿A quién podemos agradecer su referencia? _____

2 INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____

Relación con el paciente _____

Compañía de seguros _____

Grupo # _____

¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional? Sí No

Nombre del suscriptor _____

Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Relación con el paciente _____

Compañía de seguros _____

Grupo # _____

CESIÓN Y DIVULGACIÓN

Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro de _____ y cedemos directamente al _____

Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El médico arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

 Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

 Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

 Fecha

 Relación con el paciente

3 NÚMEROS DE TELÉFONO

Celular (____) _____ Teléfono del Hogar (____) _____

Mejor momento y lugar para contactarlo _____

EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON

Nombre _____ Relación _____

Teléfono del hogar (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____

4 INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

¿El problema de salud se debe a un accidente? Sí No Fecha _____

Tipo de accidente Auto Trabajo Hogar Otro

¿Ante quién presentó un reporte del accidente?

Seguro de automóvil Empleador Compañía de seguro laboral Otro

Nombre del abogado (si corresponde) _____

5 ESTADO DEL PACIENTE

Motivo de la visita _____

¿Cuándo comenzaron los síntomas? _____

¿Este problema de salud está empeorando en forma progresiva? Sí No No sabe

Marcar con una X en la figura dónde continúa sufriendo dolor, entumecimiento o cosquilleo.

Calificar la gravedad del dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (gran dolor) _____

Tipo de dolor: Agudo Leve Pulsante Entumecimiento Angustiante Punzante

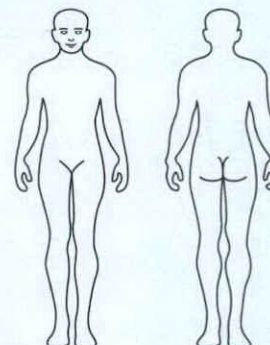
Ardor Comezón Calambres Rigidez Hinchazón Otro

¿Con qué frecuencia siente este dolor? _____

¿Es constante o viene y se va? _____

¿Interfiere con su trabajo sueño rutina diaria recreación

Actividades o movimientos que le resulta doloroso realizar Sentarse Pararse Caminar Inclinarsse Acostarse



6

HISTORIAL DE SALUD

¿Qué tratamiento ha recibido para este problema de salud? Medicamentos Cirugía Fisioterapia

Servicios quiroprácticos Ninguno Otro _____

Nombre y dirección de otro(s) médico(s) que lo han tratado por su problema de salud _____

Fecha del último: Examen físico _____ Rayos X de columna vertebral _____ Análisis de sangre _____

Examen de columna _____ Radiografía de tórax _____ Análisis de orina _____

Radiografía odontológica _____ Resonancia magnética, tomografía computada, densitometría _____

Marcar "sí" o "no" para indicar si ha tenido:

SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Migraña	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aborto espontáneo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apoplejía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Brotos de alergia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fracturas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Intento de suicidio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anorexia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bocio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Paperas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apendicitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gonorrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores, quistes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre tifoidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pinzamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quiste de mama	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Neumonía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infecciones vaginales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bronquitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia de disco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Polio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos ferina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bulimia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema de próstata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros _____	
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alta Presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prótesis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Cataratas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asistencia psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dependencia de fármacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sarampión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

EJERCICIO

- Ninguno
- Moderado
- Diariamente
- Intenso

ACTIVIDAD LABORAL

- Permanecer sentado
- Permanecer parado
- Trabajo liviano
- Trabajo intenso

HÁBITOS

- Fumar Paquetes por día _____
- Alcohol Tragos por semana _____
- Café/bebidas con cafeína Tazas por día _____
- Alto nivel de estrés Motivo _____

¿Está usted embarazada? Sí No Fecha de parto _____

Lesiones/cirugías pasadas	Descripción	Fecha
Caídas	_____	_____
Lesiones en la cabeza	_____	_____
Huesos quebrados	_____	_____
Dislocamientos	_____	_____
Cirugías	_____	_____

7

MEDICAMENTOS

ALERGIAS

VITAMINAS/HIERBAS/MINERALES

Nombre de la farmacia _____

Teléfono de la farmacia (____) _____

INFORMACIÓN SOBRE EL VEHÍCULO ACCIDENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____

Nombre del paciente _____

Fecha del accidente _____ Hora del accidente _____ a.m.
 p.m.

Por favor, describa el accidente con sus propias palabras: _____

¿Era usted el: Conductor Pasajero del asiento delantero Pasajero del asiento trasero Peatón Cuántas personas se encontraban en el vehículo involucrado en el accidente? _____

LUGAR DEL ACCIDENTE

Calle _____

Ciudad/Estado _____

Intersección más cercana _____

Condiciones para la conducción Seco Húmedo Hielo
 Otros _____

¿En qué dirección iba usted? _____

¿A qué velocidad iba? _____

IMPACTO

¿Su auto se impactó contra otro vehículo? Sí No

¿Su auto se impactó contra una estructura? Sí No

Si respondió sí, explique _____

¿Alguna parte de su cuerpo golpeó algo en el vehículo?

Sí No Si respondió sí, explique _____

El impacto provino de la parte:

Delantera Trasera Izquierda Derecha Otra _____

En el momento del impacto, usted estaba:

Mirando hacia adelante Mirando hacia la derecha

Mirando hacia la izquierda Mirando hacia abajo

Mirando hacia arriba

¿Sus dos manos estaban sobre el volante? Sí No

Si respondió no, ¿qué mano estaba sobre el volante?

Derecha Izquierda

¿Su pie estaba sobre el freno? Sí No

Si respondió sí, ¿cuál de sus pies estaba sobre el freno?

Derecho Izquierdo

Usted: Se sorprendió con el impacto

Estaba preparado para el impacto

VEHÍCULO

Marca y modelo del vehículo en el que usted iba: _____

¿Llevaba cinturón de seguridad? Sí No

Si respondió sí, ¿de qué tipo? Falda Hombro

¿El vehículo estaba equipado con bolsas de aire? Sí No

Si respondió sí, ¿se activaron correctamente? Sí No

¿Su asiento contaba con apoyacabeza? Sí No

Si respondió sí, ¿cuál era la posición del apoyacabeza?

Bajo Medio Alto

OTRO VEHÍCULO

(si corresponde)

Marca y modelo del otro vehículo _____

¿En qué dirección iba el otro vehículo? _____

Velocidad del otro vehículo _____

POLICÍA

¿Fue la policía al lugar del accidente? Sí No

¿Hubo algún testigo? Sí No

¿Se presentó un reporte policial? Sí No

¿Se emitió una constancia de violación de normas de tránsito?

Sí No

Si la respuesta fue sí, ¿para quién? _____

ESTADO DEL PACIENTE

¿Quedó usted inconsciente inmediatamente después del accidente? Sí No

Si respondió sí, ¿durante cuánto tiempo? _____

Describe cómo se sintió inmediatamente después del accidente:

TRATAMIENTO

¿Fue usted al hospital? Si No

¿Cuándo fue al hospital? Inmediatamente después del accidente Al día siguiente 2 días o más después del accidente

¿Cómo llegó al hospital? En ambulancia Por transporte privado

Nombre del hospital _____ Nombre del médico _____

Diagnóstico _____

Tratamiento recibido _____

Rayos X _____

SÍNTOMAS/LESIONES

¿Ha podido trabajar desde que sufrió esta lesión? Sí No ¿Cuántos días laborables debió faltar? _____

Antes de la lesión, ¿podía usted trabajar igual que otras personas de su edad? Si No

Si ha tenido alguno de los siguientes síntomas desde la lesión, por favor marque:

- | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor en el brazo/hombro | <input type="checkbox"/> Entumecimiento de los pies/dedos de los pies | <input type="checkbox"/> Dolor en el cuello |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la espalda | <input type="checkbox"/> Entumecimiento de las manos/dedos de las manos | <input type="checkbox"/> Entumecimiento del cuello |
| <input type="checkbox"/> Rigidez de la columna | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Problemas en la mandíbula | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales |
| <input type="checkbox"/> Zumbidos en los oídos | <input type="checkbox"/> Dolor en la pierna | <input type="checkbox"/> Tensión |
| <input type="checkbox"/> Ruidos en los oídos | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria | <input type="checkbox"/> Visión borrosa |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Náuseas | |

¿Este problema de salud está empeorando en forma progresiva? Sí No No sabe

Marcar con una X en la figura dónde continúa sufriendo dolor, entumecimiento o cosquilleo.

Calificar la gravedad del dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (gran dolor) _____

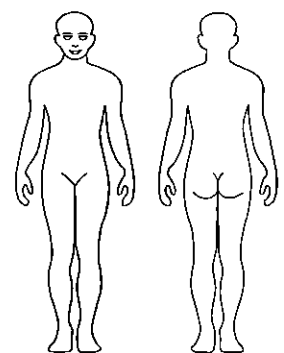
Tipo de dolor: Agudo Leve Pulsante Entumecimiento
 Angustiante Punzante Ardor Comezón
 Calambres Rigidez Hinchazón Otro _____

¿Con qué frecuencia siente este dolor? _____

¿Es constante o viene y se va? _____

¿Interfiere con su: trabajo sueño rutina diaria recreación?

Movimientos que le resulta doloroso realizar: Sentarse Pararse Caminar Inclinars Acostarse



Según mi feal saber y entender, la información precedente es completa y correcta. Comprendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo, o mi hijo menor de edad, experimentamos algún cambio en nuestro estado de salud.

Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Fecha

Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Relación con el paciente

Auto Injury Centers, Inc. Notice of Privacy Practices

Auto Injury Centers, Inc. , under the HIPPA Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information (The Privacy Rule), modified on August 14, 2002 will:

- Collect information that is relevant and necessary to carry out our role.
- Explain at the time of the information is being collected, why it is needed, and how it will be used.
- Ensure that records are used only for the reasons given or seek the person's permission when another purpose for their use is considered necessary or desirable.
- Provide adequate safeguards to protect the records from unauthorized access and disclosure.
- Allow people to see the records kept on them and provide them with the opportunity to correct inaccuracies in their records.
- Provide records to an entity, medical doctor or facility in order to coordinate your care.
- Obtain information needed to confirm your insurance benefits and obtain payment for services.
- Release information to your Insurance Plan at their request for billing or their administrative purposes.
- Release records when they are requested by you or your representative.
- Release records to certain government authorities as permitted or required by law to investigate or regulate health related issues such as child abuse, communicable diseases and prescription drugs.
- Certain lawyers and parties in a law suit if a patient's medical condition is an issue in a law suit.

Akers Chiropractic is to protect our patients privacy (Private Healthcare Information) at the same time providing them with the most efficient and effective care possible.

Authorization will be given to the person/persons written in if you should request them to have access to your Private Healthcare Information:

I permit _____ to have access to my scheduling information.

I permit _____ to have access to scheduling and billing information.

Please acknowledge you have read and understood the above description and understand that in order to give you the most efficient care, any and all records regarding a healthcare issue will be forwarded to the facility or physician we refer you to.

Printed Name: _____ Date: _____

Signature: _____ Witness: _____

DR. TERRY AKERS

2931 N. Tenaya Way, Suite 106

Las Vegas, NV 89128

(702) 822-1212 FAX (702) 839-0964

INFORMED CONSENT DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP IN CHIROPRACTIC

CHIROPRACTIC

It is important to acknowledge the difference between the health care specialties of chiropractic, osteopathy and medicine. Chiropractic health care seeks to restore health through natural means without the use of medicine or surgery. This give the body maximum opportunity to utilize its inherent recuperative powers. The success of the chiropractic doctor's procedures often depends on environment, underlying causes, physical and spinal conditions. It is important to understand what to expect from chiropractic health care services.

ANALYSIS

A doctor of chiropractic conducts a clinical analysis for the express purpose of determining whether there is evidence of Vertebral Subluxation Syndrome (VSS) or Vertebral Subluxation Complexes (VSC). When such VSS and VSC complexes are found, chiropractic adjustments and ancillary procedures may be given in an attempt to restore spinal integrity. It is the chiropractic premise that spinal alignment allows nerve transmission throughout the body and gives the body an opportunity to use its inherent recuperative powers. Due to the complexities of nature, no doctor can promise you specific results. This depends upon the inherent recuperative powers of the body.

DIAGNOSIS

Although doctors of chiropractic are experts in chiropractic diagnosis, the VSS and VSC, they are not internal medical specialist. Every chiropractic patient should be mindful of his/her own symptoms and should secure other opinions if he/she has any concern as to the nature of his/her total condition. Your doctor of chiropractic may express an opinion as to whether or not you should take this step, but you are responsible for the final decision.

INFORMED CONSENT FOR CHIROPRACTIC CARE

A patient, in coming to the doctor of chiropractic, gives the doctor permission and authority to care for the patient in accordance with the chiropractic tests, diagnosis and analysis. The chiropractic adjustment or other clinical procedures are usually beneficial and seldom cause any problem. In rare cases, underlying physical defects, deformities or pathologies may render the patient susceptible to injury. The doctor, of course, will not give a chiropractic adjustment, or health care, if he/she is aware that such care may be contraindicated. Again, it is the responsibility of the patient to make it known or to learn through health care procedure whatever he/she is suffering from: latent pathological defects, illness, or deformities which would otherwise not come to the attention of the doctor of chiropractic. The patient should look to the correct specialist for the proper diagnostic and clinical procedures. The doctor of chiropractic provides a specialize, non-duplicating health service. The doctor of chiropractic is licensed in a special practice and is available to work with other types of providers in your health care regime.

RESULTS

The purpose of chiropractic services is to promote natural health through the reduction of the VSS or VSC. Since there are so many variables, it is difficult to predict the time schedule or efficacy of the chiropractic procedures. Sometimes the response is phenomenal.

In most cases there is a more gradual, but quite satisfactory response. Occasionally, the results are less than expected. Two or more similar conditions may respond differently to the same chiropractic care. Many medical failures find quick relief through chiropractic. In turn, we must admit that conditions which do not respond to chiropractic care may come under the control or be helped through medical science. The fact is that the science of chiropractic and medicine may never be so exact as to provide definite answers to all problems. Both have made great strides in alleviating pain and controlling disease.

TO THE PATIENT

Please discuss any questions or problems with the doctor before signing this statement of policy.

I have read, and understand the foregoing.

SIGNATURE

DATE

AUTO INJURY CENTERS, INC.
2931 N Tenaya Way Suite 106
Las Vegas, NV 89128
Phone (702) 822-1212
Fax (702) 839-0964

ATTENTION PARENTS, GUARDIANS & GUESTS

To ensure the highest quality of care to all of our patients, children may not be left unattended in the hallways, bathroom, therapy area, or exam rooms.

If small children accompany you to your appointment, please provide adult supervision (other than yourself) during your appointment.

If your child is able to sit quietly on their own in the front waiting area they are welcome to watch children's programming while you receive your treatment.

Therapy is a time for our patients to relax as most of our patients are suffering from pain. In order to respect the courtesy of others, nobody other than the treating patient will be allowed in the therapy area.

Thank You

SIGNATURE OF PATIENT: _____

PRINTED NAME: _____

DATE: _____

AUTO INJURY CENTERS, INC.
Terry Akers D.C.
2931 N Tenaya Way Suite 106
Las Vegas, NV 89128
Phone: (702) 822-1212

ACKNOWLEDGEMENT-HEALTH INSURANCE

I, _____ hereby affirmatively instruct the provider not to bill my health insurance and forward the billing to my attorney to be paid from settlement resulting from the personal injury suffered on _____.

In addition, I understand that prior authorization may be required or the account may become stale dated and the provider will not be able to bill the health insurance, therefore any future disclosure of health insurance coverage to _____ or its assignee will not be considered.

Dated this _____ day of _____, 20____

Patient Signature

Patient Name (PLEASE PRINT)

DR. TERRY AKERS

Treating Doctor: _____

MEMBER NAME: _____

MEMBER SS#: _____

PATIENT NAME: _____

PATIENT DOB: _____

Please indicate by checking yes or no if you have health benefits (insurance) available through the H.E.R.E.I.U./Culinary/ABPA Fund.

_____ YES _____ NO

The following are covered under the plan:

- Local 226 Culinary
- Local 369 Musicians
- Local 165 Bartenders
- Local 720 Stage Hands

Signature: _____ Date: _____

Auto Injury Centers, Inc.

Dr. Terry Akers
CHIROPRACTIC PHYSICIAN

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

This is to authorize that medical information regarding:

Patient Name

Social Security #

Date of Birth

Be forwarded from:

Physician or Facility Name

Phone/Fax

Street Address

City

State

Zip

**To: Auto Injury Centers, Inc.
2931 N. Tenaya Way, Ste. #106
Las Vegas, NV 89128
Phone: (702) 822-1212
Fax (702) 839-0964**

Information Requested:

- X-Rays (type) _____ (date taken) _____
- X-Ray/ MRI Reports _____
- Copies of chart notes _____
- Laboratory/Pathology reports _____
- EMG or other special reports _____
- Billing & Full Records _____
- All Available/ other _____

Date

Authorizing signature

Relationship to patient

AUTO INJURY CENTERS, INC.

2931 N. Tenaya Way, Suite 106
Las Vegas, NV 89128

Dr. Terry Akers
Chiropractic Physician

Tel (702) 822-1212
Fax (702) 839-0964

DOCTOR'S LIEN

TO: Attorney/Insurance Carrier

RE: Patient records and doctor's lien

I do hereby authorize the above doctor to furnish you, my attorney/insurance carrier with a full report of his case history, examination, diagnosis, treatment, and prognosis of myself in regard to my accident/illness which occurred /began on _____.

I hereby give a lien to said doctor on any settlement, claim, judgment, or verdict as a result of said accident/illness, and authorized and direct you, my attorney/insurance carrier, to pay directly to said doctor such sums from such settlement, claim, judgment, or verdict as may be necessary to protect said doctor adequately.

I fully understand that I am directly and fully responsible to said doctor for all chiropractic bills submitted by him for services rendered me, and that this agreement is made solely for said doctor's additional protection and in consideration of his awaiting payment. And I further understand that such a payment is not contingent on any settlement, claim, judgment, or verdict by which I may eventually recover said fees.

Patient Signature Date _____

Patient Name (Please Print) Date _____

The undersigned, being attorney of record or authorized representative of insurance carrier for the above patient does hereby acknowledge receipt of the above lien, and does agree to honor the same to protect adequately said above named doctor.

Authorized Signature Date _____

NOTICE: Please date, sign and return original to above doctor's office.

AUTO INJURY CENTERS, INC.

2931 N. Tenaya Way, Suite 106
Las Vegas, NV 89128

Dr. Terry Akers
Chiropractic Physician

Tel (702) 822-1212
Fax (702) 839-0964

DOCTOR'S LIEN

TO: Attorney/Insurance Carrier

RE: Patient records and doctor's lien

I do hereby authorize the above doctor to furnish you, my attorney/insurance carrier with a full report of his case history, examination, diagnosis, treatment, and prognosis of myself in regard to my accident/illness which occurred /began on _____.

I hereby give a lien to said doctor on any settlement, claim, judgment, or verdict as a result of said accident/illness, and authorized and direct you, my attorney/insurance carrier, to pay directly to said doctor such sums from such settlement, claim, judgment, or verdict as may be necessary to protect said doctor adequately.

I fully understand that I am directly and fully responsible to said doctor for all chiropractic bills submitted by him for services rendered me, and that this agreement is made solely for said doctor's additional protection and in consideration of his awaiting payment. And I further understand that such a payment is not contingent on any settlement, claim, judgment, or verdict by which I may eventually recover said fees.

Patient Signature Date _____

Patient Name (Please Print) Date _____

The undersigned, being attorney of record or authorized representative of insurance carrier for the above patient does hereby acknowledge receipt of the above lien, and does agree to honor the same to protect adequately said above named doctor.

Authorized Signature Date _____

NOTICE: Please date, sign and return original to above doctor's office.