



POR FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE

Las líneas **oscuras** en esta página son cosas obligatorias, si le aplica a usted. Gracias por su cooperación.

Infomación del paciente

Nombre Completo: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
(nombre) (segundo nombre) (apellido)

Género: masculino femenino **Estado Civil:** soltero/a casado/a divorciado/a viudo/a

Dirección: _____ **Apto#:** _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Numero de teléfono: casa: _____ celular: _____

Correo electrónico: _____

Etnia hispano/a o latino/a no hispano/a o latino/a desconocido/prefiere no especificar

Raza: indio/a americano asiático afroamericano/a hawaiano/a nativo/a isleño/a del Pacífico
 caucásico/a otro desconocido/prefiere no especificar

Idioma Preferido: inglés. español chino(cantonés) chino (mandarín) francés alemán
 italiano japonés portugués ruso other

Lugar de Trabajo: _____ **Teléfono del Trabajo:** _____

Garante si no es el paciente (persona responsable por un menor de edad o adulto incapacitado)

Nombre completo: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Parentesco con el paciente:** _____

Dirección: _____ **Apto#:** _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____

Numero telefónico: Casa: _____ Celular: _____ **Correo electrónico:** _____

* Al proveer el numero telefónico o correo electrónico, esta dando consentimiento a ser contactado al relación a su tratamiento e información acerca se su cuenta de facturación.

Información del contacto de emergencia y relación al paciente

Nombre completo: _____ **Relación con el/la paciente:** _____ **Numero telefónico:** _____

Nombre completo: _____ **Relación con el/la paciente :** _____ **Numero telefónico :** _____

* La informació es confidencial y esta protegida por la lay de libertad de información y protección de la privacidad.

Segurao de salud primario

Segurao de salud secundario

Nombre del seguro de salud.	_____	_____
Titular de la póliza /Fecha de nacimiento	_____	_____
Relación del titular de la póliza al paciente	_____	_____
Numero de póliza	_____	_____
Grupo/Numero del plan	_____	_____

?Su seguro requiere una remisión? SI NO



Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Información del médico remitente

Nombre del médico: _____ Especialidad: _____ Nombre de la oficina: _____

Dirección: _____ Numero de teléfono: _____ Numero de fax: _____

Infomación de médico principal (solamente si es diferente al médico remitete)

Nombre del médico : _____ Especialidad : _____ Nombre de la oficina : _____

Dirección : _____ Numero de teléfono : _____ Numero de fax : _____

Otros médicos de atención especializada

Nefrología:

Nombre del médico: _____ Nombre de la oficina: _____ Ubicación: _____

Dirección : _____ Numero de teléfono : _____ Numero de fax: _____

Hematología/Oncología:

Nombre del médico: _____ Nombre de la oficina: _____ Ubicación: _____

Dirección: _____ Numero de teléfono: _____ Numero de fax: _____

Cardiologo:

Nombre del médico: _____ Nombre de la oficina: _____ Ubicación: _____

Dirección: _____ Numero de teléfono: _____ Numero de fax: _____

Endocrinología:

Nombre del médico: _____ Nombre de la oficina: _____ Ubicación: _____

Dirección: _____ Numero de teléfono: _____ Numero de fax: _____

Gastroenterología:

Nombre del médico: _____ Nombre de la oficina: _____ Ubicación: _____

Dirección: _____ Numero de teléfono: _____ Numero de fax: _____

Cirugía:

Nombre del médico: _____ Nombre de la oficina: _____ Ubicación: _____

Dirección: _____ Numero de teléfono: _____ Numero de fax: _____

Otro:

Nombre del médico: _____ Nombre de la oficina: _____ Ubicación: _____

Dirección: _____ Numero de teléfono: _____ Numero de fax: _____



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información de su farmacia

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____ Numero de fax: _____

Dirección de la farmacia: _____

Centro de diálisis

Nombre del centro de diálisis: _____ Ubicación : _____

Dirección del centro de diálisis: _____ Teléfono: _____ Numero de fax: _____

Medicamentos que causan moretones o sangrado

Aspirina..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Brilinta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Warfarin / Coumadin <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cilostazol <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Plavix <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aggrenox..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Eliquis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pradaxa..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Xarelto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prasugrel..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
No esteroídico Anti-inflamatorio (NSAIDs)	Fármacos Anti-inflamatorios no esteroideos
Advil..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mediprin <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alleve..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Motrin <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bextra <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Naproxin..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Celebrex <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nuprin <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ibuprofen <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vioxx <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Suplementos Herbales/Vitaminas	Suplementos Herbales/Vitaminas
Aceite de pescado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Linaza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Vitamina E <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Omega 3 suplementos..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Gingko Biloba <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ginseng..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Cirugías

Globos/Stents Fecha: _____	Vesícula Biliar Fecha: _____
Cirugía Aneurisma..... Fecha: _____	Apendectomía Fecha: _____
Cirugía de la Arteria Carótida..... Fecha: _____	Hernia Fecha: _____
Cirugía de bypass cardíaco..... Fecha: _____	Hemorrhoides..... Fecha: _____
Articulaciones (Caderas / Rodillas)..... Fecha: _____	Hysterectomía..... Fecha: _____
Espalda / Garganta Fecha: _____	Senos Fecha: _____
Hospitalizaciones Fecha: _____	Ojos / Oreja / Nariz / Garganta Fecha: _____



Condición actual

Síntomas Constitucionales

- Buena condición general reciente..... Sí No
 Aumento de peso reciente Sí No
 Reciente pérdida de peso Sí No
 Fiebre Sí No
 Fatiga/cansancio Sí No

Allergias / Inmunología

- Reacciones cutáneas o alérgicas a lo siguiente:
 Penicilina o algun otro antibiotico Sí No
 Mórphina, Demerol, o otros narcotics Sí No
 Novocain o otros anestéticos..... Sí No
 Aspirina o otros analgésicos Sí No
 Antitoxina Tetánica o otros sueros..... Sí No
 Yodo, Merthiolate o otros antisépticos..... Sí No
 Tomografía Computalrizada or Imagen Resonancia
 Magnética inyección de contraste..... Sí No

Hematológico / Lymfático

- Sanación lenta después de lesiones Sí No
 Tendencia a sangrado o hematomas Sí No
 Anemia Sí No
 Flebitis Sí No
 Glándulas agrandadas Sí No
 Historia de Thrombosis Venosa Profunda Sí No
 Historia de embolia pulmonar Sí No
 Antecedentes familiares de trastornos hemorrágicos o de
 coagulación Sí No

Tegumentario (piel, seno)

- Salpullido o picazón Sí No
 Cambio de color de piel Sí No
 Cambio en el cabello o uñas..... Sí No
 Venas varicosas..... Sí No
 Dolor en los senos Sí No
 Bulto en el pecho Sí No
 Secreción mamaria Sí No

Endocrina

- Problema glandular u hormonal..... Sí No
 Enfermedad de tiroides Sí No
 Diabetes Sí No
 Sed o orina excesiva..... Sí No
 Intolerancia al calor o al frío Sí No
 Aumento de resequedad de la piel Sí No
 Cambio de talla de sombrero o guante..... Sí No
 History of diálisis Sí No

Cardiovascular

- Problemas del corazón..... Sí No
 Dolor del pecho o angina de pecho..... Sí No
 Palpitaciones Sí No
 Falta de aliento al caminar Sí No
 Falta de aliento al acostarse Sí No
 Hinchazón de los pies, tobillos, o manos Sí No

Respiratorio

- Tos crónica o frecuente Sí No
 Escupir sangre..... Sí No
 Dificultad de respirar..... Sí No
 Siente que le falta el aliento Sí No
 Estornudos Sí No

Gastrointestinal

- Pérdida de apetito Sí No
 Cambios en las deposiciones..... Sí No
 Náuseas o vómitos Sí No
 Diarrea frecuente Sí No
 Deposiciones dolorosas Sí No
 Esteñimiento..... Sí No
 Sangrado rectal o sangre en las haces..... Sí No
 Dolor abdominal o acidez estomacal Sí No
 Úlcera péutica de estómago o duodenal..... Sí No

Genitourinaria

- Micción Frecuente Sí No
 Ardor o dolor al orinar..... Sí No
 Sangre en la orina Sí No
 Cambio de fuerza o esfuerzo al orinar Sí No
 Incontinencia o goteo Sí No
 Cálculos renales Sí No
 Dificultad sexual Sí No
 Hombres: dolor de testículo Sí No
 Mujeres: períodos dolorosos Sí No
 Mujeres: períodos irregulares..... Sí No
 Mujeres: flujo vaginal..... Sí No

Musculoesquelético

- Dolor de articulaciones Sí No
 Rigidez o hinchazón de las articulaciones Sí No
 Debilidad de músculos / articulaciones Sí No
 Dolor de espalda Sí No
 Extremidades frías..... Sí No
 Dificultad para caminar..... Sí No



Continuación de condición actual

Ojos

- Enfermedad o lesión ocular..... Sí No
- Usa anteojos o lentes de contacto..... Sí No
- Visión borrosa o doble..... Sí No
- Glaucoma..... Sí No

Oídos / Nariz / Garganta / Boca

- Pérdida de audición o timbre..... Sí No
- Dolor de oído o supuración..... Sí No
- Problema crónico sinus / rinitis..... Sí No
- Hemorragias nasales..... Sí No
- Úlceras de boca..... Sí No
- Sangrado de las encías..... Sí No
- Mal aliento o sabor de boca..... Sí No
- Dolor de garganta..... Sí No
- Cambio de voz..... Sí No
- Glándulas inflamadas en el cuello..... Sí No

Neurological

- Dolores frecuentes o recurrentes de cabeza..... Sí No
- Mareado..... Sí No
- Convulsiones..... Sí No
- Entumecimiento u hormigueo..... Sí No
- Tremblores..... Sí No
- Parálisis..... Sí No
- Accidente cerebrovascular..... Sí No
- Lesiones a la cabeza..... Sí No

Psiquiátrico

- Pérdida de memoria o confusión..... Sí No
- Nerviosismo..... Sí No
- Depresión..... Sí No
- Insomnio..... Sí No

Problemas de salud

- | | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Accidente cerebrovascular..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas del corazón..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ataque al corazón..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre reumática..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Emfisema..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberculosis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neumonía..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sangrado / Problemas de coagulación..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problema del habla / audición..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros problemas de salud..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Alergias..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas en los riñones..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ictérica / Hepatitis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alta presión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de espalda..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Artritis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problema de estómago / úlcera..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transfusión de sangre (Fecha/s:.....) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Historia familiar

- | | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Problemas del Corazón..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alta presión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Cáncer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accidente cerebrovascular..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros Problemas de salud:..... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Southern California Multi-Specialty Center
5805 Sepulveda Blvd. Suite 690 Sherman Oaks, CA 91411



REGLAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS

Tarjetas de seguro médico: Por favor de traer su tarjeta de membresía de seguro médico más actual a cada cita. Al fallar en notificarnos intencionalmente de los cambios en su cobertura de seguro puede constituir un fraude de seguros, y es posible que estemos obligados a informar a las autoridades.

Manteniendo sus citas: En caso de ser necesario cancelar alguna de las citas en el consultorio, deberá hacerse con al menos un día hábil complete de aviso y 3 días hábiles completos de aviso para los procedimientos quirúrgicos. No presentarse a una visita al consultorio, o la cancelación con menos de 24 horas de anticipación, constituye una ausencia y está sujeta a sanción por una tarifa de \$25. Si no se presenta a un procedimiento quirúrgico, o la cancelación con menos de 3 días de anticipo, constituye también una ausencia y esta sujeta a una tarifa de \$250. La cancelación debido a la falta de referencia (ver a continuación) se considera una ausencia. Es posible que se de por terminada la relación como paciente en este consultorio por incumplimiento de sus obligaciones financieras. _____ **Iniciales**

Planes de seguro médico: Aunque podemos informarle si creemos que participamos con su compañía de seguro, no somos responsables de ninguna garantía que se le haga con respecto a si los servicios particulares prestados en esta práctica están cubiertos por su plan. Usted y solo usted es responsable de comprender las disposiciones por su plan y cobertura de seguro médico. Recomendamos que se comunique con su proveedor antes de recibir los servicios para verificar sus responsabilidades financieras y nuestro estado de participación en su red específica.

Referencias y autorizaciones previas: Usted es responsable de obtener todas las remisiones necesarias antes de su cita, si así lo requiere su plan de salud. Haremos todo lo posible para asegurarnos de que tenga uno si lo necesita, pero la responsabilidad final es suya. Si su plan requiere una derivación o autorización que usted no obtiene, y su plan de salud se niega a pagar por cualquier reclamo por falta de remisión o autorización, usted acepta explícitamente ser responsable de nuestros cargos por cualquier visita afectada, incluso si las disposiciones de su plan estipulan que de otra manera no lo estarían (está renunciando a esa defensa). Si llega a una cita sin la una remisión requerida y debe reprogramarla, al visita cancelada puede considerarse como una ausencia, como se indicó anteriormente.

Medicare: Si tiene cobertura con Medicare original (esto significa Medicare directamente del gobierno) o Medicare Advantage (esto significa Medicare proporcionado a través de un proveedor comercial) es su responsabilidad comprender de las disposiciones de su plan y cobertura de seguro médico. Cada beneficiario de Medicare original es responsable de un deducible anual y un seguro compartido del 20%. Cualquier parte de este deducible y seguro compartido que no esté cubierta por una aseguradora complementaria será su responsabilidad financieramente de pagar. Usted es totalmente responsable por las limitaciones de cobertura, independientemente de su conocimiento de los detalles. Si tiene Medicare y otro seguro, es responsable de proporcionar el seguro primario correcto en su visita. Si tiene un seguro complementario que no se transfiere automáticamente, y/o no se paga dentro de los 60 días posteriores a la fecha del servicio, se le fracturará el deducible y el seguro compartido, y es posible que le den un reembolso para que lo presente usted mismo. Al firmar a continuación, acepta específicamente estos términos, y se exime de cualquier protección que su plan de seguro pueda ofrecerle con respecto a esta disposición.

Seguro comercial dentro de la red: Si tiene un plan de seguro en el que participa el proveedor y bajo el cual tiene beneficios dentro de la red, presentaremos reclamaciones a la compañía de seguros y, al recibir la adjudicación de la compañía, le facturaremos cualquier saldo que pueda aplicarse a su responsabilidad financiera. Si su plan tiene un copago, es su responsabilidad de pagarlo en su totalidad al momento del servicio, incluso si el monto no está impreso en su tarjeta de seguro. Tener su pago listo al momento de registrarse para la consulta. Tenga en cuenta que, si no paga su copago en el momento del servicio, será responsable de pagar una tarifa de factura de \$15. Si su compañía de seguros nos informa que el monto de su copago es mayor que lo que está impreso en la tarjeta que proporciona, usted es responsable del pago de la diferencia. Si su plan nos informa en cualquier momento que no tiene cobertura para los servicios presentados, o su póliza está agotada, o no está cubierto por los servicios prestados por cualquier motivo, incluso retroactivamente, usted será responsable de la totalidad del saldo.

Seguro comercial fuera de red: Si tiene un plan de seguro con el que no participamos, pero bajo los cuales tiene beneficios fuera de la red, podríamos acordar presentar reclamos por los servicios prestados. Es posible que deba pagar algunos o todos los cargos por adelantado para cubrir su obligación por los servicios prestados y después de recibir la adjudicación de la compañía de seguros, Podemos facturarle el saldo.

REGLAMENTOS y PROCEDIMIENTOS

Si su plan nos informa en cualquier momento de que no tiene cobertura para los servicios prestados fuera de la red, o su póliza está agotada, o no está cubierto por los servicios prestados por cualquier motivo, usted será responsable de todo el saldo. Si su plan nos emite el pago por los servicios presentados fuera de la red, es posible que usted sea responsable de una parte o la totalidad del saldo que le



Southern California Multi-Specialty Center
5805 Sepulveda Blvd. Suite 690 Sherman Oaks, CA 91411



fracturaremos. Si su plan realice pagos directamente al paciente o al titular de la póliza por los servicios prestados, usted es responsable de entregarnos el pago completo inmediatamente después de recibirlo, endosando el cheque a Southern California Multi-Specialty Center, junto con una copia completa de la Explicación de Beneficios. En caso de que la compañía de seguros le emite el pago y no nos lo entregue inmediatamente en su totalidad, se emprenderá una acción legal y es posible que se le de una parte o la totalidad del saldo, que le fracturaremos. Solo puede enviar reclamaciones a su seguro principal; es posible que le entreguen un recibo que pueda enviar al seguro secundario. Las facturas de saldo vencen inmediatamente después de su recepción.

Falta de pago del seguro médico: Los servicios que no hayan sido pagados por su compañía de seguro médico dentro de los 60 días posteriores a la presentación del reclamo se convertirán en su responsabilidad financiera de pagar en su totalidad. En caso de cancelación retroactiva, usted es responsable inmediatamente después de que el transportista nos lo notifique. Esta política aplica por igual a los planes dentro y fuera de la red. Si su compañía de seguros luego realiza el pago de dicha reclamación, se le reembolsará su pago, menos cualquier monto que se haya sido aplicado a su responsabilidad financiera por su compañía de seguros dentro de la red.

Saldos y cobranzas: Es nuestro derecho y responsabilidad facturarle cualquier parte de su tratamiento que su seguro médico asigne a su responsabilidad. Es su responsabilidad, según se detalla en los términos de su póliza de seguro médico, pagar dicha parte. Si no envía el pago completo de dichas facturas dentro de un período razonable y con un aviso razonable, su cuenta puede ser enviada a cobranza. Si eso sucede, usted acepta reembolsarnos los honorarios de cualquier agencia de cobranza, que pueden basarse en un porcentaje de un máximo del 30% de la deuda, y todos los costos y gastos, incluidos los honorarios razonables de abogados, en los que incurramos en tales esfuerzos de cobranza. Si entrega un cheque sin fondos, deberá pagar un cargo de \$35 y no podrá volver a pagar con cheque personal. Es posible que nuestro consultorio lo despidiera como paciente por incumplimiento de sus obligaciones financieras.

Pacientes que pagan por su cuenta: si no tiene seguro médico o está recibiendo servicios que se sabe que generalmente no están cubiertos, nuestra política es que debe pagar por esos servicios antes de salir del consultorio. Si tiene un seguro a través de un seguro fuera de la red al que no estamos de acuerdo en presentar reclamaciones en su nombre, puede solicitar un recibo en el momento del servicio.

Ambiente libre de humo: El Centro de Especialidades Múltiples del Sur de California es un ambiente libre de humo. Está prohibido fumar (incluido el tabaco sin humo, los cigarrillos electrónicos y el vapeo, independientemente del contenido de tabaco) en cualquiera de nuestras ubicaciones.

Entorno libre de armas: el Centro de Especialidades Múltiples del Sur de California se esfuerza por mantener un entorno libre de violencia e intimidación. Las armas de cualquier tipo están prohibidas en todas nuestras propiedades, aparte de los agentes del orden autorizados. Para los propósitos de esta política, las armas se definen como cualquier implemento o herramienta cuya función principal es causar daño corporal a la persona contra quien se usa.

Campos de energía: Southern California Multi-Specialty Center y sus subsidiarias prestan servicios en lugares (incluidos, entre otros, aquellos que son de su propiedad y alquilados por ellos) que contienen campos de energía o radiación peligrosos, como rayos X. Las pacientes que están embarazadas (incluidas las que piensan que pueden estarlo) y / o son susceptibles a la radiación deben notificarlo al personal médico. Al firmar a continuación, usted libera a los propietarios, médicos y personal del Centro de Especialidades Múltiples del Sur de California y sus subsidiarias de todas las demandas, reclamos, responsabilidades o demandas de todo tipo y carácter que usted o sus herederos, albaceas, administradores o cesionarios puedan en el futuro. , deberá o puede haber surgido de su presencia en cualquiera de estos lugares.

Pruebas de laboratorio: si usted es miembro de un plan de seguro que requiere que sus muestras de laboratorio se envíen a un laboratorio en particular, y usted se lo informa a esta oficina, con gusto enviaremos sus muestras a ese laboratorio, a menos que el proveedor determine que se prefiere otro laboratorio por razones médicas. Sin embargo, independientemente de a qué laboratorio se envíen las muestras de pacientes para su análisis, usted es totalmente responsable de todos los cargos evaluados por el laboratorio y deberá manejar los asuntos financieros directamente con el laboratorio.

Privacidad: una persona es responsable de la invasión constructiva de la privacidad cuando intenta capturar cualquier tipo de imagen visual, grabación de sonido u otra impresión física de otra persona que participa en una actividad personal o familiar en circunstancias en las que esa persona tenía una expectativa razonable de privacidad. Una persona que viole estas disposiciones estaría sujeta a una multa civil de no menos de \$5,000 y no más de \$50,000 [Código Civil de California, Sección 1708.8]. El Centro de Especialidades Múltiples del Sur de California cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.
enter complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate based on race, color, national origin, age, disability, or sex.



Southern California Multi-Specialty Center
5805 Sepulveda Blvd. Suite 690 Sherman Oaks, CA 91411



He leído, entiendo completamente, acepto y acepto cumplir con todas las disposiciones, políticas y condiciones anteriores. Doy mi consentimiento para la asignación de beneficios de seguro médico autorizados por mi aseguradora de salud al Centro de Especialidades Múltiples del Sur de California (y sus subsidiarias) para cualquier servicio que me brinden a mí o a mis dependientes. Autorizo a cualquier proveedor o proveedor de servicios en esta oficina a divulgar la información requerida para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros. Autorizo que se utilice una copia de este documento en lugar del original.

Nombre del paciente (Por favor escriba claramente):

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



Southern California Multi-Specialty Center
5805 Sepulveda Blvd. Suite 690 Sherman Oaks, CA 91411



Asignación & Liberación

Yo, (nombre en letra de molde del paciente o tutor legal) _____, autorizo el pago directamente al Southern California Multi-Specialty Center (y / o sus subsidiarias, incluido el Southern California Hepatobiliary Pancreatic and Robotic Surgery Institute, y a Southern California Vein & Artery Specialists, Inc) de todos los beneficios del seguro pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro, y de todos los servicios prestados para mí o para mis dependientes. Si mi plan de seguro requiere una autorización o remisión, y no obtengo una por los servicios que recibo, entiendo que soy responsable de todos los cargos, incluso si las disposiciones de mi plan estipulan que de otra manera no lo sería. Autorizo a cualquier proveedor o proveedor de servicios en esta oficina a divulgar la información requerida para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros. Autorizo que se utilice una copia de este documento en lugar del original. He leído y estoy de acuerdo con lo anterior.

♦ Firma del paciente o garante: _____ Fecha: _____

En caso de una emergencia, yo, (nombre en letra de molde del paciente o tutor legal) _____, por la presente autorizo y doy permiso directamente a Southern California Multi-Specialty Center (y / o sus subsidiarios(as), incluyendo al Instituto de Southern California Multi-Specialty Center (y / o sus subsidiarias, incluido el Southern California Hepatobiliary Pancreatic and Robotic Surgery Institute, y a Southern California Vein & Artery Specialists, Inc), para contactar y informar a las personas mencionadas anteriormente y revelar mi información personal con respecto a tratamientos, procedimiento(s), cirugía(s) y otros hechos e intervenciones revelantes relacionados con mi atención. He leído y estoy de acuerdo con lo señalado en el presente escrito.

♦ Firma del paciente o garante: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA FOTOGRAFÍAS

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una disposición conocida como Regla de Privacidad, como resultado de la aprobación de la ley HIPAA (por sus siglas en inglés) y su ómnibus. Fue creado para proporcionar un estándar para que ciertos proveedores de atención médica obtengan el consentimiento de sus pacientes para el uso y divulgación de información médica protegida.

Como nuestro paciente, queremos que sepa que respetamos la privacidad de sus registros médicos personales y que haremos todos los esfuerzos razonables para asegurar y proteger esa privacidad de conformidad con la ley. Parte de su tratamiento puede incluir fotografías y / o videos de su cara y / u otras partes del cuerpo. Estos pueden ser utilizados por nuestra oficina para tratamientos educativos y / o con fines publicitarios. Cuando es apropiado y necesario, proporcionamos la información mínima necesaria solo a aquellos que creemos que necesitan su información de atención médica e información sobre tratamiento, pago u operaciones de atención médica, para brindarle la atención médica que más le conviene. Parte de su tratamiento puede incluir fotografías y / o videos de su cara y otras partes del cuerpo.

Puede negarse a dar su consentimiento para el uso o la divulgación de su información de salud personal, pero debe hacerlo por escrito. Si opta por dar su consentimiento en este documento, en algún momento futuro puede solicitar rechazar toda o parte de su información médica personal. No puede revocar acciones que ya se hayan tomado y que se basaron en este consentimiento o en un consentimiento previamente firmado.

Si tiene alguna inquietud sobre esta política o formulario, solicite hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA (por sus siglas en inglés).

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFÍAS

Yo, (nombre en letra de molde del paciente o tutor legal) _____, por la presente doy mi consentimiento al Centro de Especialidades Múltiples del Sur de California y sus subsidiarias para tomar y / o exhibir fotografías y / o videos de la cara y otras partes del cuerpo del paciente. Las fotografías o el video se utilizarán como parte de la información médica y / o con fines educativos por Southern California Multi-Specialty Center y / o sus subsidiarias. Los médicos y el personal del consultorio protegerán mis datos personales, como el nombre, la edad y la fecha de nacimiento, para que no se muestren.

Además, entiendo que si se utilizan las fotografías y / o el video, no espero compensación, financiera o de otro tipo, por el uso de estas fotografías y / o videos y renuncio a todos esos derechos.

♦ Firma del paciente o garante: _____ Fecha: _____ Testigo: _____



Southern California Multi-Specialty Center
5805 Sepulveda Blvd. Suite 690 Sherman Oaks, CA 91411

RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

- ◆ He recibido su Aviso de prácticas de privacidad y / o se me ha brindado la oportunidad de revisarlo.
- ◆ Acepto que los mensajes telefónicos relacionados con mis citas, renovaciones de recetas, resultados de pruebas y toda otra información médica protegida * ("PHI" por sus siglas en inglés) se puedan dejar para mí en los sistemas de correo de voz y contestadores automáticos en los siguientes números de teléfono, además de cualquier otro números proporcionados por mí:

(___ ___) ___ ___ - ___ ___ ___

Casa / Oficina / Celular / Otro: _____

(___ ___) ___ ___ - ___ ___ ___

Casa / Oficina / Celular / Otro: _____

- ◆ Acepto que mi información médica protegida se pueda compartir con mi cónyuge (si corresponde), otros proveedores médicos y las siguientes personas (si corresponde).

- ◆ Entiendo que puedo cambiar cualquiera de los acuerdos anteriores, en cualquier momento, notificando por escrito al Centro de Especialidades Múltiples del Sur de California a la atención del Oficial de Cumplimiento de HIPAA (por sus siglas en inglés).
- ◆ Acepto que el Centro de Especialidades Múltiples del Sur de California y sus subsidiarias pueden comunicarse conmigo en cualquier dirección de correo electrónico que le proporcione en relación con la información médica protegida y la información médica no protegida.

**como se define en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 y sus regulaciones, según se puedan enmendar de vez en cuando ("HIPAA" por sus siglas en inglés)*

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

- ◆ Firma del paciente: _____

PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Por la presente solicito que se divulgue información médica protegida del registro médico de:

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Firma de expedients de liberación: _____

Envíe los expedientes a:

Southern California Multi-Specialty Center
5805 Sepulveda Boulevard
Suite 690
Sherman Oaks CA 91411-2522
Fax: (818) 900-6488

Esta solicitud y autorización se aplican a: *(marque la selección apropiada)*

- Toda la información de salud.
- Solo información de salud relacionada con el siguiente tratamiento, condición o fecha(s): _____

Por la presente autorizo y solicito la pronta divulgación de registros médicos sin excepción, que incluyen, entre otros, notas clínicas, pruebas de laboratorio, informes de patología, informes de radiología, mensajes, recetas, consultas y registros secundarios.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

- ◆ Firma del paciente: _____