

DR. JEFFREY KLEIS DPM

NOMBRE: _____ FECHA DENACIMIENTO: ____/____/____

RAZON PARA VISITA: _____

HISTORIA MEDICA

ALERGIAS (MEDICINA, COMIDA, ECT):

--

MEDICAMENTOS

CIRUGIAS Y FECHAS:

HISTORIAL MEDICO FAMILIAR (CIRCULE SI O NO) ALGUN FAMILIAR SUYO HA TENIDO (MADRE, PADRE, HERMANOS):

CANCER <i>SI NO</i>	PROBLEMAS DE CORAZON <i>SI NO</i>
DIABETES <i>SI NO</i>	PRESION ALTA <i>SI NO</i>

HA PADECIDO ALGO DE LO SIGIENTE: (CIRCULE SI O NO)

<i>S N</i> PRESION ALTA	<i>S N</i> ARTRITIS	<i>S N</i> ULCERA DIGESTIVA	<i>S N</i> CONVULSIONES
<i>S N</i> DIABETES	<i>S N</i> NEUMONIA	<i>S N</i> PROBLEMAS DE LA VESICULA BILIAR	<i>S N</i> SENSACION DE ADORMECIMIENTO/HORMIGUEO
<i>S N</i> GLAUCOMA	<i>S N</i> SOPLO DE CORAZON	<i>S N</i> HEPATITIS/ICTERICIA	<i>S N</i> DESMAYOS
<i>S N</i> DOLORES DE CABEZA	<i>S N</i> TARDA EN CERRAR LAS HERIDAS	<i>S N</i> SANGRE EN EL EXCREMENTO	<i>S N</i> SEDIENTO CON MUCHA FRECUENCIA
<i>S N</i> ENFERMEDAD / LESIONES EN LOS OJOS	<i>S N</i> ANEMIA	<i>S N</i> HEMORROIDES	<i>S N</i> HA CONSIDERADO EL SUICIDO
<i>S N</i> INFECCIONES EN LOS OIDOS	<i>S N</i> FLEBITIS	<i>S N</i> CAMBIO EN EL HABITO DE DEFECAR	<i>S N</i> DIFICULTAD AL EMPEZAR ORINAR
<i>S N</i> ASMA	<i>S N</i> MORETONES ANORMAL	<i>S N</i> RETORCIONES/DOLOR ABDOMINAL	<i>S N</i> PROBLEMAS DE LA PROSTATA
<i>S N</i> DOLOR DE PECHO	<i>S N</i> SANGRAMIENTO ANORMAL	<i>S N</i> PROBLEMAS DE RINON/PIEDRAS EN EL RINON	<i>S N</i> DOLOR O INFLAMACION DE LOS TESTICULOS
<i>S N</i> FALTA DE RESPIRACION	<i>S N</i> CANCER	<i>S N</i> ENFERMEDAD DE LA TIROIDES	<i>S N</i> SANGRE EN LA ORINA
<i>S N</i> SANGRAMIENTO EXCESIVO DESPUES DE CIRUGIA O EXTRACCION DE DIENTES		<i>S N</i> DIFICULTAD PARA DORMIRSE	<i>S N</i> OTRO: _____

¿ESTAS EMBARAZADA? *S N N/A*

¿ESTAS DANDO LECHE MATERNO? *S N*

FUMAO A FUMADO ALGUNA VEZ ? *SI No* NUMERO DE CIGARRILLOS _____ #ANOS _____
 TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS? *SI No* NUMERO POR SEMENA _____ USA DROGAS? *SI No*

FIRMA _____ FECHA _____

Fecha de Hoy:

Información de Paciente

Primer Nombre y Apellido		Idioma Preferido	
Direccion		Cuidad, Estado	Numero Postal
Telefono (Casa)	Telefono (Celular)	Telefono (Trabajo)	Correo Electrónico
Fecha de Nacimiento	Edad	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
Preferencia de contacto: <input type="checkbox"/> Telefono (Casa) <input type="checkbox"/> Telefono (Celular) <input type="checkbox"/> Telefono (Trabajo) <input type="checkbox"/> Correo Electrónico			

*Su selection nos da permiso para contactarlo.

Nombre de su Empleo / Escuela

Contacto de Emergencia	Relacion	Telefono
¿Cómo se enteró usted de nuestra oficina?	La visita de hoy es relacionada a: Trabajo or accidente	

Responsabilidad Financiera

La persona responsable de la Cuenta		Relacion al paciente	
Direccion(si es diferente)		Cuidad, Estado	Numero Postal
Telefono (Casa)	Telefono (Celular)	Telefono (Trabajo)	Empleo
Fecha de Nacimiento	Seguro Social	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer

Seguro Primario

Nombre de la compania de Seguros		Telefono de su seguro	
Direccion de la compania de seguros		Cuidad, Estado	Numero Postal
Nombre del Asegurado		Numero de identificacion	Numero de Grupo
Fecha de Nacimiento		Seguro Social	

Seguro Secundario

Nombre de la compania de Seguros		Telefono de su seguro	
Direccion de la compania de seguros		Cuidad, Estado	Numero Postal
Nombre del Asegurado		Numero de identificacion	Numero de Grupo
Fecha de Nacimiento		Seguro Social	

Consentimiento de Tratamiento

Soy el paciente o Soy el padre/guardián del paciente o Otra Relación _____

Yo autorizo tal cuidado médico, tratamiento o pruebas de diagnóstico como puede ser recomendado y entiendo que no hay garantía o garantía de resultado ni curación. Este se quedará vigente hasta que retire mi consentimiento por escrito.

La firma de Paciente/Padre/Guardián:

Fecha:

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Al firmar este formulario usted acusa el haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Dr. Kleis DPM. Nuestras Prácticas de Privacidad proporcionan información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información privada. Le invitamos a leerlo en su totalidad.

Nuestras Prácticas de Privacidad están sujetas a cambios.

Firma del Paciente/Representante del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente/Representante del Paciente

Relación con paciente

(por favor en letra de imprenta)

PARA USO OFICIAL:

Hemos intentado obtener un acuse de recibo del paciente de nuestras Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener en éste caso por la siguiente razón:

Paciente Negó a Firmar

Representante del Paciente Negó a Firmar

Situación de Emergencia Impidió Firma

Otros (especificar) _____

Firma del Representante del Proveedor

Date

Permiso para Divulgar Información

Según lo requerido por el acto Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996, usted tiene el derecho de solicitar que las comunicaciones sobre su información personal de salud deben realizarse a través de canales confidenciales. Si usted solicita recibir comunicaciones confidenciales de PHI por medios alternativos, debe darnos una dirección alterna u otro método para poder comunicarnos con usted. ***Debe proveernos con un método de contacto y comunicación.***

No se le preguntará el por qué usted está haciendo su solicitud, y nos esforzaremos en complacer toda solicitud razonable.

Esta petición sustituye cualquier petición de comunicación de información que yo haya hecho anteriormente.

Autorización Extendida

Haga una lista de personas a las que si quiere que tengan acceso a sus facturas, citas o información médica (con la exclusión de la información que se encuentra protegida por ley estatal y federal), como su cónyuge, cuidador u otro miembro familiar:

Nombre _____ Relación con Paciente _____

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Restricciones sobre Métodos de Comunicación

Nuestros métodos de comunicación con usted pueden ser a través de correo electrónico, correo electrónico seguro, y teléfono, incluyendo dejando mensajes en su contestadora telefónica/correo de voz. Por favor, indique a continuación la forma en que usted **NO** desea recibir comunicaciones::

- No hay restricciones
- No llame al número de teléfono(s): _____
- No deje mensajes o correos de voz en el número de teléfono(s): _____
- No mande correo electrónico a la siguiente dirección(es): _____
- Otros (se ruega especificar): _____

Firma del Paciente /Parte Responsable

Fecha

Nombre del Paciente/ Parte Responsable (en letra de imprenta)

Relación con Paciente

Acuerdo de Responsabilidad Financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a proporcionar atención médica y servicios de alta calidad a todos nuestros pacientes. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que le exigimos que usted lea y acepte antes de iniciar cualquier tratamiento.

- Por favor, entiendan que el pago de su factura es considerada como parte de su tratamiento. Los honorarios deben ser pagados al obtener los servicios. Aceptamos pagos en efectivo, cheques, tarjetas de crédito y seguros pre-aprobados en los cuales somos proveedores contratados y somos además el proveedor primario designado, si viene al caso.
- Es su responsabilidad saber cuáles son sus propios beneficios del seguro médico, incluso la cuestión de si somos un proveedor médico bajo contrato con su compañía de seguros, beneficios cubiertos y las exclusiones de su póliza de seguro, y cualquier pre-requisito para la autorización de su compañía de seguros.
- Nosotros trataremos de confirmar el alcance de su cobertura antes de su tratamiento. Es su responsabilidad proporcionar la exacta información del seguro, incluidas todas las actualizaciones o cambios en la cobertura. Si Ud. no proporciona esta información, usted será responsable del monto total de la factura.
- Si tenemos un contrato con su compañía de seguros le facturaremos a su compañía de seguros en primer lugar, menos cualquier copago(s) o deducible(s), y, después de eso, el resto será su responsabilidad. Este proceso generalmente toma entre 45-60 días desde el momento en que la reclamación es recibida por la compañía de seguros.
- Si no tenemos un contrato con su compañía de seguros, Ud. es responsable por el monto total de todos los servicios prestados al final de su visita. Nosotros le proporcionaremos un recibo que se puede presentar a su compañía de seguros para reembolso.
- Comprobante de pago y ID con foto son requeridos para todos los pacientes. Nosotros pediremos hacer una copia de su ID y tarjeta de seguro para nuestros registros. El proporcionarnos con una copia de su tarjeta de seguros no confirma que su seguro está vigente ni que los servicios prestados serán cubiertos por su seguro. He leído la información acerca de la responsabilidad financiera antes indicada, y mi firma abajo sirve como reconocimiento a una clara comprensión de mi responsabilidad financiera. Yo entiendo que si mi compañía de seguros me niega la cobertura y/o el pago por servicios prestados, yo asumo la responsabilidad financiera y pagaré todos los gastos en su totalidad.

Firma del paciente /Parte responsable

Fecha

Nombre del paciente/Parte responsable

Relación con paciente

ACUERDO DE ARBITRAJE ENTRE MÉDICO Y PACIENTE

Artículo 1: Acuerdo de arbitraje: Se sobrentiende que todo conflicto relacionado con la mala praxis médica, ya sea si los servicios médicos prestados según este contrato eran innecesarios o no autorizados, o se prestaron inadecuada, negligente o incompetentemente, o no, será resuelto mediante arbitraje, conforme a las leyes del Estado de California, y no mediante demanda o recurso de acción judicial, con excepción de la revisión judicial de las diligencias de arbitraje, conforme a las leyes del Estado de California. Ambas partes, al firmar este contrato, renuncian a su derecho constitucional de que tal conflicto se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en su lugar, aceptan someterse a arbitraje.

Artículo 2: Toda reclamación ha de someterse a arbitraje: Es la intención de las partes que este acuerdo vincule a todas aquellas partes cuyas reclamaciones surjan o estén relacionadas con el tratamiento o el servicio prestado por el médico, incluyendo todo cónyuge o heredero del paciente y a todos sus hijos, hayan nacido o no, en el momento en que ocurrió el acontecimiento del cual surge dicha reclamación. En el caso de una madre embarazada, el término "paciente" aquí se refiere tanto a la madre como al bebé o a los bebés que ella espera.

Toda reclamación por daños y perjuicios monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de demandas de menor cuantía en contra del médico, de sus socios y adjuntos, de la agrupación, de la persona jurídica o de la sociedad, y de los empleados, agentes o patrimonio de cualquiera de ellos, deben someterse a arbitraje incluyendo, pero sin limitarse a, reclamaciones por pérdida de consorcio conyugal, muerte por negligencia de un tercero, daños psicológicos o daños punitivos. El hecho de que el médico o el paciente inicie una acción judicial en cualquier tribunal para recaudar o refutar honorarios médicos, no significa que se renuncie al derecho de que se imponga el arbitraje para resolver toda reclamación por mala praxis. Sin embargo, tras alegar una reclamación de mala praxis, toda disputa de honorarios, bien sea o no el sujeto de cualquier acción judicial existente, también deberá resolverse mediante arbitraje.

Artículo 3: Procedimiento y Derecho Aplicable: Una demanda de arbitraje ha de ser notificada por escrito a todas las partes. Cada parte elegirá un árbitro (árbitro de esa parte) dentro del plazo de treinta días y un tercer árbitro (árbitro neutral) deberá ser elegido por los árbitros nombrados por las partes dentro del plazo de treinta días desde que se haya hecho una demanda de árbitro neutral por cualquiera de las partes. Cada parte involucrada en el arbitraje deberá pagar una parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos de arbitraje en los que se haya incurrido o que hayan sido aprobados por el árbitro neutral, sin incluir honorarios de letrado ni de testigo u otros gastos en los que se haya incurrido por una de las partes para su propio beneficio. Las partes acuerdan que los árbitros tienen la inmunidad de un agente judicial en lo que se refiere a responsabilidad civil cuando estén actuando en su calidad de árbitro según este contrato. Esta inmunidad deberá suplementar, no suplantar, cualquier otro derecho, jurisprudencial o legislado, que proceda.

Cada parte tendrá el derecho absoluto a arbitrar por separado los asuntos de responsabilidad civil y daños y perjuicios mediante petición por escrito al árbitro neutral. Las partes consienten la intervención y asociación en este arbitraje de quien de otra manera sería una parte adicional adecuada en una acción judicial y, tras dicha intervención y asociación, toda acción judicial existente en contra de tal persona o entidad adicional deberá ser suspendida pendiente del arbitraje.

Las partes acuerdan que las disposiciones de derecho del Estado de California aplicables a los proveedores de asistencia médica se aplicarán también a los conflictos en el seno de este acuerdo de arbitraje incluyendo, pero sin limitarse a, los artículos 340.5 y 667.7 del Código de Procedimiento Civil y los artículos 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Toda parte puede interponer una petición ante los árbitros, solicitando se dicte un fallo judicial sumario o un fallo extrajudicial sumario de conformidad con el Código de Procedimiento Civil del Estado de California. La divulgación de pruebas deberá llevarse a cabo según el artículo 1283.05 del Código de Procedimiento Civil; sin embargo, se pueden llevar a cabo declaraciones juradas verbales sin que hayan sido aprobadas previamente por el árbitro neutral.

Artículo 4: Disposiciones Generales: Toda reclamación basada en el mismo incidente, transacción o circunstancia afín deberá arbitrarse en un sólo proceso. Deberá renunciarse a la reclamación y ésta se anulará para siempre si (1) en la fecha en que se reciba notificación dicha reclamación y una vez alegada en una demanda civil, fuera anulada según lo dispuesto por la ley de prescripción del Estado de California procedente o (2) la parte demandante no prosigue con la reclamación de arbitraje con diligencia razonable, de conformidad con los procedimientos aquí establecidos. En lo que respecta a cualquier otro asunto no previsto aquí expresamente, los árbitros serán regulados por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil del Estado de California relacionadas con el arbitraje.

Artículo 5: Cancelación: Este acuerdo puede cancelarse mediante notificación por escrito entregada al médico dentro del plazo de treinta (30) días desde la fecha de su firma. El propósito de este acuerdo es que sea pertinente para todos los servicios médicos prestados en todo momento por cualquier enfermedad.

Artículo 6: Vigenda Retroactiva: Si el paciente pretende que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha de su firma (incluyendo, pero sin limitarse a, tratamiento de emergencia), el paciente deberá escribir sus iniciales a continuación:

Entra en vigencia en la fecha en que se prestaron los servicios médicos iniciales

Iniciales del Paciente o del Representante del Paciente

Si alguna de las disposiciones del presente acuerdo de arbitraje se considera inválida o imposible de hacer cumplir, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y no serán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición.

Entiendo que tengo derecho a una copia de este acuerdo de arbitraje. Al firmar al pie de la página acuso recibo de dicha copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED SE COMPROMETE A QUE TODO ASUNTO RELACIONADO CON NEGLIGENCIA PROFESIONAL MÉDICA SE DECIDA MEDIANTE ARBITRAJE NEUTRAL Y RENUNCIA A SU DERECHO A JUICIO ANTE UN JURADO O ANTE UN JUEZ. VEA EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Por: _____
Firma del Médico o Representante Autorizado (Fecha)

Por: _____
Firma del Paciente o del Representante del Paciente (Fecha)

Nombre del Médico, Grupo Médico o Nombre de la Asociación en letras mayúsculas o Sello

Por: _____
Nombre del Paciente en letras mayúsculas

(o Nombre del Representante del Paciente, en letras mayúsculas y su relación con el mismo)

Debe entregarse al paciente una copia firmada de este documento. El original queda archivado en el historial médico del paciente.