# Información Del Paciente

**Información del personale**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  |  |  |
|  | *Apellido* | *Nombre* | *Segundo Nombre* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha De Nacimiento: |  |  Estado Civil:: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Anos: |  |  Peso: |  |
| Sexo:  |  |  Altura: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dirección Postal Del Paciente: |  |  |
|  | *(Calle O Apartado Postal, Ciudad, Estado, Codigo Postal)* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Domicilio Donde Reside El Paciente (si es Diferente): |  |  |
|  | *(Numero Y Calle, Ciudad, Estado, Codigo Postal)* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| # De Teléfono Móvil: |  |  # De Teléfono En El Dia: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Correo Electrónico: |  |
| Numero De Seguro Social: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre deEsposo (a): | Numero de Telefono: |

 Farmacia Preferida:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contacto De Emergencia Del Paciente**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Nombre: |  |  Numero de Telefono: |  |
|  Relacion: |  |  Direccion: |  |

**Consentimiento Para El Tratamiento**

**Por la presente autorizo ​​directamente a la Dra. Patricia Schechter, D.O. Family Practice Group para servicios quirúrgicos y / o médicos prestados. Yo seré personalmente responsable por cualquier saldo no pagado al doctor. Autorizo ​​que todos los registros médicos y de farmacia sean puestos en libertad a la Dra. Patricia Schechter, D.O. Grupo de Práctica Familiar. Por la presente autorizo ​​a la Dra. Patricia Schechter, D.O. Family Group Practice para divulgar cualquier expediente médico a mi compañía de seguros oa sus representantes.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma del Paciente: |  | Fecha: |  |

**Datos Del Empleador**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Empleador: |  | Ocupacion: |  |
| Numero Del Telefono: |  |  |  |
| Direccion: |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Empleo: |  | Tipo de Negocio: |  |

**Seguro Primario**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipo De Cobertura Primaria: |  | Nombre De Asegurado Principal: |  |
| Nombre De Compania De Seguros: |  | Efectiva Desde: |  |
| Numero Del Grupo: |  | Fecha de Expiracion:: |  |
|  |  |  |

**Seguro Secundario (Si lo tiene)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipo De Cobertura Primaria: |  | Nombre De Asegurado Principal: |  |
| Nombre De Compania De Seguros: |  | Efectiva Desde: |  |
| Numero Del Grupo: |  | Fecha de Expiracion: |  |
|  |  |  |

**Historial De Salud**

**Cirugias: -Indique Le Circugia y Fecha-**

Apendectomia Articulación Artificial Transfusiones de sangre

Aumento/ Implante de seno Cirugia del tunel carpiano Quimioterapia / radiación Colonoscopia Cesarea Eliminacion de quistes Cirujia de ojo Cirugia de vesicula biliar Ciruzia Gastrico Valvula del corazon o marcapasos Cirugia de hemorroides Reparo de Hernia Hysterectomia Cirugia de rodilla amidalectomia Ligadura de trompas Eliminacion de dientes del juicio

**OTRO CIRUGÍAS:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historial de Enfermedades- Porfavor indique cual**-

Hiperactividad Alcoholismo Anemia

Asma/Enfisema Tendencia a sangrar Artritis

Cancer Depresion La Diabetes/ diabetes de embarazo

Eczema Tuberculosis Problemas de oído/ nariz o garganta

Hipertension Dolores de cabeza/migranas Enfermedad el corazon

Alta presion sanguínea Colesterol Alto Enfermedad de rinon/ o vejiga

Ataque al corazon Enfermedad psiquiátrica Convulsion

Enfermedad sexual: La clamidia, herpes, etc Enfermedad del la piel o ronchas Abuso de sustancias

Derrame cerebral Enfermedades de los ojos: glaucoma/ cataratas

Enfermedad de la tiroides o suprarrenales Problemas del estomago, gastritis, ulcera, etc

Explicacion:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha estado hospitalizado o bajo atención médica durante mucho tiempo? (en caso afirmativo, ¿por qué motivo?)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enumere culaquier alergia (alimentos/ medicamentos/ etc)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Enfermedad de Ninez**

Sarampion

Paperas

Varicela

Diabetes

**Solo Para Mujeres:**

¿Qué edad tenían los primeros períodos? (años)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuánto duran los períodos? (días)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El último periodo menstrual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuántos niños?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuántos embarazos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuántos abortos / abortos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿La menopausia comenzó? (fecha)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

?Esta embarazada o lactando?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

?Está tomando píldoras anticonceptivas o inyecciones?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

?Tiene la menstruación difícil?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

?Siente dolor durante el coito?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

?Cuando fue su último examen Papanicolau?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

?Ha tenido resultados abnormales del examen Papanicolau?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

?Cuando fue se ultima mamografia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Más de 1 pareja sexual recientemente?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha tenido una histerectomía? (Completo o parcial?)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historial de Medicina Familia**- **Indique El Miembro y Asociación materna o paterna**

Alcoholismo Enfermedad de alzheimer Artritis

Asmsa o Enfisema ADHD Tendencia a sangrar

Cancer Depresion La Diabetes

Eczema Dolores de cabeza/ migranas Enfermedad del corazon

Colesterol alto Hipertension Ataque al corazon

Ataque/ Convulsion Derrame cerebral Abuso de sustancias

Suicidio Tuberculosis Causa desconocida de la muerte

**Otras Enfermedades**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia social**

Frecuencia del Alcohol -Bebidas por dia/semana **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Frecuencia de la cafeina- Bebidas por dia/semana**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Prescription Drug Abuse (if yes, name the drug)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frequencia del tabaco (fumar o mascada)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frecuencia de la droga recreativa?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Satisfaccion sexual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hacer ejercicop regularmente?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuántas veces por semana?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué tipo de ejercicio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Discapacidad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (en caso afirmativo, explique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Situación de vida:
¿Solo? \_\_\_\_\_\_ con niños? \_\_\_\_\_ con padres? \_\_\_\_ con compañeros de habitación? \_\_\_\_\_ con pareja / cónyuge? \_\_\_

Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

?Tiene alguna otra enfermedad o condición médica que NO esta incluida en esta forma? Favor de explicar:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

?Es capaz de completar las actividades de cada dia? Si su respuesta es No, favor de explicar:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

?Tiene algún factor religioso, cultural, o físico que pueda afectar su cuidado de salud? Favor de explicar:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informacion sobre la medicacion**

**Por favor liste todos los medicamentos con dosis y suplementos que está tomando actualmente y el nombre del médico que los recetó.**

 **MÉDICAMENTOS LA DOSIS DOCTOR**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ALERGIAS **A MEDICAMENTOS REACCIÓN**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Querido paciente

Le informamos que usted es responsable de cualquier cargo que exceda su cobertura de seguro. Recuerde que es su responsabilidad verificar si su compañía de seguros cubre el servicio antes de que se presten los servicios.

Gracias,

Dra. Patricia Schechter

Firma por favor abajo indicando el acuerdo a la responsabilidad de los cargos que exceden su cobertura de seguro.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente Fecha

**TARIFAS ADICIONALES DE LA OFICINA**Por favor, tenga en cuenta los honorarios de los artículos preformados para usted por el personal.
Estos artículos son costos que su seguro no puede cubrir.

Recargas sin citas $ 45
Autorizaciones previas para medicamentos y procedimientos $ 35
Copias $ 0.25 / página
No show / No cancelación de la cita dentro de 24 horas $ 75
\*Llegar 10 o más minutos tarde a su cita califica como no presentarse

Formularios del programa de asistencia al paciente. $45

Por favor firme este formulario para indicar su conocimiento de los honorarios.

Nombre de paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Una copia de AVISO DE DERECHOS DE PRIVACIDAD se publica en la sala de espera, copia impresa disponible a petición y está disponible en línea.

DARSE CUENTA:
Al firmar este formulario, usted declara que ha recibido la NOTIFICACIÓN DE DERECHOS DE PRIVACIDAD

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente o responsable del paciente /Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imprimir Nombre del paciente (si es representante, nombre del impreso y relación con el paciente)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Sírvase proporcionar los nombres y la información de contacto de quién podemos hablar de su información médica.
**Liberación de información:
Autorizo ​​a la oficina del Dr. Schechter a divulgar información médica a las siguientes personas**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y relación con el paciente Dirección Numero De Telefono**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y relación con el paciente Dirección Numero De Telefono**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y relación con el paciente Dirección Número De Teléfono**

* **Toda la familia inmediata**
* **No suelte a nadie excepto a mi**

:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente o algún representante/ Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imprimir Nombre del paciente (si es representante, nombre del impreso y relación con el paciente)

**ACUERDO MÉDICO-PACIENTE DE ARBITRAJE**
Artículo 1: Acuerdo de Arbitraje: Se entiende que toda controversia sobre negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados bajo este contacto son innecesarios o no autorizados o se han realizado de manera inapropiada, negligente o incompetente, se determinará mediante la presentación a arbitraje como lo provee la ley de California, y no por una demanda o recurrir a un proceso judicial excepto como la ley de California prevé la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes en este contrato, al entrar en él, están renunciando a sus derechos constitucionales para que cualquier controversia sea decidida ante un tribunal ante un jurado, y en su lugar están aceptando el uso del arbitraje.

Artículo 2: Todas las Reclamaciones deben ser Arbitradas: Es la intención de las partes que este acuerdo obliga a todas las partes cuyas reclamaciones pueden surgir o relacionarse con el tratamiento o servicio prestado por el médico incluyendo cualquier cónyuge o herederos del paciente y cualquier niño, ya sea nacido o por nacer, en el momento de la ocurrencia que da lugar a cualquier reclamación. En el caso de cualquier madre embarazada, el término "paciente" en este documento significará tanto a la madre como al niño o hijos esperados de la madre.

Todas las reclamaciones por daños y perjuicios monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de reclamos menores contra el médico y sus socios, asociados, asociación, sociedad o sociedad y los empleados, agentes y herencias de cualquiera de ellos deben ser arbitrados incluyendo, reclamaciones por pérdida de consorcio, muerte ilícita, angustia emocional o daños punitivos. La presentación de cualquier acción en cualquier tribunal por parte del médico para recaudar cualquier honorario del paciente no renunciará al derecho de exigir el arbitraje de ninguna reclamación por mala práctica.

Artículo 3: Procedimientos y derecho aplicable: La demanda de arbitraje debe ser comunicada por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un árbitro (árbitro del partido) en un plazo de 30 días y un árbitro tercero (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes dentro de los 30 días de la demanda de un árbitro neutral por cualquiera de las partes. Cada parte en el arbitraje pagará la parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral de esa parte, sin incluir los honorarios de los abogados ni los honorarios de los testigos u otros gastos incurridos por una parte para el beneficio propio de dicha parte. Las partes acuerdan que los árbitros tienen la inmunidad de un funcionario judicial de responsabilidad civil cuando actúan en calidad de árbitros bajo este contacto. Esta inmunidad complementará, no suplantará, ninguna otra ley estatutaria o común aplicable.

Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de arbitrar por separado la cuestión de la responsabilidad y los daños mediante una solicitud por escrito al árbitro neutral. Las partes aceptan la intervención y la unión en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otra manera sería una parte adicional apropiada en la acción judicial, y sobre tal intervención y juntura cualquier acción judicial existente contra tal persona o entidad adicional será suspendida pendiente de arbitraje. Las partes acuerdan que las disposiciones de la ley de California aplicables a los proveedores de atención médica se aplicarán a las disputas con este acuerdo de arbitraje incluyendo, pero no limitado a, el Código de Procedimiento Civil Sección 340.5 y 667.7 y las Secciones 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Cualquier parte podrá presentar ante los árbitros una moción de sentencia sumaria o sumario de acuerdo con el Código de Procedimiento Civil. El descubrimiento se llevará a cabo de conformidad con el Código de la Sección de Procedimiento Civil 1283.05, sin embargo, las deposiciones pueden ser tomadas sin la aprobación previa del árbitro neutral.
Artículo 4: Disposiciones Generales: Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas serán arbitradas en un solo procedimiento. Una reclamación se renunciará y se le prohibirá para siempre si (1) en la fecha en que se reciba la notificación, la reclamación, si se afirma en una acción civil, sería prescrito por la ley aplicable de California de prescripción, o (2) arbitraje de acuerdo con los procedimientos aquí prescritos con diligencia razonable. Con respecto a cualquier asunto que no esté expresamente previsto en el presente, los árbitros se regirán por el Código de Procedimientos Civiles de California, que estipula el arbitraje.

Artículo 5: Revocación: Este acuerdo puede ser revocado mediante notificación escrita entregada al médico dentro de los 30 días de la firma. Es la intención de este acuerdo para aplicar a todos los servicios médicos prestados en cualquier momento para cualquier condición.

Artículo 6: Efecto Retroactivo: Si el paciente pretende que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha de su firma (incluyendo, pero no limitado a tratamiento de emergencia), el paciente debe comenzar a continuación:
Efectivo desde la fecha de los primeros servicios médicos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iniciales del Representante del Paciente o del Paciente
Si alguna disposición de este acuerdo se considera inválida o inaplicable, las demás disposiciones permanecerán en pleno vigor y no se verán afectadas por la nulidad de ninguna otra disposición.
Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia del contrato de arbitraje. Por mi firma abajo, reconozco que he recibido una copia.
 **AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO ESTÁ ACEPTANDO TENER NINGUNA CUESTIÓN DE MALPRATICA MÉDICA DECIDIDA POR ARBITRAJE NEUTRAL Y USTED ESTÁ DANDO SU DERECHO A UN JURADO O TRIBUNAL. VER ARTÍCULO 1 DEL PRESENTE CONTRATO.**

Por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del Medico o representante autorizado  **Fecha**  **Firma del paciente o representante Fecha**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Imprimir o Sello Nombre del Médico, Grupo Médico Imprimir el nombre del paciente