

FACILITY: _____

Nombre del Paciente (Primer nombre) _____ (Apellido) _____
 Email _____ ☐ Opte por no aceptar correos electrónicos educativos / mercadeo.
 Direccion actual del Paciente _____ # de Apartamento _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____
 # de Telefono () _____ # de Telefono Celular () _____ # Telefono del Trabajo () _____
 Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ # de Licencia de Manejar _____
 Nombre de su Trabajo/Escuela _____ Si es estudiante, tiempo Completo _____ Parte de tiempo _____
 Direccion de su Trabajo _____
 Nombre de su Doctor _____ # de Telefono () _____
 Direccion _____ Ciudad, Estado, Zona Postal _____
 Padece de Alergias a Medicinas/Alimentos? _____
Persona a notificar en caso de Emergencia _____ **Parentezco** _____
 # de Telefono () _____ Direccion _____
 Su visita al Doctor esta relacionada a un accidente o herida? Si _____ No _____ Dia del accidente _____
 Accidente de Auto _____ Accidente de Trabajo _____ Otra razon _____
 Si el paciente es mujer, esta usted embarazada? _____ Si _____ No _____
Informacion de la Persona Responsable (Por favor completar si la persona con seguro medico es el esposo(a), Pareja, Padre/Tutor)
 Parentezco entre el paciente y la persona con seguro medico _____ Nombre _____
 Direccion _____ Ciudad, Estado, Zona Postal _____
 # de Telefono() _____ # de Telefono Celular() _____ # de Telefono del Trabajo() _____
 Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ # de Licencia de Manejar _____
 Nombre y Direccion de su Trabajo _____
 Yo autorizo el tratamiento Medico de mi hijo/a _____

Firma del Padre/Tutor del menor de edad

Informacion del Seguro Medico (Por favor entregar esta forma completa y su tarjeta de seguro medico)

Nombre de la Compania de Seguro _____ #de telefono () _____
 Direccion _____ Ciudad, Estado, Zona Postal _____
 # de Poliza _____ #de Grupo _____
Seguro Medico Secundario _____ Ciudad, Estado, Zona Postal _____
 # de Poliza _____ # de Grupo _____
 Nombre de la persona Asegurado(a) _____ Parentezco con el paciente _____
 Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ # de Licencia de Manejar _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS Y AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO

TODAS LAS AUTORIZACIONES DEBEN DE SER FIRMADAS PARA PODER PROCESAR SU RECLAMO CON LA COMPANIA DE SEGURO MEDICO

[] **AUTORIZACION Y CONTRATO:** Por este medio autorizo a mi Compania de Seguro Medico a pagar directamente a este proveedor por los servicios medicos y beneficios que esten cubiertos bajo mi plan de Seguro Medico. Yo acepto a pagar el balance de los gastos que no esten cubiertos bajo mi plan medico, tambien autorizo a este proveedor a ceder a mi Compania de Seguro Medico cualquier informacion medica que se considere necesaria. Si mi cuenta es referida a un abogado para poder recibir pago de mis gastos, yo entiendo que soy responsable de los gastos del abogado. SI NO TENGO SEGURO MEDICO, yo entiendo que soy completamente responsable de todos los gastos.

Firma _____ Fecha _____

[] **AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO:** Yo voluntariamente doy mi consentimiento para permitir a este Imaging Center a dar tratamientos medicos y quirurgicos, dicho tratamiento puede incluir Radiografias, Pruebas de Laboratorio, Anestesia y Medicamentos que puedan ser requeridos por el Doctor, asistentes o enfermeras. Estoy consciente que la practica medica y quirurgica no es una ciencia exacta y entiendo que no hay garantia a los resultados del tratamiento en este Imaging Center.

Firma _____ Fecha _____

[] **AUTORIZACION DE MEDICARE B:** Yo autorizo a esta clinica/persona autorizada a ceder informacion medica a la Administracion del Seguro Social, a sus intermediarios o a las personas particulares que profesionalmente sean parte de este Imaging Center para el proceso de este u otro reclamo relacionado con Medicare. Una copia de esta autorizacion es considerada tan valida como la original para recibir pago por los servicios medicos. Yo entiendo que soy responsable financieramente por todos los gastos que no fueran pagados por mi Seguro Medico. NOTA: LA OFICINA DE MEDICARE SOLAMENTE CUBRE UNA MAMOGRAFIA POR ANO Y SOLO PARA LAS PERSONAS MAYORES DE 65 ANOS.

Firma _____ Fecha _____

CONTRATO DE ARBITRAJE ENTRE EL DOCTOR Y EL PACIENTE

Artículo 1: Contrato de Arbitraje: Se acuerda que cualquier disputa con respecto a negligencia médica, es decir, para determinar si los servicios médicos prestados bajo este contrato fueron innecesarios o no fueron autorizados, o fueron prestados en forma negligente o incompetente, será determinada sometiénola a un arbitraje tal como lo provee las leyes de California, y no por medio de un juicio o procedimiento judicial, excepto en lo que respecta a una revisión judicial de los procedimientos de arbitraje de acuerdo a los procedimientos de arbitraje a las leyes de California. Las partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian su derecho constitucional a que dicha disputa sea decidida en un juzgado y aceptan el someterse a un arbitraje.

Artículo 2: Todo las Reclamaciones deben ser Arbitradas: Es la voluntad de las partes que este contrato cubrira todas las reclamaciones o controversias, o si el agravio es indemnizable, el contrato u otra forma, y debiera ligar las partes cuyas reclamaciones puedan surgir de cualquier forma relacionados al tratamiento o servicios brindados o no brindados por el Doctor identificado abajo, grupo medico o asociación, sus asociados, sociedades, corporaciones, consorcios, empleados, agentes y sus suplidores (colectivamente de aquí en adelante referido como Doctor) a un paciente, incluyendo a cualquier cónyuge o herederos del paciente y cualquier niño nacido o no nacido en la fecha del suceso que dio lugar a una reclamación. En caso de una madre embarazada, al termino “paciente” en el presente significara la madre y el niño o niños que la madre espera tener. Todas las reclamaciones por daños y perjuicios monetarios que excedan el limite de jurisdicción de la corte de reclamaciones de los empleados y el caudal hereditario de cualesquiera de ellos, deben ser arbitradas, incluyendo pero sin estar limitadas a reclamaciones por pérdida de consorcio, muerte por negligencia, perturbación emotiva o daños punitivos. La presentación de cualquier acción en un juzgado hecha por el doctor para cobrar una factura al paciente no elimina el derecho a obligar a un arbitraje por una reclamación de negligencia médica. Sin embargo, después de asentar la reclamación contra el doctor, cualquier disputa por honorarios, aunque esté o no esté sujeta a una acción judicial, será resuelta por medio de un arbitraje.

Artículo 3: Procedimiento y Ley Pertinente: La petición de arbitraje debe ser comunicada por escrito a todas las partes. Cada una de las partes seleccionará un tercer árbitro (árbitro neutral). Cualquiera de las partes tiene el derecho absoluto para someter a un arbitraje separado los asuntos de responsabilidad y daños y perjuicios solicitándolo por escrito al árbitro neutral. Las partes acuerdan que las estipulaciones de las leyes de California aplicables a los que proveen cuidado de la salud, se aplicaran a disputes comprendidas en este contrato de arbitraje incluyendo, pero sin estar limitadas al Código de Procedimientos Civiles §§ 1280 – 1295 y la Arbitración Federal Acta (9 U. S. C. §§ 1 – 4). Las partes deberan costear sus propios costos, gastos y honorarios, junto con una porción de los costos, gastos y honorarios del arbitro neutral.

Artículo 4: Revocación: Este contrato puede ser revocado por medio de una notificación por escrito dirigida al doctor dentro de los 30 días de la firma del mismo, y si no es revocado , este contrato, regirá para todos los servicios médicos recibidos por el paciente.

Artículo 5: Efecto retroactivo: Si el paciente desea que este contrato cubra todos los servicios recibidos antes de la fecha en que ha sido firmado (por ejemplo, tratamiento de emergencia) el paciente debe poner sus iniciales al calce.

Artículo 6: Provisión de separacion: En caso de cualquier provición o proviciones de este acuerdo es declarado invalido, y/o sin vigor, tal provisión o proviciones seran considerados suspendidos desde entonces hasta el resto del contrato ejecutado de acuerdo con la ley de California.

NOTA: AL FÍRMAR ESTE CONTRATO UD ESTA DE ACUERDO EN QUE CUALQUER PROBLEMA DE NEGLIGENCIA MEDICA SERA DECIDIDO POR UN ARBITRAJE NEUTRAL Y QUE UD RENUNCIA A SU DERECHO DE TENER UN JURADO O UN JUICIO. VER ARTICULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Firma del Doctor o del representante autorizado

Nombre o Estampa del Doctor, Grupo Medico o Assoc.

Firma del Traductor (si es aplicable) (Fecha)

Nombre del Traductor

Firma del Paciente (Fecha)

Nombre del Paciente

Firma del representante del Paciente (Fecha)
(si es aplicable)

Nombre y relación con el paciente

Una copia firmada de este documento debe ser entregada al paciente. El original debe ser archivado en el record medico de paciente.