

Paquete para pacientes nuevos

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Género: Masculino Femenino Otro: _____ SSN: _____
 Dirección: _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____
 Correo electrónico: _____

Médico referente: _____ Teléfono: _____
 Autorreferencia: SÍ NO ¿Cómo te enteraste de nosotros?: Familia/Amigo Buscar en Google Redes Sociales Yelp
 Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono: _____
 Información de farmacia: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____

Información del seguro:

Seguro Primario: _____ ID de miembro: _____
 Seguros secundarios: _____ ID de miembro: _____
 Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____
 Relación: _____

Cesión de beneficios

Solicito que el pago del seguro autorizado o de los beneficios médicos se realice a mi nombre o en mi nombre a Pedes Orange County o Broad Reach Specialty Surgery para cualquier servicio prestado.
 Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados a Pedes Orange County o Broad Reach Specialty Surgery por mi compañía de seguros o mi compañía de seguros u otra entidad si así se solicita.
 Entiendo que soy financieramente responsable ante Pedes Orange County o Broad Reach Specialty Surgery por cualquier cargo no cubierto por mi seguro en la medida permitida por las leyes estatales y federales. Es mi responsabilidad notificar a la organización de cualquier cambio en mi cobertura de atención médica. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros reciba el reclamo. Soy responsable de la totalidad de la factura o del saldo de la factura, según lo determine Pedes Orange County o Broad Reach Specialty Surgery y/o mi aseguradora de atención médica si se deniega el pago de las reclamaciones presentadas o de cualquier parte de ellas. Entiendo que, al firmar este formulario, acepto la responsabilidad financiera como se explicó anteriormente por todos los pagos por los servicios recibidos.
 En los casos asignados por Medicare, el médico o proveedor acepta la determinación del cargo de la aseguradora de Medicare como el cargo completo, y el paciente es responsable solo del deducible, el coseguro y el servicio no cubierto. El coseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo de la aseguradora de Medicare.
 Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Esta cesión permanecerá en pleno efecto hasta que sea revocada por mí, por escrito. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como un original.
 Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que los pague o no mi seguro.

Divulgación de la relación financiera

La ley federal requiere que su médico le revele cualquier relación financiera que pueda tener en otra entidad de atención médica a la que pueda ser referido, para que pueda abordar cualquier inquietud que pueda tener directamente con su médico.
 Su médico puede tener un interés financiero en Pedes Orange County o Broad Reach Specialty Surgery.
 Usted es libre de recibir la consulta o los servicios que su médico haya considerado apropiados, ya sea en esta clínica o en cualquier otra clínica que ofrezca servicios similares. En caso de que no desee ser referido a esta clínica, notifique a su médico.

Política de cancelación de procedimientos en la oficina Por favor, lea atentamente y pida a recepción que responda a cualquier pregunta que pueda tener.

Pedes Orange County o Broad Reach Specialty Surgery valora su tiempo. Sabemos que su agenda puede cambiar y, a veces, en el último minuto. Pueden pasar muchas cosas en los días, semanas o meses que han pasado desde que se programó originalmente su cita.

Es nuestra política de larga data llamarlo a usted o a su punto de contacto designado 48 horas (dos días hábiles) antes de su visita. Por ejemplo, si tiene una cita un lunes, le llamaremos para confirmar el jueves anterior. Y si tiene cita un viernes lo llamaremos ese miércoles.

Adicionalmente Si tiene un procedimiento en el consultorio, necesitaremos confirmar su cita a más tardar a la 1:00 p.m. del día hábil anterior. Si no podemos comunicarnos con usted o con su punto de contacto designado para un procedimiento en el consultorio, cancelaremos esa cita e intentaremos reprogramarla.

Nuestra política de cancelación para procedimientos en el consultorio ayuda a garantizar que todos nuestros pacientes sean atendidos con prontitud a la hora de su cita. Alentamos a nuestros pacientes a que nos notifiquen lo antes posible cuando surjan conflictos de programación para que podamos organizar una cita más conveniente.

Punto de contacto designado: _____ Teléfono: _____
 Relación: _____

Puesta en conocimiento:

Su firma a continuación acusa recibo y confirma la comprensión completa de los siguientes documentos/políticas:

- Cesión de Beneficios
- Divulgación de Relaciones Financieras
- Procedimiento en el consultorio
- Política de cancelación
- Derechos y responsabilidades del paciente
- Prácticas de privacidad
- Condiciones de admisión

Por favor, infórmele a nuestro equipo si desea recibir copias impresas de cualquiera de los documentos enumerados anteriormente.

 Firma del paciente o representante autorizado Fecha

 Firma del testigo Fecha

Acuerdo de Arbitraje entre Médico y Paciente

Acuerdo de arbitraje

Se entiende que cualquier disputa como negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados en virtud de este contrato fueron innecesarios o no autorizados o se prestaron de manera inadecuada, negligente o incompleta, se determinará mediante el sometimiento a arbitraje según lo dispuesto por la ley de California, y no mediante una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley de California disponga la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, están renunciando a sus derechos constitucionales de que dicha disputa se resuelva en un tribunal de justicia ante un jurado, y en su lugar aceptan el uso del arbitraje.

Todas las reclamaciones deben ser arbitradas

Es la intención de las partes que este acuerdo incluya a todas las partes cuyas reclamaciones puedan surgir o estar relacionadas con el tratamiento o servicio proporcionado por el médico, incluidos los cónyuges o herederos del paciente y los hijos, ya sean nacidos o no nacidos, en el momento del suceso que da lugar a cualquier reclamación. En el caso de cualquier madre embarazada, el término "paciente" en este documento significará tanto la madre como el hijo o hijos esperados de la madre. Todas las reclamaciones por daños monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de reclamos menores contra el médico y los socios, asociados, asociaciones, corporaciones o sociedades de los médicos, y los empleados, agentes y patrimonios de cualquiera de ellos, deben ser arbitrados, incluidos, entre otros, los reclamos de pérdida de consorcio, muerte por negligencia, angustia emocional o daños punitivos. La presentación de cualquier acción en cualquier tribunal por parte del médico para cobrar cualquier tarifa del paciente no renunciará al derecho de obligar al arbitraje de cualquier reclamo por negligencia.

Procedimientos y ley aplicable

Una demanda de arbitraje debe ser comunicada por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un árbitro (árbitro parcial) dentro de los treinta días y un tercer árbitro (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes dentro de los treinta días posteriores a la solicitud de un árbitro neutral por cualquiera de las partes. Cada una de las partes del arbitraje pagará la parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos del arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir los honorarios de abogados o testigos, u otros gastos incurridos por una parte en 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 en virtud de este contrato. Esta inmunidad complementará, no suplantará, cualquier otra ley estatutaria o consuetudinaria aplicable. Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de arbitrar por separado las cuestiones de responsabilidad y daños y perjuicios previa solicitud por escrito al árbitro neutral. Las partes consienten en la intervención y unión en este arbitraje de cualquier razón o entidad que de otro modo sería una parte adicional adecuada en una acción judicial, y tras dicha intervención y unión, cualquier acción judicial existente contra dicha persona o entidad adicional se suspenderá en espera 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 dentro de este acuerdo de arbitraje, incluidas, entre otras, las Secciones 340.5 y 667.7 del Código de Procedimiento Civil y las Secciones 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Cualquiera de las partes puede presentar ante los árbitros una moción de juicio sumario o adjudicación sumaria de conformidad con el Código de Procedimiento Civil. El descubrimiento se llevará a cabo de conformidad con la Sección 1283.05 del Código de Procedimiento Civil, sin embargo, se pueden tomar declaraciones sin la aprobación previa del árbitro neutral.

Disposiciones generales

Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas se arbitrarán en un solo procedimiento. Se renunciará a una reclamación y se prohibirá para siempre si (1) en la fecha en que se reciba la notificación de la misma, la reclamación, si se hace valer en una acción civil, estaría prohibida por el estatuto de limitaciones de California aplicable, o (2) el demandante no presenta la reclamación de arbitraje de acuerdo con los procedimientos prescritos en este documento con diligencia razonable. Con respecto a cualquier asunto que no esté expresamente previsto en el presente documento, los árbitros se regirán por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil de California relacionadas con el arbitraje.

Revocación

Este acuerdo puede ser revocado mediante notificación por escrito entregada al médico dentro de los 30 días posteriores a la firma. La intención de este acuerdo es aplicarse a todos los servicios médicos prestados en cualquier momento por cualquier condición.

Efecto retroactivo

Si el paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha en que se firma (incluidos, entre otros, el tratamiento de emergencia), el paciente debe poner sus iniciales a continuación.

Vigente a partir de la fecha de los primeros servicios médicos _____
 Iniciales del paciente o representante autorizado

Si alguna disposición de este acuerdo de arbitraje se considera inválida o inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y no se verán afectadas por la invalidez de ninguna otra disposición.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo de arbitraje. Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

Notar: Al firmar este contrato, usted acepta que cualquier asunto de negligencia médica se resuelva mediante arbitraje neutral y renuncia a su derecho a un jurado o a un juicio. Ver Acuerdo de Arbitraje de este contrato.

 Paciente o representante autorizado: Proveedor Pedes Orange County o Representante Autorizado

 Firma Firma

Fecha _____

Fecha _____

Autorización para el uso o divulgación de información de salud

La cumplimentación de este documento autoriza la divulgación y el uso de su información de salud. La falta de suministro de toda la información solicitada puede invalidar la autorización.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por la presente autorizo **Pedes Orange County, Inc o Broad Reach Specialty Surgery** a divulgar mi información a:

Personas/Organizaciones autorizadas para recibir la información _____

Dirección (calle, ciudad, estado y código postal) _____

Teléfono _____

Fax _____

Proveedor de atención primaria: _____

Proveedor referente: _____

Y

Por la presente autorizo _____ a divulgar mi información a:

- Pedes Orange County, Inc - 1400 Reynold Ave Suite 110, Irvine, CA 92416 | Teléfono: 949.387.4724 | Fax: 949.209.0407**
- Broad Reach Specialty Surgery - 1400 Reynold Ave Suite 110, Irvine, CA 92416 | Teléfono: 949.387.4724 | Fax: 949.209.0407**

La siguiente información:

Toda la información de salud relacionada con mi historial médico, condición mental o física y tratamiento recibido; O Solo los siguientes registros o tipos de información de salud:

Propósito del uso o divulgación solicitados:

Solicitud del paciente; O

Otro: _____

Expiración:

Esta autorización expiró en esta fecha: _____

Mis derechos:

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me pide que permita el uso o la divulgación.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarla a 1400 Reynold Ave Suite 110, Irvine, CA 92416 | Teléfono: 949.387.4724 | Fax: 949.209.0407

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha