

***** TODOS LOS REGISTROS MÉDICOS ESTÁN PROTEGIDOS Y CONFIDENCIAL *****

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Historia Familiar	Si Vive		Si Difunto		Por Favor Circule lo que Aplique	
	Edad	Condición de Salud	Edad al Morir	Causa	Algún Pariente ha tenido?	Quien?
Padre					Cáncer	no o si
Madre					Tuberculosis	no o si
Hermano o Hermana					Diabetes	no o si
1.						
2.					Problemas de corazón	no o si
3.					Alta Presión De Sangre	no o si
4.					Ataque	no o si
5.					Epilepsia	no o si
Esposo o Esposa					Enfermedad Mental	no o si
Hijo o Hija					Instinto Suicida	no o si
1.						
2.					Deformidades Congénitas	no o si
3.					Anote Cualquier Cirugía Previa:	
4.						
5.						
6.						

Historia Medica Personal

Enfermedades que ud haya tenido			
Sarampión o Rubeola	No o Si	Jaqueca	No o Si
Viruela	No o Si	Tuberculosis	No o Si
Tos Ferina	No o Si	Diabetes o Cáncer	No o Si
Fiebre Escarlatina	No o Si	Alta o Baja Presión de la Sangre	No o Si
Neumonía o Pleuresía	No o Si	Choque de Nervios	No o Si
Difteria o Viruela	No o Si	Envenenamiento por Comida o Químicos	No o Si
Gripa	No o Si	Fiebre del heno o Asma	No o Si
Fiebre Reumática o Enfermedad Del Corazón	No o Si	Urticaria o Eczema	No o Si
Artritis o Reumatismo	No o Si	Resfriado Frecuente o Garganta Irritada	No o Si
Enfermedad de Hueso o Coyunturas	No o Si	Infecciones frecuentes o Bochornos	No o Si
Neuritis o Neurosis	No o Si	Otro tipo de enfermedad	No o Si
Bursitis, Ciática o Lumbago	No o Si		
Polio o Meningitis	No o Si		
Infecciones Crónica de los Riñones	No o Si		
Gonorrea o Sífilis	No o Si		
Anemia o Deficiencia del Hígado	No o Si		
Epilepsia	No o Si		

Alergias: A que medicinas es usted alérgico

Penicilina o Sulfa	No o Si
Aspirina, Codeína o Morfina	No o Si
Myeins o otros Antibióticos	No o Si
Mertiolate o Mercurocromo	No o Si
Cualquier tipo de droga	No o Si
Cualquier tipo de Comida	No o Si
Cinta Adhesiva	No o Si
Cosméticos o pintura de unas	No o Si
Antitoxina para el tétanos o suero	No o Si

Citrus Valley Medical Associates, Inc.
Formulario de garantía de Elegibilidad
(Un formulario por miembros)

Yo, _____, entiendo que mis beneficios son elegibles con
(nombre de suscriptor)

_____ desde _____ por
(nombre de seguro) (mes) (día) (ano)

_____. Yo he seleccionado a Citrus Valley Medical y al
(nombre de empleador)

Dr. _____ como mi doctor primario.
(nombre de doctor)

Yo entiendo que si la información no es correcta, o no estoy elegible bajo los terminas de mi grupo medico/hospital, yo soy económicamente responsable por todos los cargos de servicios rendidos. Adicional, asumiendo que mis beneficios no están estabilizados yo estoy de acuerdo que seré responsable y voy a pagar toda mi cuenta que reciba en 60 días a este grupo médico.

Firma del paciente (Padre o tutor si es menor de 18)

Fecha

Testigo

Fecha

Office Use Only

Patients Name: _____ DOB: _____

Member ID or Subscriber SSN: _____

Eligibility Verified by: _____

Member Service Rep: _____

Confirmation#: _____

Member Verified?	Yes	No	Employer Group Verified?	Yes	No
------------------	-----	----	--------------------------	-----	----

DIRECTIVA AVANZADA PARA LA SALUD

Estimado Paciente,

Como su médico, tengo la obligación de pedirles a todos mis pacientes mayores de los 18 años, si ya ha formulado una directiva avanzada para la salud, así poder incorporarla a su expediente médico. No está obligado a proporcionar esta información, pero si tenemos que pedírsela. Favor de regresar esta forma a la recepcionista al completarla.

Gracias

Nombre del Paciente: _____ Social Security#: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

- ❖ Ha formulado usted una directiva avanzada? () Yes () No
- ❖ En caso afirmativo, indique qué tipo de directiva?
 - Durable Power of Attorney for Health Care ()
 - California Natural Death Act ()
 - Living Health Care Will ()
 - Other: _____ ()
- ❖ Acepta entregarnos una copia de su directiva? () Yes () No
- ❖ Reusó contestar esta preguntas () Yes () No

INTERNAL OFFICE USE ONLY	
Type of Health Care Directive Received:	Date Received
Durable Power of Attorney for Health Care	_____
California Natural Death Act	_____
Living Health Care Will	_____
Other: _____	_____

Un Mensaje a Mis Pacientes Respecto al Arbitraje

El contrato adjunto es un Acuerdo de Arbitraje. Con nuestras firmas en este acuerdo, acordamos que cualquier disputa que emana de servicios médicos que reciban ha de ser decidida por medio de un compromiso de arbitraje y no por medio de un juicio de tribunal. Las demandas legales son cosas que nadie anticipa y que todos queremos evitar. Creemos que este método de resolver disputas por medio de arbitraje es uno de los sistemas más justos para los pacientes y los médicos. Acuerdos de arbitraje entre pacientes y médicos han sido reconocidos y aprobados por las cortes de California desde hace mucho tiempo.

Al firmar este acuerdo, usted está cambiando el lugar en el cual se presentara su demanda. Todavía podrá llamar a testigo y presentar su evidencia. Cada lado escojo un árbitro (árbitro del partido) quienes escojan un tercer árbitro neutral. Estos tres árbitros entonces consideran el asunto. Este acuerdo generalmente ayuda a reducir los costos legales para los pacientes y los médicos. Además, ambas partes interesadas se beneficiaran al no tener que pasar por los rigores de un juicio y la publicidad que puede acompañar a un juicio de tribunal. Claro que nuestra meta es proveer la atención medica de tal manera que se evita cualquier disputa. Sabemos que la mayoría de los problemas empiezan con una falta de comunicación. Por lo tanto, si usted tiene cualquier pregunta acerca de su tratamiento, por favor háganos saber.

Gracias

PHYSICIAN-PATIENT ARBITRATION AGREEMENT

Article 1: Agreement to Arbitrate: It is understood that any dispute as to medical malpractice, that is as to whether any medical services rendered under this contract were unnecessary or unauthorized or were improperly, negligently, or incompetently rendered, will be determined by submission to arbitration as provided by California law, and not by a lawsuit or resort to court process except as California law provides for judicial review of arbitration proceedings. Both parties to this contract, by entering into it, are giving up their constitutional right to have any such dispute decided in a court of law before a jury, and instead are accepting the use of arbitration.

Article 2: All Claims Must be Arbitrated: It is the intention of the parties that this agreement bind all parties whose claims may arise out of or relate to treatment or service provided by the physician including any spouse or heirs of the patient and any children, whether born or unborn, at the time of the occurrence giving rise to any claim. In the case of any pregnant mother, the term "patient" herein shall mean both the mother and the mother's expected child or children.

All claims for monetary damages exceeding the jurisdictional limit of the small claims court against the physician, and the physician's partners, associates, association, corporation or partnership, and the employees, agents and estates of any of them, must be arbitrated including, without limitation, claims for loss of consortium, wrongful death, emotional distress or punitive damages. Filing of any action in any court by the physician or patient to collect or contest any medical fee shall not waive the right to compel arbitration of any malpractice claim. However, following the assertion of any malpractice claim, any fee dispute, whether or not the subject of any existing court action, shall also be resolved in arbitration.

Article 3: Procedures and Applicable Law: A demand for arbitration must be communicated in writing to all parties. Each party shall select an arbitrator (party arbitrator) within thirty days and a third arbitrator (neutral arbitrator) shall be selected by the arbitrators appointed by the parties within thirty days of a demand for a neutral arbitrator by either party. Each party to the arbitration shall pay such party's pro rata share of the expenses and fees of the neutral arbitrator, together with other expenses of the arbitration incurred or approved by the neutral arbitrator, not including counsel fees or witness fees, or other expenses incurred by a party for such party's own benefit. The parties agree that the arbitrators have the immunity of a judicial officer from civil liability when acting in the capacity of arbitrator under this contract. This immunity shall supplement, not supplant, any other applicable statutory or common law.

Either party shall have the absolute right to arbitrate separately the issues of liability and damages upon written request to the neutral arbitrator. The parties consent to the intervention and joinder in this arbitration of any person or entity which would otherwise be a proper additional party in a court action, and upon such intervention and joinder any existing court action against such additional person or entity shall be stayed pending arbitration.

The parties agree that provision of California law applicable to health care providers shall apply to disputes within this arbitration agreement, including, but not limited to, Code of Civil Procedure Sections 340.5 and 667.7 and Civil Code Sections 3333.1 and 3333.2. Any party may bring before the arbitrators a motion for summary judgment or summary adjudication in accordance with the Code of Civil Procedure. Discovery shall be conducted pursuant to Code of Civil Procedure section 1283.05; however, depositions may be taken without prior approval of the neutral arbitrator.

Article 4: General Provisions: All claims based upon the same incident, transaction or related circumstances shall be arbitrated in one proceeding. A claim shall be waived and forever barred if (1) on the date notice thereof is received, the claim, if asserted in a civil action, would be barred by the applicable California statute of limitations, or (2) the claimant fails to pursue the arbitration claim in accordance with the procedures prescribed herein with reasonable diligence. With respect to any matter not herein expressly provided for, the arbitrators shall be governed by the California Code of Civil Procedure provisions relation to arbitration.

Article 5: Revocation: This agreement may be revoked by written notice delivered to the physician within 30 days of signature. It is the intent of this agreement to apply to all medical services rendered any time for any condition.

Article 6: Retroactive Effect: If patient intends this agreement to cover services rendered before the date it is signed (including, but not limited to, emergency treatment) patient should initial below:

Effective as of the date of first medical services

Patient's or Patient Representative's Initials

If any provision of this arbitration agreement is held invalid or unenforceable, the remaining provisions shall remain in full force and shall not be affected by the invalidity of any other provision.

I understand that I have the right to receive a copy of the arbitration agreement. By my signature below, I acknowledge that I have received a copy.

NOTICE: BY SIGNING THIS CONTRACT YOU ARE AGREEING TO HAVE ANY ISSUE OF MEDICAL MALPRACTICE DECIDED BY NEUTRAL ARBITRATION AND YOU ARE GIVING UP YOUR RIGHT TO A JURY OR COURT TRIAL. SEE ARTICLE 1 OF THIS CONTRACT.

By: Citrus Valley Medical Associates and Affiliated Providers
Physician's or Authorized Representative's Signature

By: _____
Patient's or Patient Representative's Signature

By: Citrus Valley Medical Associates and Affiliated Providers
Print Name of Physician, Medical Group, or
Association Name

By: _____
Print Patient's Name

Date: _____

Date: _____

(If Representative Print Name/Relationship to Patient)

Citrus Valley Medical Associates, Inc.

El Registro de Pacientes y Datos de Facturación

Nombre Del Paciente _____ Fecha De Nacimiento _____ Sexo: F M

Marital Status: Casado Divorciado Viudo Soltero Apartado Doctor Primario _____

Idioma preferido: Inglés Español Otro _____ Correo Electrónico _____

Es visita debido a un accidente? _____ Accidente de trabajo? _____

Información del Paciente

Calle _____

Ciudad _____ Estado & Zona Postal _____

Número de casa _____

Número Celular _____

Número de Seguro Social _____

Número de Licencia de Manejar _____

Empleador Nombre _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado & Zona Postal _____

Número de trabajo _____

Contacto de emergencia _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado & Zona Postal _____

Numero _____

Relación _____

Información De Fiador (Si el Paciente es Menor)

Nombre _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado & Zona Postal _____

Número de casa _____

Número Celular _____

Número de Seguro Social _____

Número de Licencia de Manejar _____

Fecha De Nacimiento _____

Relación con el paciente _____

Empleador Nombre _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado & Zona Postal _____

Número de trabajo _____

For Office Use Only

Date Received ___/___/___ By _____

Información del Seguro #1

Nombre del Seguro _____

Nombre del Fiador _____

Relación _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado & Zona Postal _____

Del Fiador Empleador _____

Empleador Calle _____

Ciudad _____ Estado & Zona Postal _____

Número de Póliza de Seguro _____

Número de Grupo _____

Fecha De Nacimiento del Fiador _____

Seguro Social del Fiador _____

Información del Seguro #2

Nombre del Seguro _____

Nombre del Fiador _____

Relación _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado & Zona Postal _____

Del Fiador Empleador _____

Empleador Calle _____

Ciudad _____ Estado & Zona Postal _____

Número de Póliza de Seguro _____

Número de Grupo _____

Fecha De Nacimiento del Fiador _____

Seguro Social del Fiador _____

- Yo autorizo que mi compañía del seguro pague directamente al doctor el total de mi cuenta de servicio que recibí yo y dependiente
- Yo acepto pagar el total la deferencia del total del médico y otros servicios.
- Yo soy responsable para pagar el total, yo autorizo que mi información de mi expediente usado para el seguro también que cual quiere dinero del gobierno que lo manden a nuestra oficina.

Firm _____ Fecha _____