



**MR #:** \_\_\_\_\_

**REGISTRACION DEL PACIENTE**

**FAVOR DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE SU REFERENCIA :**

Medico que lo referio: \_\_\_\_\_ # Telefono : \_\_\_\_\_

Amigo/ Familiar: \_\_\_\_\_  Internet  Otro (specificar): \_\_\_\_\_

**RAZON POS SU VISITA:** \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ **ii M ii F**  
Apellido Primer Nombre MI

# Seguro Social: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL:

Telefono Casa: \_\_\_\_\_ # Celular: \_\_\_\_\_ # Trabajo: \_\_\_\_\_

Si paciente es menor de 18 anos, persona responsable: \_\_\_\_\_

Ocupacion \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Telefono Casa#: \_\_\_\_\_ #Trabajo: \_\_\_\_\_ #Cellular: \_\_\_\_\_

**DATOS DEMOGRAFICOS:**

*Esta informacion a sido pedido por el Gobierno. No esta obligado a dar esta informacion*

**Idioma:**  Ingles  Otro: \_\_\_\_\_

**Raza:**  African/African American  Asian/Asian American  Rechazar

Caucasian/European American  Native American/Native Alaskan

Native Hawaiian/Other Pacific Islander  Other

**Ethnicity:**  Hispanic  Non-Hispanic  Rechazar

**INFORMACION DE ASEGURANZA**

ASEGURANZA PRIMARIA		ASEGURANZA SECUNDARIO	
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> United Health Care	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> United Health Care
<input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross	<input type="checkbox"/> Cigna	<input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross	<input type="checkbox"/> Cigna
<input type="checkbox"/> Blue Shield	<input type="checkbox"/> Aetna	<input type="checkbox"/> Blue Shield	<input type="checkbox"/> Aetna
<input type="checkbox"/> Other:		<input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> AARP

**Autorización para divulgar y Asignación de los beneficios del seguro**

*Entiendo que cualquier atención médica que recibo se facturará a mi compañía de seguros de salud. Es mi responsabilidad de proporcionar una copia de mi tarjeta de seguro y correcto fecha de nacimiento para Mehran Taban , MD para este propósito. Autorizo al Mehran Taban , MD amueblar mi compañía de seguros , con toda la información que pueden solicitar con respecto a mi tratamiento médico.*

*Asigno a Mehran Taban , MD todos los pagos de seguros relativos a las reclamaciones presentadas por Mehran Taban , MD . Yo entiendo que soy responsable de mi visita a la oficina co-pago , en su caso , y para mi deducible y mi co -seguro , en su caso , una vez que mi reclamo ( s ) se procesan . Entiendo que si mi seguro niega mi reclamo ( s ) , o si no tengo un seguro , estoy personalmente financieramente responsable de mi atención médica*

**Firma del paciente (o la persona autorizada para firmar por el paciente)** \_\_\_\_\_

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



**AVISO DE PRIVACIDAD /REGLAMENTOS DE HIPAA**

*Nuestra oficina está en pleno cumplimiento de la **Portabilidad del Seguro de Salud y Ley de Responsabilidad (HIPAA)** . Una descripción completa de las **regulaciones de HIPAA** está disponible en todo momento en nuestra recepción . Este aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para realizar el tratamiento , pago u operaciones de cuidado de la salud y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos a acceder y controlar su información médica protegida en algunos casos. La información médica protegida , cualquier información sobre la salud oral y escrito sobre usted, incluyendo datos demográficos que se pueden utilizar para identificarle. Esta es la información de salud que es creada o recibida por su proveedor de atención de la salud , y que se relaciona con su pasado , la salud o condición física o mental presente o futuro.*

Yo reconozco que este aviso en su totalidad está disponible y puede ser solicitada por mí en cualquier momento antes o durante el curso de mi cuidado. Puedo solicitar una copia en persona o solicitar que se enviará una copia a mí a través de correo, correo electrónico o fax.

**Firma del paciente (o la persona autorizada para firmar por el paciente )**

**Fecha**

*Por favor escriba esas personas con las que podemos discutir su información de salud personal ( médicos , familiares, amigos , asistentes personales , enfermeras , etc.)*

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ # Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ # Telefono: \_\_\_\_\_

**MIS FARMACIAS & DOCTORES (nombres y ciudad)**

Farmacia: \_\_\_\_\_ # Telefono: \_\_\_\_\_

Doctor de Cabezera: \_\_\_\_\_ # Telefono: \_\_\_\_\_

Otros Doctores /Especialistas:

Nombre: \_\_\_\_\_ #Telefono: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ # Telefono: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

**MIS ALLERGIAS (porfavor anote todas las alergias)**

No se conocen alergias a medicina   Penicillina   Vicodin   Adhesiva   Yodo   Latex

**MIS MEDICAMENTOS**

**MEDICAMENTOS SISTEMICOS**

**DOSIS**

**FRECUENCIA**

No hay medicamentos actuales

Ver lista proporcionada

**MEDICAMENTOS PARA LOS OJOS**

**DOSIS**

**FRECUENCIA**

**CIRUGIAS ANTERIORMENTE (incluyendo cirugias oculares)**

**SOCIAL HISTORY: Usted fuma actualmente?**    No   Si   (en caso que si: # \_\_\_\_\_packetes por día/semana)   **Alguna vez a fumado?** No   Si

**Usted toma actualmente?**    No   Si   (en caso que si: # \_\_\_\_\_vasos por día/semana)



Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**REVISION DE SISTEMAS**

**HISTORIA MEDICA (circule todo lo que corresponde)**

**Historia Medica Familiar:** Diabetes, Hipertension

**Historia Medica:** diabetes, hipertension , asthma, dolor de cabeza, otro

❖ **Si Diabetico?** Ha tenido un examen de los ojos con dilatación para la detección de la retinopatía diabética ?  No  Yes

**HISTORIA OCULAR: (Círculo todo lo que corresponda)**

**Historia Ocular Familiar:** glaucoma, retinal detachment, strabismus, blindness, macular degeneration

**Historia Ocular:** glaucoma, ambliopia, doble vision, destellos de la retina, floatadores, episodios de vision perdida, halos, dolor, punzantes, ardor, reseceda, comezon, sensacion arenaza, lagrimeo, problema leyendo, vision borrosa

❖ **Si Glaucoma/Sopechoso de Glaucoma:** Tiene un médico el control de su riesgo de glaucoma ?  No  Yes

**SINTOMAS**

Recientemente ha experimentado alguno de los siguientes ?

<b>Constitucional</b>		
Pérdida de peso	S	N
Fiebre	S	N
Sudores Nocturnos	S	N
<b>Oreja, Nariz, Garganta</b>		
Perdida de Audicion	S	N
Zumbido en los oidos	S	N
Dolor de garganta cronico	S	N
Sangramiento de la Nariz	S	N
<b>Cardiovascular</b>		
Palpitaciones	S	N
Dolor de Pecho	S	N
<b>Respiratorio</b>		
Tos Cronica	S	N
Espujo con sangre	S	N
Dificulta respirando	S	N

<b>Gastrointestinal</b>		
Diarrea	S	N
Estrenimiento	S	N
Heces con sangre	S	N
Incontinencia	S	N
<b>Neurologica</b>		
Dolores de cabeza	S	N
Entumecimiento de Brazos/Piernas	S	N
Debilidad de Brazos/Piernas	S	N
Mareos	S	N
<b>Musculoesqueletico</b>		
Dolor en las articulaciones	S	N
Dolor muscular	S	N
<b>Piel</b>		
Erupciones	S	N
Moretones con facilidad	S	N

<b>Urinario</b>		
Miccion frecuente	S	N
Sangre en la orina	S	N
Dolor con la orina	S	N
<b>Alergico</b>		
Hinchazon de los dedos/pies	S	N
Enrojecimiento/escalado entre	S	N
<b>Hematologica</b>		
Sangrado Inexplicable	S	N
Sangrado en las encias	S	N
<b>Ojos</b>		
Doble vision	S	N
Ojos secos	S	N
Rojez	S	N
Dolor/Ardor	S	N
Lagrimeo	S	N

Firma del Paciente (o la persona autorizada para firmar por el paciente ) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## MEDICOS- ACUERDO DE ARBITRAJE DEL PACIENTE

**Artículo 1 : Acuerdo de arbitraje :** Se entiende que cualquier disputa en cuanto a negligencia médica, que es en cuanto a si los servicios médicos prestados bajo este contrato fueron innecesarios o no autorizados o indebida, negligente o incompetente , será determinado por la sumisión a arbitraje según lo dispuesto por la ley de California , y no por una demanda o proceso judicial, salvo que la ley de California establece la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje . Ambas partes de este contrato, al entrar en ella, están renunciando a sus derechos constitucionales a tener nay tal controversia sea resuelta en un tribunal de justicia ante un jurado , y en su lugar están aceptando el uso del arbitraje

**Artículo 2 : Todos los reclamos deben ser arbitradas :** Es la intención de las partes que este acuerdo se unen todas las partes cuyas solicitudes pueden surgir de o relacionados con el tratamiento o servicio proporcionado por el médico incluyendo cualquier cónyuge o herederos del paciente y los hijos , ya sea nacido o por nacer , en el momento de la ocurrencia de dar lugar a ninguna reclamación . En el caso de una madre embarazada, el término "paciente " en este documento se entenderá la madre y el niño o los niños se espera de la madre.

Todas las reclamaciones por daños monetarios que excedan el límite jurisdiccional de la corte de reclamos menores contra el médico , y los partidos del médico , socios, asociación, corporación o sociedad , y los empleados, agentes y estamentos de alguno de ellos, deben ser arbitradas incluyendo, sin limitación , las reclamaciones por pérdida de consorcio , muerte por negligencia , estrés emocional o daños punitivos. La presentación de cualquier acción en cualquier tribunal por el médico para recoger cualquier cargo del paciente no podrá renunciar al derecho de recurrir al arbitraje de cualquier demanda por negligencia . Sin embargo, tras la afirmación de cualquier demanda contra el médico , cualquier conflicto de honorarios , sean o no objeto de ninguna acción judicial existente, deberá también ser resuelto por arbitraje

**Artículo 3 : Procedimientos y Ley Aplicable :** Una demanda de arbitraje deberá ser comunicada por escrito a todas las partes. Cada parte deberá seleccionar un árbitro ( árbitro de parte ) 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 siguientes a la demanda de un árbitro neutral por cualquiera de las partes . Cada parte del arbitraje deberá pagar la parte proporcional de dicha parte de los gastos y honorarios del árbitro neutral , junto con otros gastos del arbitraje incurrido o aprobado por el árbitro neutral , sin incluir los honorarios de los abogados o los honorarios de testigos u otros gastos incurridos por una fiesta para beneficio propio de dicha parte . Las partes acuerdan que los árbitros tienen la inmunidad de un funcionario judicial de la responsabilidad civil cuando actúa en calidad de árbitro en virtud de este contrato. Esta inmunidad complementará no suplantar, cualquier otra ley aplicable de la ley común.

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.

Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de arbitrar por separado las cuestiones de responsabilidad y daños a petición por escrito al árbitro neutral .Las partes aceptan la intervención y acumulación en el presente arbitraje de cualquier persona o entidad que de otro modo sería un partido adicional apropiada en una acción judicial , y sobre esa intervención y acumulación ninguna acción judicial existente contra tal persona adicional o entidad se quedaron arbitraje pendiente .

Las partes están de acuerdo en que las disposiciones de la ley de California aplicables a los proveedores de atención de la salud se aplicarán a las disputas dentro de este acuerdo de arbitraje , incluyendo , pero no limitado a , Código de Procedimiento Civil Secciones 340.5 y 667.7 del Código Civil y las Secciones 3333.1 y 3333.2 . Cualquiera de las partes podrá someter a los árbitros una moción de juicio sumario o resumen de adjudicación de conformidad con el Código de Procedimiento Civil. Descubrimiento se llevará a cabo de conformidad con el Código de Procedimiento Civil, sección 1283.05 ; Sin embargo , las deposiciones pueden ser tomadas sin la aprobación previa del árbitro neutral.

**Artículo 4 : Disposiciones Generales:** Todos los reclamos basados en el mismo incidente , transacción o circunstancias relacionadas será arbitrado en un solo procedimiento . Una reclamación se renunció y para siempre excluido si (1 ) en la misma que se reciba la notificación la fecha, la reclamación, si se afirma en una acción civil, estaría prohibido por la ley de California de prescripción aplicable , o (2 ) el demandante no ejerce la demanda de arbitraje , de conformidad con los procedimientos establecidos en el presente documento con razonable diligencia . Con respecto a cualquier asunto no previsto expresamente en este documento , los árbitros se regirán por el Código de Procedimiento Civil disposiciones relativas al arbitraje de California.

**Artículo 5 : La 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 cualquier momento y por cualquier condición.

**Artículo 6 : Efecto retroactivo:** Si el paciente tiene la intención de este acuerdo para cubrir los servicios prestados antes de la fecha de su firma (incluyendo pero no limitado a , el tratamiento de emergencia ) paciente debe iniciales a continuación:

**Con vigencia a partir de la fecha de los primeros servicios médicos.**

### Iniciales del paciente ,o el representante

Si alguna disposición de este acuerdo de arbitraje se considera inválida o inejecutable, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y no serán afectados por la nulidad de cualquier otra disposición. Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este acuerdo de arbitraje . Con mi firma abajo, reconozco que he recibido una copia. **AVISO : AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED ACEPTA QUE CUALQUIER**

**PROBLEMA DE NEGLIGENCIA MÉDICA DECIDIDO POR ARBITRAJE NEUTRAL Y USTED RENUNCIA A SU DERECHO A UN JURADO A JUICIO TRIBUNAL . VER ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO .**

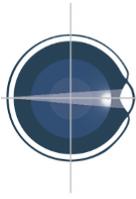
Por: \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente o representante**

**Fecha**

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

Nombre del Paciente



## Responsabilidad Financiera del Paciente

Como cortesía a nuestros pacientes, hemos inscrito en numerosos programas de seguros. Nos complace poder ofrecer este servicio a usted, y vamos a hacer todo lo posible para verificar la cobertura y la facturación a su compañía de seguros correctamente. Sin embargo, no es posible para nosotros mantener un registro de todos los requisitos individuales de cada plan. Es responsabilidad de cada paciente para conocer los detalles de su plan de seguro, además de cualquier lapsos en la cobertura del seguro. Cualquier cargo que se produzca como consecuencia de las restricciones del plan de seguros o fallas en la cobertura son, en última instancia, la responsabilidad del paciente. Desafortunadamente, si usted no nos informa de los requisitos especiales exigidos por el plan y que ordena los servicios médicos necesarios, como el trabajo de laboratorio, hospitalización, o suministros que no están cubiertos por su plan; podemos cobrarle directamente por esos cargos. Si la cobertura del seguro actual no puede ser verificada antes de cada cita, el pago vencerá en el momento del servicio.

Ofrecer la máxima calidad de la atención médica de nuestros pacientes es nuestra principal preocupación. Estamos más que dispuestos a proporcionar esa atención dentro de las directrices de su plan de seguro, siempre que sea posible. Con su cooperación debe ser capaz de recibir todos los beneficios de seguro de los que tiene derecho, y será capaz de centrar nuestros esfuerzos en el esfuerzo para ofrecerle una excelente atención médica.

(Paciente o Tutor del paciente, si es menor de edad) El paciente es, en última instancia, responsable del pago por su tratamiento y cuidado. Por favor inicial aquí que ha leído y entendido la política financiera de nuestra oficina.

\_\_\_\_\_ Estamos encantados de ayudarle con la facturación para nuestros aseguradores contratados. Sin embargo, se requiere que el paciente nos proporcione la información correcta y actualizada sobre su seguro, y será responsable de cualquier cargo incurrido si la información proporcionada no es correcta o está desactualizada.

\_\_\_\_\_ Los pacientes son responsables por el pago de copagos, coseguros, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos que no estén cubiertos por su plan de seguro. El pago es debido en el momento del servicio, y para su comodidad, aceptamos efectivo, cheque y la mayoría de las tarjetas de crédito en nuestra oficina.

\_\_\_\_\_ **Entiendo que mi contrato de seguro es entre mi compañía de seguros y yo. Es la responsabilidad del paciente conocer y entender sus beneficios de seguro médico. Si mi seguro no ha pagado mi reclamo dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que se facturó al seguro, voy a ser responsable del pago. También estoy de acuerdo en que soy responsable por cualquier cargo que mi compañía de seguros no cubra. Entiendo que la falta de pago de mi cuenta o de hacer arreglos financieros adecuados puede resultar en que mi cuenta sea colocada en estado de morosidad. Si esto hace necesario, estoy de acuerdo en pagar todos los gastos de cobranza, que incluyen, pero no se limitan a, las tasas de recogida, las tasas judiciales, honorarios de abogados y otros cargos para la colección de mi saldo de la cuenta. Si su cuenta es enviada a las colecciones, hay una posibilidad de que usted pueda ser dado de alta de la práctica. El titular del contrato de deuda médica tiene prohibido, conforme a la Sección 1785.27 del Código Civil, proporcionar cualquier información relacionada con dicha deuda a una agencia de informes de crédito al consumidor. Además de las demás sanciones que la ley permita, si una persona viola conscientemente dicha sección al facilitar información sobre esta deuda a una agencia de informes de crédito al consumidor, la deuda quedará nula e inexigible.**

\_\_\_\_\_ También entiendo que si yo escribo un cheque que es devuelto por cualquier razón, se me cobrará una tarifa. Yo presento autorización al médico para liberar cualquier y toda la información necesaria sobre mi diagnóstico y el tratamiento a los efectos de garantizar el pago de mi compañía de seguros; y por lo tanto autorizo el pago de las prestaciones de mi seguro directamente al médico por los servicios prestados que no sean pagados directamente por mi compañía de seguros. Copia de este acuerdo se puede usar en lugar del original.

Firma del Paciente (o la persona autorizada para firmar por el paciente) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Parte responsable por el paciente \_\_\_\_\_