

OC Foot and Ankle Institute

Medicine & Surgery of the Foot & Ankle
2220 E. Fruit St. Suite 214
Santa Ana, CA 92701
Office: 714.547.7100 Fax: 714.547.7300
Website: www.ToesRUs.com



FORMULARIO DE INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA: ____/____/____

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: ____ SEXO: M F
APELLIDO, NOMBRE

DIRECCION: _____

CIUDAD/ESTADO: _____

CODIGO POSTAL: _____

TELEFONO DE CASA #: (____) _____ - _____

TELEFONO DE CELULAR #: (____) _____ - _____

TELEFONO TRABAJO #: (____) _____ - _____

MEJOR HORARIO PARA LLAMAR _____

CORREO ELECTRONICO: _____ SI NO

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ LENGUAJE PREFERIDO: _____

EN CASO DE EMERGENCIA: _____ RELACION: _____ TELEFONO: (____) _____

DOCTOR PRIMARIO: _____ QUIEN LO REFIRIO CON NOSOTROS: _____

PHARMACIA DE PREFERENCIA: _____

YO TENGO ASEGURANZA: [] NO TENGO ASEGURANZA: []

PORFAVOR LISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO (SOLO PRESCRIPCIONES):

NOMBRE: _____ QUE TAN SEGUIDO LO TOMA?: _____

PORFAVOR LISTE TODA HOSPITALIZACION O CIRUGIA:

RAZON

FECHA

HISTORIAL SOCIAL

STATUS MATRIMONIAL: SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORSIADO(A) VIUDO(A)

USO DE ALCOHOL: NUNCA OCASIONALMENTE DIARIO

USO DE TABACCO: NUNCA OCASIONALMENTE DIARIO

USO DE DROGAS ILICITAS: NUNCA OCASIONALMENTE DIARIO

DEJE DE USAR - HACE? _____ TIPO: _____

EMPLEADOR: _____ **OCUPACION:** _____

EJERCICIO: NUNCA OCASIONALMENTE SEMANAL DIARIO

TIPO DE EJERCICIO: _____ NUMERO DE CALZADO: _____

HISTORIAL FAMILIAR

DIABETIS CANCER PROBLEMA DEL CORAZON PRECION ALTA STROKE TYROIDES ARTHRITIS

NO SE SI HAY ENFERMEDADES EN MI FAMILIA

OTRO _____

PADECE DE...

MIGRAÑA	S	N	DIABETIS	S	N	NEUROPATIA	S	N
ANEMIA	S	N	GOTA	S	N	LLAGAS ABIERTAS	S	N
ARTRITIS	S	N	ATAQUE AL CORAZON	S	N	NEUMONIA	S	N
ASMA	S	N	PROBLEMA DEL CORAZON	S	N	TUBERCULOSIS	S	N
PROBLEMAS CON LA ESPALDA	S	N	HEPATITIS	S	N	FIEBRE REUMATICA	S	N
INFECCION DE LA VEJIGA	S	N	VIH+/SIDA	S	N	CELULAS FALCIFORMES	S	N
SANGRADO ABDOMINAL	S	N	PRECION ALTA	S	N	PROBLEMA DE PIEL	S	N
CANCER	S	N	PROBLEMA DEL RINON	S	N	TIROIDES	S	N
TRANSFUSION DE SANGRE	S	N	HEFERMEDAD DEL HIGADO	S	N	ULCERAS	S	N
BRONCITIS/ ENFISEMA	S	N	PRECION BAJA	S	N	STROKE	S	N

SU HISTORIAL MEDICO

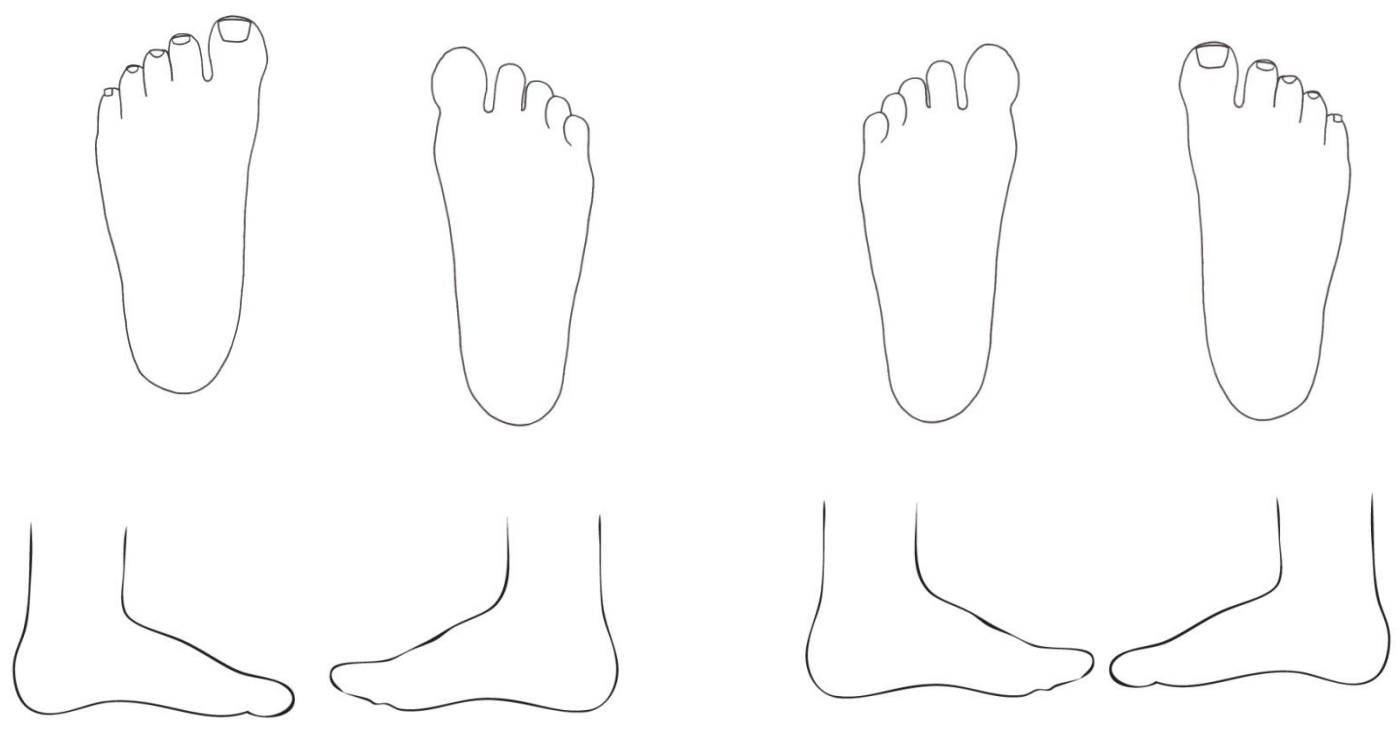
ALERGIAS: NINGUNO MEDICAMENTOS _____
 TAPE LATEX SHELLFISH IODINE OTRO _____

QUE PROBLEMA **ESPECIFICO** LO TRAJO A NUESTRA OFICINA? _____
CUANTO TIEMPO HACE QUE SU PROBLEMA EMPEZO? _____ DIAS / SEMANAS / MESES / AÑOS

FAVOR DE MARCAR LAS AREAS PROBLEMATICAS.

PIE IZQUIERDO

PIE DERECHO



SU PROBLEMA: EMPEZO DE REPENTE EMPEZO POCO A POCO

QUE TAN FUERTE ES SU DOLOR DEL 0 TO 10? (CIRCULE)

(NO TIENE DOLOR) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (PEOR DOLOR POSIBLE)

SU PROBLEMA FUE OCASIONADO POR UN ACCIDENTE? SI (DESCRIBA) _____ NO
ACCIDENTE FUE RELACIONADO CON EL TRABAJO? SI NO

HE CONTESTADO LAS PREGUNTAS EN ESTE FORMULARIO LO MAS CORRECTO POSIBLE. YO ENTIENDO QUE AL CONTESTAR Y DAR INFORMACION INCORRECTA PUEDE SER PELIGROSO PARA MI SALUD. ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD INFORMAR AL DOCTOR O ASISTENTE MEDICO DE CUALQUIER CAMBIO EN MI SALUD.

FIRMA

FECHA

Poliza de la Oficina

Nuestra oficina confia que la buena relacion entre el paciente/doctor se basa al entendimiento entre una comunicacion abierta. Nosotros hemos dado instrucciones a nuestro personal que con cada esfuerzo disponible que se le clarifique cualquier mal entendido de su balance. Esperamos evitar cualquier desacuerdo de pago para servicios profesionales.

Nosotros encontramos mas facil y menos confuso si le clarificamos nuestra facturacion de la oficina y la poliza de pagos al principio de su programa de tratamiento.

Pagos antes nos permiten controlar los costos, Saldos pendientes nos cuesta tiempo y dinero, Por lo tanto todo paciente sera necesario establecer arreglos financieros para pagos de su cuenta.

Nosotros le cobraremos a su compania de aseguranza como cortesia, por lo tanto , usted sera responsable por lo co-pagos, deductibles y cualquier servicio que su aseguranza no cubra. Esto sera mencionado que su cobertura de aseguranza es un acuerdo entre usted y su asegurador. Si ocurre un problema con su poliza, usted sera necesario que establezca un acuerdo financiero por escrito con nuestra oficina hasta que su problema sea resuelto. Todos pagos del paciente se vencen a la fecha del vencimiento del estado de cuenta.

Si su aseguranza requiere un acuerdo por escrito o autorizacion previa por cirugia, o suministros es su resposabilidad que tenga esto al corriente , aunque nosotros seamos su proveedor para su aseguranza.

Yo autorizo liberacion de cualquier situacion medica o otra informacion necesaria para procesar este reclamo. Yo tambien autorizo a Orange County Foot and Ankle Institute. que libere mi informacion sobre mi record medico a mi doctor primario para que este al tanto de mi estatus medico.

Yo entiendo todo y acuerdo a esta poliza.

Nombre _____

Firma _____

Fecha ____/____/____

ACUERDO DE ARBITRAJE ENTRE MEDICO Y PACIENTE

Artículo 1: **Acuerdo de arbitraje:** Se sobrentiende que todo conflicto relacionado con la mala praxis medica, ya sea si los servicios medicos prestados segun esta contrato fueron innecesarios on no autorizados, o se prestaron inadecuada, negligente o incompetentemente, o no, sera resuelto mediante arbitraje, confirme a las leyes del Estado de California, y no mediante demanda o recurso de accion judicial, con excepcion de la revision judicial de las diligencias de arbitraje, conforme a las leyes del Estado de California. Ambas partes, al firmar este contrato, renuncian a su derecho constitucional de que tal conflict se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en su lugar, aceptan someterse a arbitraje.

Artículo 2: **Toda reclamacion ha de someterse a arbitraje:** Es la intencion de las partes que este acuerdo vincula a todas aquellas partes cuyas reclamamciones surgan o esten relacionadas con el tratamiento o el servicio prestado por el medico, incluyendo todo conyuge o heredero del paciente y a todo sus hijos, hayan nacido o no, en el momento en que ocurrio el acontecimiento del cual surge dicha reclamacion. En el caso de una madre embarazada, el termino "paciente" aqui se refiere tanto a la madre como al bebe o a los bebes que ella espera.

Toda reclamacion por danos y perjuicios monetarios que excedan el limite jurisdiccional del tribunal de demandas de menor cuantia en contra del medico, de sus socios y adjuntos, de la agrupacion, de la persona juridical o de la sociedad, y de los empleados, agentes o patrimonio de cualquiera de ellos, deben someterse a arbitraje incluyendo, pero sin limitarse a, reclamaciones por perdida de consorcio conyugal, muerte por negligencia de un tercero, danos psicologicos o danos punitivos. El hecho de que el medico o el paciente inicie una accion judicial en cualquier tribunal para recaudar o refutar honorarios medicos, no significa que sea renuncie al derecho de que se imponga el arbitraje para resolver toda reclamacion por mala praxis. Sin embargo, tras alegar una reclamacion de mala praxis, toda disputa de honorarios, bien sea o no el sujeto de cualquier accion judicial existente, tambien debera resolverse mediante arbitraje.

Artículo 3: **Procedimiento y Derecho Aplicable:** Una demanda de arbitraje ha de ser notificada por escrito a todas las partes. Cada parte elegira un arbitro (arbitro de esa parte) dentro del plazo de treinta dias y un tercer arbitro (arbitro neutral) debera ser elegido por los arbitros nombrados por las parted dentro del plazo de trienta dias desde que se haya hecho una demanda de arbitro neutral por cualquiera de las partes. Cada parte involucrada en el arbitraje debera pagar una parte proporcional de los gastos y honorarios de arbitro neutral, junto con otros gastos de arbitraje en los que se haya incurrido o que hayan sido aprobados por el arbitro neutral, sin incluir honorarios de letrado ni de testigo u otros gastos en los que se haya incurrido por una de las partes para su propio benefico. Las partes acuerdan que los arbitros tienen la inmunidad de un agente judicial en lo que se refiere a responsabilidad civil cuando esten actuando en su ccalidad de arbitro segun este contrato. Esta inmunidad debera suplementar, no suplantiar, cualquier otro derecho, jurisprudencial o legislado, que proceda.

Cada parte tendra el derecho absolute a arbitrar por separado los asuntos de responsabilidad civil y danos y perjuicios mediante peticion por escrito al arbitro neutral. Las partes consienten la intervencion y asociacion en este arbitraje de quien de otra manera seria una parte adicional adecuada en una accion judicial y, tras dicha intervencion y asociacion, toda accion judicial existente en contra de tal persona o entidad adicional debera ser suspendida pendiente del arbitraje.

Las partes acuerdan que las disposiciones de derecho del Estado de California aplicables a los proveedores de asistencia medica se aplicaran tambien a los conflictos en el seno de este acuerdo de arbitraje incluyendo, pero sin limitarse a los articulos 340.5 y 667.7 delCodigo de Procedieminto Civil y los articulos 3333.2 delCodigo Civil. Toda parte pude interponer una peticion ante los arbitros, solicitando se dirte un fallo judicial sumario o un fallo extrajudicial sumario de conformidad con el Codigo de Procedimiento Civil des Estado de California. La divulgacion de pruebas debera llevarse a cabo segun el articulo 1283.05 del Codigo de Procedimiento Civil; sin embargo, se pueden llevar a cabo declaraciones juradas verbales sin que hayan sido aprobadas previamente por el arbitro neutral.

Artículo 4: **Disposiciones Generales:** Toda reclamacion basada en el mismo incidente, transaccion o circunstancia afin debera arbitrarse en un solo proceso. Debera renunciarse a la reclamacion y esta se anulara para siempre si (1) en la fecha en que reciba notificacion de dicha reclamacion, y una vez alegada en una demanda civil, fuera anulada segun lo dispuesto por la ley de prescripcion del Estado de California procedente o (2) la parte demandante no prosigue con la reclamacion de arbitraje con diligencia razonable, de conformidad con los procedimientos aqui establecidos. En o que respect a cualquier otro asunto no previsto aqui expresamente, los arbitros seran regulados por las disposiciones del Codigo de Procedimiento Civil del Estado de California relacionadas con el arbitraje.

Artículo 5: **Cancelacion:** Este acuerdo puede cancelarse mediante notificacion por escrito entregada al medico dentro del plazo de treinta (30) dias desde la fecha de su firma. El proposito de este acuerdo es que sea pertinente para todos los servicios medicos prestados en todo momento por cualquier enfermedad.

Si alguna de las disposiciones del presente acuerdo de arbitraje se considera invalida o imposible de hacer cumplir, las disposiciones restantes permaneceran en pleno vigor y no seran afectadas por la invalidez de cualquier otra disposicion.

Entiendo que tengo derecho a una copia de este acuerdo de arbitraje. Al firmar al pie de la pagina acuso recibo de dicha copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USED SE COMPROMETE A QUE TODO ASUNTO RELACIONADO CON MALA PRAXIS MEDICA SE DECIDA MEDIANTE ARBITRAJE NEUTRAL Y RENUNCIA A SU DERECHO A JUICIO ANTE UN JURADO O ANTE UN JUEZ, VEA EL ARTICULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Firma del Paciente o del Representate de Paciente

Fecha