

# Registracion del Paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Direccion de envol (si es diferente) incluye ciudad, estado y codigo postal

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_ Casado Soltero Divorciado Viudo

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

Numero de telefono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Numero de trabajo : \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Origen Etnico: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

## INFORMACION DE PARTIDO RESPONSIBLE (PARA MENORES O PACIENTES ASEGURADOS BAJO ASEGURANZA DE FAMILIAR)

Responsable o Nombre de Padre: \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Segundo Nombre de Padre: \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Conyuge Se Es Distinto Del Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Numero fe Telefono: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

## CONTACTO DE EMERGENCIA SI NO PODEMOS COMUNICARNOS CON USTED INMEDIATAMENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre de Farmacia Preferida y la Calle Cruzante: \_\_\_\_\_

Provedor Medico: \_\_\_\_\_

**SU FIRMA ES NECESARIO PARA CUALQUIER RECLAMACIONES DE ASEGURANSA Y PARA GUARANTIZAR PAGO DE SERVICIOS PROPORCIONADOS:** Yo Autorizo la liberación de toda información médica necesaria para procesar esta solicitud y que es pertinente a mi atención médica. Yo asigno todo beneficio médico y quirúrgicos, incluyendo beneficios mayors medicos al que tengo derecho a DESERT CITIES ALLERGY/OTOLARYNGOLOGY. Una fotocopia de esto se considera como valida como la original.

**ME COMPROMETO A SER FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR TODOS LOS CARGOS. HE LEÍDO ESTA INFORMACIÓN Y LO COMPRENDO.**

Firma del Paciente o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**DESERT CITIES ALLERGY/OTOLARYNGOLOGY INC.  
POLITICA DE LA OFICINA**

**Pacientes,**

En respuesta a la industria compleja del cuidado medico, hemos tomado medidas para optimizar nuestras operaciones para pasar mas tiempo en cuidado paciente y menos tiempo en la administracion. Esto requerira su ayuda. Lea por favor cuidadosamente los articulos abajo pues seran hechos cumplir terminantemente. Nuestra meta es proporcionar el cuidado medico de la alta calidad compasivo y oportuno.

- 1 Habra una carga de \$25.00 para todas las citas no guardadas o no cambiada 24 horas antes de su visita. (\$50 para citas en sabado) Habra un cargo de \$50.00 para todas citas de la prueba de alergia no guardadas o no cambiado 48 horas antes de su visita. Si haces cita para la cirugia habra una caraga \$100.00 para todas las citas de la cirugia no guardads o no cambiadas 1 semana adelantada.
- 2 Sepa su regimen de seguros. Muchas visitas no pueden ser cubiertas. Es apoyado sobre usted saber cuales son sus ventajas. Nuestra oficina no puede continuar con los cambios en sus planes del cuidado medico. Si sus cambios del seguro usted son responsables de notificar nuestra oficina de este cambio.
- 3 Los pagos de copayments, de los deductibles. Y del coaseguro son debidos a la hora de servicio. No mandamos la cuenta para los copayments. Aceptamos efectivo y pagos de la tarjeta de credito ningunos cheques debajo de \$100.00
- 4 Hay una carga adicional para rellenar todos los impresos y para que cualquier peticion administrativa incluya informes medicos de copiado.
- 5 Para pagar cuentas nomas aceptamos tarjetas de credito, debito o efectivo, no cheques
- 6 Todas las peticiones del repuesio de la farmacia deben ser hechas llamando su farmacia y pidiendo que envien a nuestra oficina una peticion del repuesio por fax.
- 7  
Usted debe ponemos al dia con la nuevas direccion e informacion del telefono inmediatamente. Usted tambien necesita informarnos que de cualquiera cambios de nombre y nuevo papeleo necesitara ser terminado
- 8 En intento de ayudapacientes de alergias pedimos a los pacientes por favor no ponerse perfum/colognia etc. cuando vienen a este oficina.
- 9 No siempre podemos hacer recordatorios de citas , cuando no podemos, todavia es el responsibilidad del paciente a recordar la cita.

He leído y acuerdo seguir las pautas antedichas.

\_\_\_\_\_  
Nombre Paciente (en molde)

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Del Guarda

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Desert Cities Allergy/Otolaryngology, Inc.  
FORMA DE ELEGIBILIDAD**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL ASEGURANZA**

Su seguro es un modo para que usted reciba el reembolso para los honorarios que usted ha pagado al medico para servicios hechos. Tener seguro no es un substituto para el pago. Muchas companias tienen permisos fijos o porcentajes basados en su contrato con ellos, no con nuestra oficina. Es su responsabilidad pagar deducible, seguro del co, y cualquier otro equilibrio no pagado por su seguro. Le asistiremos en la recepcion del reembolso tanto sea posible, pero usted es responsable de su cuenta.

Elegible con \_\_\_\_\_ mi cobertura comenzo \_\_\_\_\_  
(nombre de aseguranza) (fecha de elegibilidad)

\_\_\_\_\_  
nombre de suscriptor (en molde)

\_\_\_\_\_  
firma de suscriptor

\_\_\_\_\_  
Numero de Identificacion del suscriptor

\_\_\_\_\_  
numero de grupo de suscriptor

Entiendo que si mi elegibilidad no se ha establecido en el plazo de los 60 dias proximos, I o la persona financieramente responsable de mi asumira la responsibilidad total para cargado todo incurrido en por me. Convengo que la informacion antedicha es verdad y exacta. Si he presentado la informacion falsa, I o la persona financieramente responsable de mi pagara por completo todas tales cargas, en el plazo de 30 dias.

\_\_\_\_\_  
Firma (paciente o padre del menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha



# DESERT CITIES ALLERGY, EAR, NOSE & THROAT, INC.

**Majid Torabi, M.D., F.A.C.S.**  
Board Certified Otolaryngology, Head & Neck Surgery  
Also specializing in Allergy, Sinus & Immunology

## CONTRATO DE ARBITRAJE ENTRE EL DOCTOR Y EL PACIENTE

**Artículo 1: Contrato de Arbitraje:** Se acuerda que cualquier disputa con respecto a negligencia medica. es decir, para determinar si los servicios medicos prestados bajo este contrato fueron innecesarios o no fueron autorizados, o fueron prestados en forma negligente o incompetente, sera determinada sometandola 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 revision judicial de los procedimientos de arbitraje de acuerdo 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 cubra todas las reclamaciones o controversias, o si el agravio es indemnizable, el contrato u otra forma, y debera 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 asociacion, sus asociados, sociedades, corporaciones, consorcios, empleados, agentes y sus suplidores (colectivamente de aqui en adelante referido como Doctor) a un paciente, incluyendo a cualquier conyuge o herederos del paciente y cualquier nino nacido o no nacido en la fecha del suceso que dio lugar a una reclamacion. En caso de una madre embarazada, al termino "paciente" en el presente significara la madre y el nino o ninos que la madre espera tener. Todas las reclamaciones por danos y perjuicios monetarios que excedan el limite de jurisdiccion de la corte de reclamaciones de los empleados y el causal hereditario de cualesquiera de ellos, deben ser arbitradas, incluyendo pero sin estar limitadas a reclamaciones por perdida de consorcio, muerte por negligencia, perturbacion emotiva o danos punitivos. La presentacion de cualquier accion en un juzgado hecha por el doctor para cobrar una factura al paciente no elimina el derecho a obligar a un arbitraje por una reclamacion de negligencia medica. Sin embargo, despues de asentar la reclamacion contra el doctor, cualquier disputa por honorarios, aunque este o no este sujeta a una accion judicial, sera resuelta por medio de un arbitraje.

**Artículo 3: Procedimiento y Ley Pertinente:** La peticion de arbitraje debe ser comunicada por escrito a todas las partes. Cada una de las partes seleccionara un tercer arbitro (arbitro neutral). Cualquiera de las partes tiene el derecho absoluto para someter a un arbitraje separado los asuntos de responsabilidad y danos y perjuicios solicitandolo por escrito al arbitro neutral. Las partes acuerdan que las estipulaciones de las leyes de California aplicables a los que proven cuidado de la salud, se aplicaran a disputas comprendidas en este contrato de arbitraje incluyendo, pero sin estar limitadas al codigo de Procedimientos Civiles ## 1280-1295 y la Arbitracion Federal Acta (9 U.S.C. ## 1-4). Las partes deberan costear sus propios costos, gastos, y honorarios, junto con una porcion de los costos, gastos y honorarios del arbitro neutral.

**Artículo 4: Revocacion:** Este contrato puede ser revocado por medio de una notificacion por escrito dirigida al doctor dentro de los 30 dias de la firma del mismo, y si no es revocado, este contrato, regira para todos los servicios medicos recibidos por el paciente.

**Artículo 5: Efecto retroactivo:** Si el paciente desea que este contrato cobra 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: Provision de separacion:** En caso de cualquier provision o provisiones de este acuerdo es declarado invalido, y/o sin vigor, tal provision o provisiones seran considerados suspendidos desde entonces hasta el resto del contrato ejecutado de acuerdo con la ley de California.

**NOTA: AL FIRMAR 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.**

Nombre del doctor  
Grupo Medico/nombre de Asociacion

Firma del Paciente (Fecha)

Por Doctor (Fecha)

Nombre en letras de Molde

Traducido por: (si es aplicable)

Representante del Paciente (Fecha)

Firma (Fecha)

Nombre en letras de Molde

Desert Hospital Medical Campus • 1180 N. Indian Canyon Dr., Ste 302 • Palm Springs, CA 92262 • (760)-346-1799

Eisenhower Medical Campus • 39-000 Bob Hope Dr., Probst 312 • Rancho Mirage, CA 92270 • (760) 346-1788 • Fax (760) 346-1422