

Dr. Majid Torabi

Desert Cities Allergy/Otolaryngology
Dr. Ryan Salvador

Mitch Claire, P.A.

REGISTRACION DEL PACIENTE

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ INICIAL: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____

DIRECCION POSTAL (SI ES DIFERENTE) INCLUYE CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL:

NUMERO SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

HOMBRE: _____ MUJER: _____ CASADO SOLTERO DIVORCIADO VIUDO

OCUPACION: _____ EMPLEADOR: _____

TELEFONO DE CASA: _____ CELLULAR: _____ TRABAJO: _____

CORREO ELECTRONICO _____

RAZA: _____ ORIGIEN ETNICO: _____ IDIOMA: _____

INFORMACION DE PARTIDO RESPONSIBLE (PARA MENORES O PACIENTES ASEGURADOS BAJO MIEMBRO DE FAMILIA)

RESPONSIBLE 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: _____ OCUPACION: _____

CONYUGE SI ES DIFERENTE DEL RESPONSIBLE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ NUMERO DE TELEFONO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (SI NO PODEMOS CONTACTAR INMEDIATAMENTE)

NOMBRE: _____ NUMERO DE TELEFONO: _____

NOMBRE DE FARMACIA PREFERIDA Y LA CALLE CRUZANTE: _____

DOCTOR PRIMARIO: _____

SU FIRMA ES NECESSARIA PARA PROCESAR CUALQUIER RECLAMA DE ASEGURANSA Y PARA GARANTIZAR

PAGO DE SERVICIOS RENDIDO: Yo Autorizo la liberacion de toda la informacion medica necesaria procesar esta solicitud y que es pertinente a mi atencion medica. Yo asigno todo beneficio medico y quirurgicos, incluyendo mayores 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 informacion Y lo comprendo.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR: _____ FECHA: _____

POLITICA DE LA OFICINA

Pacientes,

****Nota: leer a través de todas las políticas , que contiene información importante****

En respuesta a la industria compleja del cuidado medico, hemos tomado medidas para optimizer nuestras operaciones para pasar mas tiempo en cuidado paciente y menos tiempo en la administracion. Esto requerira su ayuda. Por favor lea cuidadosamente a través de los puntos a continuación , ya que se aplicarán estrictamente . Nuestro objetivo es proporcionar alta calidad , salud compasionate y oportuna.

- 1. Habrá un cargo de \$ 25.00 para todos los nombramientos no posee o reprogramados por lo menos 24 horas antes de su visita. (\$60 para citas en Sábado) Habrá un cargo de \$50 para todas las citas de prueba de alergia, no posee o reprogramados 48 horas antes de su visita. Si tienes cita para cirugía habrá un cargo de \$100 para todas las citas de cirugía no posee o reprogramados al menos 1 semana de antelación.**
- 2. Conozca su plan de seguro. Muchas visitas no pueden ser cubiertos . Le corresponde a usted para saber cuáles son sus beneficios. Nuestra oficina no puede mantenerse al día con los cambios en sus planes de salud. Si cambia su seguro Usted es responsable de notificar a nuestra oficina de este cambio.**
- 3. Los copagos , deducibles y pagos de coseguro se deben en el momento del servicio. No facturamos por copagos . Aceptamos pagos en efectivo y tarjetas de crédito no se aceptan cheques de menos de \$100.**
- 4. Hay un cargo adicional para llenar puso todas las formas y de las solicitudes administrativas para incluir la copia de los registros médicos .**
- 5. Hay un cargo para todos los cheques devueltos.**
- 6. Todas las solicitudes de recarga de farmacia deben hacerse llamando a su farmacia y pedirles que enviar por fax a nuestra oficina una solicitud de recarga . Esto debe hacerse antes de que esté fuera de su medicación.**
- 7. Usted debe actualizar con nueva dirección y la información telefónica de inmediato . También es necesario que nos informe de cualquier cambio de nombre y nueva documentación tendrá que ser completado.**
- 8. En un esfuerzo para ayudar a nuestros pacientes alérgicos , les pedimos a todos que no usar perfume / colonia etc. al entrar en nuestra oficina , le agradecemos su cooperación.**
- 9. Llamadas de recordatorio no siempre se hacen, incluso cuando no lo llamamos , los pacientes son responsables de recordar su nombramiento.**

He leído y estoy de acuerdo de seguir las directrices mencionadas.

Nombre de paciente (en molde)

Firma de paciente/Del guarda

Fecha

Formulario de elegibilidad

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Información de aseguransa

Su seguro es un método para que usted reciba el reembolso de los honorarios que ha pagado al médico por los servicios de representación . Tener seguro no es un sustituto para el pago. Muchas empresas han fijado las asignaciones o porcentajes en base a su contrato con ellos , no con nuestra oficina , es su responsabilidad de pagar el deducible , coaseguro y otros saldos no pagados por su seguro como por su contacto. Nosotros le ayudamos a recibir el reembolso tanto como sea possible, pero usted es responsable de su factura .

Estoy inscrito con _____ empezó Mi cobertura _____
(Nombre de aseguransa) (Fecha de elegibilidad)

Nombre del suscriptor impreso

Suscriptor o responsable

Numero de Identificación

Numero de Grupo

Entiendo que si mi elegibilidad no se ha establecido dentro de los próximos 60 días, o la persona finically responsable de mí asumiré toda la responsabilidad de todos los gastos incurridos por mi mismo . Estoy de acuerdo en que la información anterior es verdadera y exacta . Si he presentado información falsa, o la persona responsable financieramente para mí pagará la totalidad de todos estos cargos, dentro de los 30 días.

Firma (De paciente o padre)

Fecha

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 los procedimientos de arbitraje 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 cubrira todas las reclamaciones o controversias, o si el agravio es indemnizable, el contrato u otra forma, y debere 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 caudal 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 puntivos. 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 disputes 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 prcion 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 retroactive: 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 provicion o provisiones de este acuerdo es declarado invalido, y/o sin vigor, tal provicion 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 paciente (En molde)

Firma del paciente o tutor (Fecha)

Representante o tutor del paciente (en molde)

Firma de representante o tutor (Fecha)

Médico o representantes sello

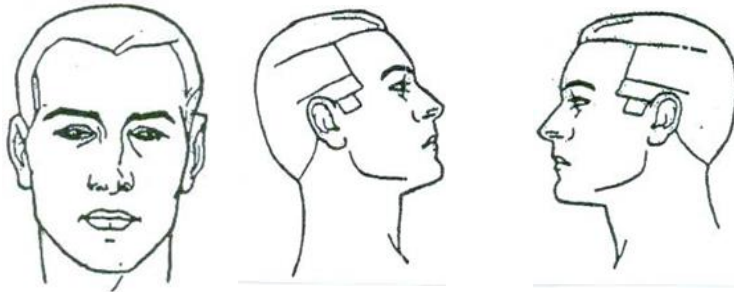
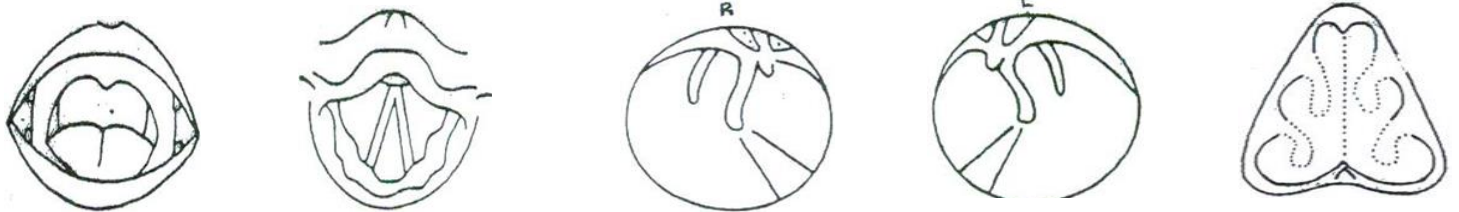
Firma de medico (Fecha)

USO SOLAMENTE DE OFICINA:

Patient name: _____ DOB: _____ PCP: _____

Insurance: _____ ID#: _____

Weight: _____ Height: _____ Temp: _____ B/P: _____ Pulse: _____



Impression/Treatment:

USO DEL PACIENTE:

Razon para la visita: _____

Cómo se siente su salud general es (por favor marque uno) [Buena] [Regular] [Mala]

Tiene alguna tendencia al sangrado [Si] [No]

Tiene usted alguna de las siguientes enfermedades (Marque los que aplican) [Alta presión sanguínea] [Colesterol alto] [Diabetes] [Problemas cardíacos] [Hipotiroidismo] [Hipoparatiroidismo] Otro: _____

Hábitos de fuma: [Nunca] [Ex fumador ___ días/meses/años] [Fumador actual ___ paquetes por día]

Las siguientes preguntas se refieren a sus oídos, tiene usted alguna de las siguientes (marque todo lo que corresponda) [ninguna]

Problemas de audición [derecha] [izquierda] Dolor en [derecha] [izquierda] Drenaje de [derecho] [izquierda] Presión [derecha] [izquierda] sonando [derecha] [izquierda] [mareos] Ha estado expuesto a ruidos Fuertes [Si] [No]

Revisión del Sistema (marque los que aplican) o [NINGUNA]

[Respiración dificultosa] [Nariz sangrante] [Dificultad para tragar] [Sensación de cuerpo extraño en la garganta]

[El reflujo ácido] [Tos / Sangre] [Dolor en el pecho] [palpitaciones del corazón] [sensación de hormigueo] [Dolor de cabeza] [Visión doble] [Visión borrosa] [Diarrea] [Estreñimiento] [debilidad de las extremidades superior] [Baja debilidad de las extremidades]

Por favor escriba cualquier cirugía del cuello y arriba: _____

Reacción alérgica a medicamentos: _____

Enumere cualquier medicamento que te hayas tomado actualmente: _____

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION

Background The HIPAA Privacy Rule gives individuals a fundamental new right to be informed of the privacy practices of their health plans and of most of their health care providers, as well as to be informed of their privacy rights with respect to their personal health information. Health plans and covered health care providers are required to develop and distribute a notice that provides a clear explanation of these rights and practices. The notice is intended to focus individuals on privacy issues and concerns, and to prompt them to have discussions with their health plans and health care providers and exercise their rights.

How the Rule Works General Rule. The Privacy Rule provides that an individual has a right to adequate notice of how a covered entity may use and disclose protected health information about the individual, as well as his or her rights and the covered entity's obligations with respect to that information. Most covered entities must develop and provide individuals with this notice of their privacy practices. The Privacy Rule does not require the following covered entities to develop a notice:

- Health care clearinghouses, if the only protected health information they create or receive is as a business associate of another covered entity.
- A correctional institution that is a covered entity (e.g., that has a covered health care provider component).
- A group health plan that provides benefits only through one or more contracts of insurance with health insurance issuers or HMOs, and that does not create or receive protected health information other than summary health information or enrollment or disenrollment information.

Content of the Notice. Covered entities are required to provide a notice in plain language that describes:

- How the covered entity may use and disclose protected health information about an individual.
- The individual's rights with respect to the information and how the individual may exercise these rights, including how the individual may complain to the covered entity.
- The covered entity's legal duties with respect to the information, including a statement that the covered entity is required by law to maintain the privacy of protected health information.
- Whom individuals can contact for further information about the covered entity's privacy policies. The notice must include an effective date for the specific requirements for developing the content of the notice. A covered entity is required to promptly revise and distribute its notice whenever it makes material changes to any of its privacy practices for covered health care providers with direct treatment relationships with individuals.

Providing the Notice.

- A covered entity must make its notice available to any person who asks for it.
- Health Plans must also: Provide the notice to individuals then covered by the plan no later than April 14, 2003 (April 14, 2004, for small health plans) and to new enrollees at the time of enrollment. Provide a revised notice to individuals then covered by the plan within 60 days of a material revision. Notify individuals then covered by the plan of the availability of and how to obtain the notice at least once every three years.
- Covered Direct Treatment Providers must also: Provide the notice to the individual no later than the date of first service delivery (after the April 14, 2003 compliance date of the Privacy Rule) and, except in an

emergency treatment situation, make a good faith effort to obtain the individual's written acknowledgment of receipt of the notice. If an acknowledgment cannot be obtained, the provider must document his or her efforts to obtain the acknowledgment and the reason why it was not obtained. When first service delivery to an individual is provided over the Internet, through e-mail, or otherwise electronically, the provider must send an electronic notice automatically and contemporaneously in response to the individual's first request for service. The provider must make a good faith effort to obtain a return receipt or other transmission from the individual in response to receiving the notice. In an emergency treatment situation, provide the notice as soon as it is reasonably practicable to do so after the emergency situation has ended. In these situations, providers are not required to make a good faith effort to obtain a written acknowledgment from individuals. Make the latest notice (i.e., the one that reflects any changes in privacy policies) available at the provider's office or facility for individuals to request to take with them, and post it in a clear and prominent location at the facility.

- A covered entity may e-mail the notice to an individual if the individual agrees to receive an electronic notice for the specific requirements for providing the notice. Organizational Options.
- Any covered entity, including a hybrid entity or an affiliated covered entity, may choose to develop more than one notice, such as when an entity performs different types of covered functions (i.e., the functions that make it a health plan, a health care provider, or a health care clearinghouse) and there are variations in its privacy practices among these covered functions. Covered entities are encouraged to provide individuals with the most specific notice possible.
- Covered entities that participate in an organized health care arrangement may choose to produce a single, joint notice if certain requirements are met. For example, the joint notice must describe the covered entities and the service delivery sites to which it applies. If any one of the participating covered entities provides the joint notice to an individual, the notice distribution requirement with respect to that individual is met for all of the covered entities. Frequently Asked Questions to see Privacy Rule FAQs, visit the desired link below: FAQs on Notice of Privacy Practices FAQs on ALL Privacy Rule Topics (You can also go to http://answers.hhs.gov/cgi-bin/hhs.cfg/php/enduser/std_alp.php, then select "Privacy of Health Information/HIPAA" from the Category drop down list and click the Search button.)

HIPPA Compliance Consent Form

Our Notice of Privacy Practices provides information about how we may use or disclose protected health information.

The notice contains a patient’s rights section describing your rights under the law. You ascertain that by your signature that you have reviewed our notice before signing this consent.

The terms of the notice may change, if so, you will be notified at your next visit to update your signature/date.

You have the right to restrict how your protected health information is used and disclosed for treatment, payment or healthcare operations. We are not required to agree with the restriction, but if we do, we shall honor this agreement. The HIPPA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) las allows for the use of the information for treatment, payment, or healthcare operations.

By signing this form, you consent to our use and disclosure of your protected healthcare information and potentially anonymous usage in a publication. You have the right to revoke this consent in writing, signed by you. However, such a revocation will not be retroactive.

By signing this form, I understand that:

- Protected health information may be disclosed or used for treatment, payment, or healthcare operations.
- The practice reserves the right to change the privacy policy as allowed by law
- The practice has the right to restrict the use of the information but the practice does not have to agree to those restrictions.
- The patient has the right to revoke this consent in writing at any time and all full disclosures will then cease.
- The practice may condition receipt of treatment upon execution of this consent.

May we phone, email, or send a text to you to confirm appointments? Yes No

May we leave a message on your answering machine at home or on your cell phone? Yes No

May we discuss your medical condition with any member of your family? Yes No

If YES, please name the members allowed: _____

This consent was signed by: _____

(PRINT NAME PLEASE)

Signature: _____

Date: _____

Witness: _____

Date: _____

Dr. Majid Torabi

Desert Cities Allergy/Otolaryngology
Dr. Ryan Salvador

Mitch Claire, P.A.

Medical Information Authorization

(California Civil Code s56)

(Leave "Provider of Health Information" Blank)

Provider of health information: _____

Address: _____

Phone: _____ **Fax:** _____

Requestor of health information: Desert Cities Allergy Otolaryngology Inc

Address: 39000 Bob Hope Dr., Probst 202 Rancho Mirage, CA 92270

Phone: 760-346-1788 **Fax:** 760-346-1422

Requestor and any of its authorized agents is hereby authorized under part 2.6 Division 1, of the California code, to receive any and all medical information including, but not limited to, all information in possession of the above named provider of health care regarding the medical history, mental or physical condition, or treatment of the patient:

Patient name: _____ **D.O.B.** _____

This information may be used for any activity reasonably related to the determination and protection of the legal rights of the patient, as agreed between the patient and the requestor. This authorization shall remain in effect for an indefinite period, or until withdrawn by the patient. Any photo copy of this authorization shall be as valid as the original.

I consent to this authorization, and acknowledge receipt of a copy of this authorization at the time of signing.

Signature: _____ **Relationship:** _____ **Date:** _____