

Southland Arthritis - Forma De Ingesta De Pacientes

Nombre Del Paciente: _____

Correo Electrónico Del Paciente: _____

Ha viajado fuera del país en los últimos 14 días? _____

Usted o un familiar ha tenido en coronavirus o ha estado en contacto con alguien que a tenido el coronavirus _____

Tiene fiebre de 100.4F/38 C o mas alto? _____ Ha tenido fiebre? _____ Ha estado congestionado? _____ Tiene resfríos? _____ Tiene dificultad al respirar? _____



Nombre: _____ Género: M/F Fecha De Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

De Seguro Social: _____ Trabajo: _____

Número de Trabajo: _____

Estado Civil: _____ Nombre de Esposo/a: _____

Pariente Cercano: _____ Número : _____

Contacto de Emergencia: _____ Número: _____

Referido Por: _____

Una copia de este contrato es considerada como copia original. Yo entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos, por hoy si no han sido pagados por la compañía de seguro. Yo autorizo que mi expediente sea dado a cualquier Doctor o a una compañía de seguro médico.

NO ACEPTAMOS COMPENSACIÓN POR ACCIDENTE LABORAL. LOS PACIENTES SON RESPONSABLES DE TODOS LOS CARGOS.

Firma del Paciente/guardián legal: _____ Fecha: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de farmacia: _____ # de Farmacia: _____

Dirección de Farmacia: _____

Anote todos los medicamentos que está tomando actualmente. También indique la fuerza y la frecuencia con que toma cada medicamento.

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

7) _____

8) _____

9) _____

10) _____

11) _____

12) _____

13) _____

Por favor escriba TODAS las alergias a los medicamentos y la reacción:



NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____
ORIGEN ÉTNICO: _____

CUAL ES LA RAZÓN DE SU VISITA? _____

PROBLEMAS MEDICOS PRESENTE/PASADO (marque los que correspondan):

| | | |
|--------------------|-------------------------|---|
| Presión Alta | Diabetes | Hepatitis/Enfermedad del Hígado |
| Colesterol elevado | Tiroides | Accidente Cerebrovascular |
| Artritis | ERGE/ gastritis | Ataque del Corazón/Enfermedad del corazón |
| Lupus | Infecciones de la orina | Alergias de temporada |
| Gota | Enfermedad del riñón | |

Otros: _____
(Por favor, use el reverso de papel si necesita más espacio)

CIRUGÍAS ANTERIORES:

Historia Familiar: (edad, estar / problemas médicos, fallecidos)

Madre: _____

Padre: _____

Hermanos/a: _____

Hijos/a: _____

Otra Historia de: Lupus Artritis Cáncer Tiroides Diabetes Gota

Historia Social: (Circule uno)

TABACO: *Nunca Pasado Presente* (si en el momento fuma número de cigarrillos /día): _____

ALCOHOL: *Nunca Pasado Ocasionalmente Regularmente* (cantidad día/semana): _____

DROGAS: *Nunca Pasado Ocasionalmente Regularmente* (cantidad día/semana): _____

OCCUPATION: _____

ESTADO MATRIMONIAL: _____

DE PERSONAS QUE VIVEN CON USTED: _____

FECHA Y RESULTADOS DE LA ÚLTIMA PRUEBA DEL VIH: _____

FECHA Y RESULTADOS DE LA PRUEBA PASADA DE TUBERCULOSIS: _____



NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

REVISIÓN DE SISTEMAS:

ESTÁS EXPERIMENTANDO (y no mencionados anteriormente):

General:

Fiebre
Escalofríos
Mareo
Fatiga
Malestar
Aumento de peso/pérdida

Gastrointestinal:

Dolor de estómago
Reflujo
Náuseas / vómitos
Hemorroides
Estreñimiento
Diarrea
Heces negras / alquitranadas

Piel:

Cambios en las uñas
La pérdida de cabello
Salpullido bajo el sol
Psoriasis
Quemadura del sol

Oncología y Hematología:

Tipo de Cáncer _____
Sangrado De (nariz o otro lugar)
Moretones

NOOCCG:

Úlceras en la nariz
Visión doble
Cambios en la vista
Resequedad en los ojos

ENDOCRINO:

Intolerancia al caliente/frío
Diabetes
Enfermedad de la tiroides

CARDIACO:

Dolor de pecho
Latido del corazón irregular
Insuficiencia Cardíaca
Congestivo

Músculo Esquelético:

Enrojecimiento de conjunta
Dolor muscular
Inflamación articular
Dolor articular

Sistema Genitourinario:

Dolor al orinar
Incontinencia
Desecho
Dolor al tener relaciones
Dificultad para empezar / detener la orina

PULMONAR:

Dificultad para respirar
Flema Sangrienta
Chillido en el Pecho
Tuberculosis
Ronquidos
Tos
Apnea del sueño

Neurología/Psiquiatría

Depresión
Cambios de humor
Ansiedad Hormigueo / Entumecimiento
Ataques

Dolor de cabeza



Este paciente formulario de consentimiento es para el uso y la divulgación de la información en salud, para el tratamiento, pago y, por Las operaciones de atención médica.

Yo, _____, entiendo que de parte de mi salud El Doctor, Chandrakant Mehta, Dr.Amal Mehta, Dr.Dharmarajan Ramaswamy, Southland Arthritis & Osteoporosis Medical Center, C.V.Mehta MD Corporación Médico Y sus afiliados origina y mantiene papel y su registro médico electrónico describiendo mi historia médica , y síntomas, exámenes, resultados de examen, diagnósticos, síntomas, tratamiento, y cualquier plan médico para el futuro. Yo entiendo que esta información será usada para:

- Planear mi salud y un tratamiento médico.
- Una forma de comunicarse con todos los doctores médicos que contribuyen a mi salud.
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico y información quirúrgica a mi talón de cuenta.
- Una fuente para que el tercer pagador pueda verificar los servicios que hayan sido cobrados por el doctor.
- Una herramienta de rutina médica para operaciones que aseguren calidad y revisen la competencia salud profesional.

Yo entiendo y me han dado una copia de información de prácticas de doctores con descripción más completa. Yo entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho de revisar las notas antes de firmar los consentimientos.
- El derecho de rechazar el uso de mi información médica para propósitos del directorio.
- El derecho de pedir como mi información médica será usada o revelada para llevar a cabo tratamiento, pago, o otras opciones médicas.

Yo entiendo que el Dr Chandrakant Mehta, Dr. Amal Mehta, Dr.Dharmarajan Ramaswamy, Southland Arthritis & Osteoporosis Medical Center, C.V.Mehta MD Medical Corporation y sus afiliados no se requiere que estén de acuerdo a las decisiones restringidas. Yo entiendo que pueden revocar este consentimiento por escrito. Yo también entiendo que si me niego a firmar este consentimiento, esta organización puede negarme el tratamiento médico como es permitido por la sección 164:506 de la code of Federal Regulations.

Yo entiendo que el Dr.Chandrakant Mehta, Dr.Amal Mehta, Dr.Dharmarajan Ramaswamy, Southland Arthritis & Osteoporosis Medical Center, C.V.Mehta MD Medical Corporation y sus afiliados tienen el derecho de cambiar este aviso y prácticas de acuerdo con la sección 164:520 of the code of Federal Regulations. Si esta organización cambia este aviso se le mandará una copia a la dirección que he dado. (Será dado correo de los EE.UU. o por E-mail)

Deseo tener las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información de salud:

Entiendo que como parte del tratamiento de esta organización, el pago o las opciones de cuidado de la salud, puede ser necesario revelar mi información de salud protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento a la divulgación de estos usos permitidos, incluyendo las revelaciones a través de fax, contestador automático, o un miembro de la familia. Estoy totalmente de acuerdo y acepto los términos de este consentimiento.

Firma del paciente

Fecha



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION
AUTORIZACIÓN PARA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

I hereby authorize/ Yo authorize

To furnish all medical records concerning patient:
Que reciban todo el expediente de:

Name/Nombre: _____

DOB/Fecha de nacimiento: _____

Disclose Medical Records To: **Southland Arthritis**

- Hemet Office: 949 Calhoun Pl, Suite F, Hemet, CA 92543
Phone (951)652-5000; Fax (855) 306-0135
- Menifee Office: 29798 Haun Rd, Suite 301, Menifee, CA 92586
Phone (951) 672-1866; Fax (855) 306-0135
- Temecula Office: 31515 Rancho Pueblo Rd, Suite 203, Temecula, CA 92592
Phone (951) 303-1500; Fax (855) 306-0135
- Riverside Office: 21832 Cactus Ave, Riverside, CA 92518
Phone (951)924-6500; Fax (855) 306-0135
- Corona Office: 1820 Fullerton Ave, Suite 350, Corona, CA 92881
Phone (951)256-1779; Fax (855) 306-0135
- San Bernardino Office: 164 W. Hospitality Lane, Suite 8, San Bernardino, CA92408 Phone(909)567-2917;
Fax (855) 306-0135

This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect for thirty six (36) months from the date of the signature. This authorization is also subject to written revocation by the undersigned at any time between now and the disclosures of information by the disclosing part. My written revocation will be effective upon receipt but will not be effective to the extent that the Requester or others have acted in reliance upon this authorization. I understand and agree that there are some circumstances where information relating to my claim may be disclosed to other parties, including, but not limited to, Hospitals, Physicians, Clinics, Medical Providers, or other Social Service Agencies which may have previously rendered services to me and/or have consulted with me in regards to my claim for benefits.

Specify records to be disclosed: **Complete Medical Records, including but not limited to: psychiatric/mental health records (protected by the Lanterman-Petris-Short act), Drug and/or alcohol abuse records, records concerning infectious disease, sexually transmitted disease (including HIV)**

If any except specifically provided: _____

I understand that I have the right to receive a copy of this authorization

Signature/Firma: _____

Date/Fecha: _____



Southland Arthritis & Osteoporosis Medical Center

Nuevos Pacientes

Precios de citas perdidas y Citas Cambiadas

Nuestros Doctores quieren estar disponibles para sus necesidades. Desafortunadamente cuando un paciente no llega a su cita otro paciente pierde la oportunidad de ser visto por el doctor. Si usted no puede asistir a su cita por favor llámenos antes de las diez de la mañana del día anterior de su cita, si no llama para cancelar su cita se le cobrará \$25.00 dólares. Nuestras citas se nos llenan rápido si usted pierde su cita no es probable que lo podremos poner en el calendario tan pronto como le gustaría.

Los copagos y otros cargos son debidos al tiempo del servicio.

Los copagos son esperados al tiempo de servicio. Servicios recibidos que no son cubiertos por su plan de su aseguranza serán su responsabilidad financiera.

Como rellenar su medicamento

Si usted necesita medicamento por favor de planear en adelanto. Mucha medicina que el reumatólogo le da no debería de ser descontinuada o parada de forma inesperada. Llame a su farmacia y pida su relleno de medicamento con 5 días de anticipo. No llame a nuestra oficina. Su pedido tiene que ser por la farmacia. Si usted ya tiene rellenos autorizados el farmacéutico podrá rellenar su medicamento rápido. Si no tiene autorización el farmacéutico llamará a nuestra oficina. Se tarda de 3 a 5 días de trabajo para completar su autorización para su medicamento e informa a la farmacia. Si usted usa farmacia de correo también se necesitarán 5 días de trabajo para completar la autorización.

Formas y Expediente Médico

Hay un cargo para la mayoría de las formas como excusa Jury Duty, DMV, y forma examen discapacidad.

Si usted viene de otro grupo médico o consultorio médico puede solicitar que sus expedientes sean enviados a nuestra oficina. Una forma para recibir expedientes es necesario ser firmada por usted para iniciar el proceso y recibir su expediente. Si usted ya es paciente de Southland Arthritis y un doctor está pidiendo su expediente una forma firmada por usted será necesitada. Se tardaría 15 días de trabajo para copiar y mandar su expediente médico

Firma _____

Fecha _____

SOUTHLAND ARTHRITIS AND OSTEOPOROSIS CENTER
CÓDIGO DE CONDUCTA DEL PACIENTE

Bienvenido a Southland Arthritis and Osteoporosis Center. Los proveedores y el personal se esfuerzan por hacer que su experiencia en el cuidado de la salud sea lo mejor que pueda ser mientras esté bajo el cuidado de la práctica. Entendemos que puede haber momentos en los que usted pueda sentirse frustrado debido a sus preocupaciones de salud actuales o otras razones personales. El personal y los médicos en Southland Arthritis and Osteoporosis Center harán todo lo posible para satisfacer sus necesidades y preocupaciones.

Sin embargo, el personal ni los médicos tolerarán cualquiera de los siguientes:

- **Abuso verbal por cualquier razón**
- **Abuso físico**
- **Citas pérdidas repetidas (3 o más citas perdidas, O para pacientes nuevas 2 o más citas perdidas)**
- **Se niegue a ir a la sala de emergencias según las indicaciones del médico, o del personal en nombre del médico**
- **No seguir el consejo médico tal como las pruebas recomendadas, las instrucciones de el medicamento, las pruebas de laboratorio o los procedimientos**

No seguir las recomendaciones del médico puede comprometer la calidad de su atención y ciertos comportamientos como se enumeran anteriormente no serán tolerados por la práctica. Southland Arthritis y Osteoporosis Centro está proporcionando este Código de Conducta para que haya una comprensión clara de por qué la práctica puede elegir para el alta de un paciente de la práctica de cualquiera de las violaciones anteriores en el Código de Conducta del Paciente políticas.

Gracias por su comprensión.

Southland Arthritis and Osteoporosis Center

C.V. MEHTA, M.D., F.A.C.R.
D. RAMASWAMY, M.D.
J. TRIVEDI, M.D.
A. MEHTA, M.D., M.B.A.
A. BUSTAMANTE, PA-C
K. COLBURN, M.D.
M. PHILLPOTTS M.D.
N.CHAVEZ STEWART, M.D.
A.BRAVO, MD, PhD
L. ASFAHANI, PA-C
D. PANIKKATH, M.D.

Firma del Paciente _____

Fecha _____



Formulario de divulgación de información médica (HIPAA)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Liberación de información

Autorizo la divulgación de información, incluido el diagnóstico, registros, resultados de exámenes, cambios de dosis de medicamentos, citas e información de reclamos.

Esta información puede divulgarse a **(incluye nombre(s) completo)** :

Esposa (o) _____

Hijo (s) _____

Otro _____

Por favor llama

mi casa # _____ mi celular # _____

Si no puede comunicarse conmigo:

puede dejar un mensaje detallado

por favor deje un mensaje pidiéndome que le devuelva la llamada

El mejor momento para comunicarse conmigo es (día de la semana) _____

entre (hora) _____

Envíeme un mensaje detallado por correo electrónico a: _____

Enviar correspondencia a la dirección de mi casa:

Recordatorios de citas

puede llamar o enviar un mensaje de texto a los números anteriores puede enviarme un correo electrónico a la dirección que se encuentra arriba

Esta divulgación de información permanecerá vigente hasta que yo la rescinda por escrito. Este comunicado excluye específicamente cualquier evaluación / registro de psiquiatría y psicología que esté más restringido por las regulaciones de HIPAA.

Firma del paciente _____ Fecha _____



CENTRO DE ARTRITIS Y OSTEOPOROSIS DEL SUR
RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar a continuación, reconozco que: soy el paciente o el representante personal del paciente; He recibido una copia del "Aviso de prácticas de privacidad: para el centro de artritis y osteoporosis de Southland; y entiendo que puedo contactar a la compañía mencionada en el Aviso si tengo preguntas sobre el contenido del Aviso.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente / representante legal

Fecha

Descripción de la relación con el paciente.

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL

Parte 1: completar si se solicita la firma pero no se obtuvo: el miembro del personal solicitó pero no pudo obtener un reconocimiento del paciente o del representante personal del paciente por la siguiente razón:

- El paciente / representante personal se negó a firmar
- otro: _____

Parte 2. Complete si el paciente / representante personal no está disponible para firmar el formulario en la primera fecha de servicio:

- Formulario enviado por correo / enviado al paciente / representante personal en:

Parte 3. Complete si se completó la Parte 1 o la Parte 2:

Firma del miembro del personal Fecha