

Patient Information	Name _____		Sex _____	Date of Birth _____	Age _____	
	<small>Last</small> _____ <small>First</small> _____ <small>M.I.</small> _____					
	Address _____		Home Phone (____) _____			
	<small>Street Number</small> _____ <small>Apt #</small> _____		Work Phone (____) _____			
	<small>City</small> _____ <small>State</small> _____ <small>Zip</small> _____					
	Cell Phone (____) _____		Email Address _____			
	Social Security # _____		Driver's License _____			
Subscriber Information	Employer _____		Phone # _____			
	Referring Doctor _____		Phone # _____			
	Emergency contact (not living with you) _____		Phone # _____			
	Name _____		Home Phone (____) _____			
	<small>Last</small> _____ <small>First</small> _____ <small>M.I.</small> _____					
	Cell Phone (____) _____		Work Phone (____) _____			
	Social Security # _____		Date of birth _____			
Secondary Information	Employer _____		Phone # _____			
	Primary Insurance _____		Subscriber ID # _____			
	Group Name _____		Group # _____			
	Relationship to patient _____					
	Secondary Insurance _____		Subscriber ID # _____			
Name of Insured _____		Date of birth _____				
Group Name _____		Group # _____				
Authorizations	I hereby authorize and direct my insurance carrier to pay directly to H. Joseph Khan, M.D., Inc. any benefits due me under my insurance plan. I agree that should it be determined that I am ineligible or services are denied me under my Health / Insurance Plan, I will be responsible for payment to H. Joseph Khan, M.D., Inc. for those services disallowed, ineligible, or not covered.					
	AUTHORIZED SIGNATURE _____		DATE _____			
	I authorize H. Joseph Khan, M.D., Inc. to release to my insurance carrier any medical information necessary to process this claim. I understand that I may be responsible for any out-of-pocket expenses, deductible or co-pays.					
AUTHORIZED SIGNATURE _____		DATE _____				
If not patient, relationship _____						

## MEDICAL HISTORY

RAZON DE SU VISITA?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Soltera \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_

Viuda \_\_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_\_

Usted tiene:                      SI      NO

DOLOR DE CABEZA:                      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

FIEBRE:                                      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

ESCALOFRIOS:                              \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

DOLOR DE PECHO:                      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

NAUSEA:                                    \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

VOMITO, \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

DIARRHEA:                                \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

EXTRENIDO:                                \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

ESCREMTO NEGRO:                      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

DOLOR O ARDOR AL ORINAR: \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

ALERGIA A UN MEDICAMENTO? ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

Historia Menstrual:

FECHA DE ULTIMO PERIODO: \_\_\_\_\_

CUANTO LE DURA, \_\_\_\_\_

ES REGULAR? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

NUMERO DE HIJOS: \_\_\_\_\_

NUMERO DE EMBARAZO: \_\_\_\_\_

COMPLICACIONES DE EMBARZO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Halguna ves ha tenido serugia.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ha tenido:                              YES      NO

INFECCION DE SANGRE:                      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

NEUMONIA:                                \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

ALTA PRESION:                              \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

PROBLEMAS DE CORAZON:                      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

CANCER:                                    \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

TUBERCULOSIS:                              \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

ASMA:                                        \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

ULCERAS:                                  \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

FIEBRE ALTA:                                \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

HUESOS ROTOS:                              \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

EPILEPSIA:                                 \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

EMFISEMA:                                 \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

PAPANICOLAOU ANORMAL:                      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

Alguien de su familia tiene:

TUBERCULOSIS:                              \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

DIABETES:                                  \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

CANCER:                                    \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

ALTA PRESION:                              \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

ATAQUES DE CORAZON:                      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

EMFISEMA:                                 \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

Usted fuma?                              \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

Expuesto a cigarro de segunda mano?      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

Afirmativo, cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Esta information es estrictamente confidencial y no se dara informacion alguna sin un consentimiento firmado por el paciente.

SIGNATURE \_\_\_\_\_

# Informe de Normas de Confidencialidad

H. Joseph Khan, M.D., Inc.  
DBA Paramount Care Medical Group  
Clinic For Women And Children  
1629 W. 17th Street Suite A  
Santa Ana, CA 92706

Nida Lim (Privacy Officer) Tel. # (714) 647-1300

Fecha de vigencia: April 14, 2003

**ESTE INFORME DESCRIBE EL MODO EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y EL MODO EN QUE USTED PUEDE OBTENER ACCESO A LA MISMA. FAVOR DE LEERLO EN DETALLE.**

*Entendemos la importancia de la privacidad y estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de su información médica. Preparamos un expediente con la atención médica que brindamos y es posible que recibamos dichos expedientes de terceros. Utilizamos estos expedientes con el fin de brindar una excelente atención médica o para posibilitar que otros proveedores de atención médica lo hagan, para cobrar los servicios que le brindamos según lo autorice su plan de salud y para poder cumplir con nuestras obligaciones profesionales y legales de administración de este consultorio médico en forma adecuada. La ley requiere que mantengamos la confidencialidad de la información médica protegida y que proporcionemos un informe de nuestros deberes legales y normas de confidencialidad a las personas con respecto a la información médica protegida. Este informe describe el modo en que podemos utilizar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información médica. Si tiene alguna pregunta acerca de este informe, puede comunicarse con nuestro Funcionario de Confidencialidad cuyo nombre se indica arriba.*

**Situaciones en las que este consultorio médico puede utilizar o divulgar su información médica**

**Tratamiento.** Utilizamos su información médica a fin de brindarle atención médica. Divulgamos información médica a nuestros empleados y a otras personas que participan en la prestación de la atención que usted necesita. Por ejemplo, es posible que compartamos su información médica con otros doctores o con otros proveedores de atención médica que prestarán servicios que nosotros no prestamos. También podemos compartir esta información con un farmacéutico que la necesita para preparar o expender un medicamento recetado para usted, o con un laboratorio que realice un análisis. También podemos divulgar información médica a miembros de su familia o a otras personas que puedan ayudarle cuando usted esté enfermo o lesionado.

**Cobro.** Utilizamos y divulgamos su información médica con el fin de obtener pago por los servicios que prestamos. Por ejemplo, le proporcionamos a su plan de salud la información que requiere para poder pagarnos. Es posible que también divulguemos información a otros proveedores de atención médica con el fin de ayudarles a cobrar los servicios que le han prestado a usted.

**Gestiones administrativas de atención médica.** Es posible que utilicemos y divulguemos su información médica para la administración de este consultorio médico. Por ejemplo, podemos usar y divulgar esta información para analizar y mejorar la calidad de la atención que brindamos o la competencia y calificaciones de nuestro personal profesional. También podemos usar y divulgar esta información con el fin de lograr que su plan de salud autorice servicios o recomendaciones. Asimismo, podemos usar y divulgar esta información según sea necesario para fines de evaluaciones médicas, servicios y auditorías legales, incluyendo detección de fraude y abuso, programas de cumplimiento y planificación y administración empresarial. 4. **Recordatorios de citas.** Es posible que utilicemos y divulguemos información médica con el fin de comunicarnos con usted y recordarle sus citas. Si no se encuentra en su casa, es posible que dejemos la información en su contestador automático o que se la proporcionemos a la persona que atiende el teléfono a modo de mensaje.

**Registro de firmas.** Es posible que utilicemos y divulguemos su información médica al pedirle que firme el registro cuando llegue a nuestro consultorio. También podremos llamarle por su nombre cuando estemos listo para atenderlo.

**Avisos y comunicados a miembros de la familia.** Es posible que divulguemos información médica acerca de su ubicación, su estado general o en el caso de su fallecimiento con el fin de informar o ayudar a avisar a un miembro de la familia, su representante personal o a otra persona que sea responsable de su atención médica. En el caso de una catástrofe, es posible que divulguemos información a una organización de asistencia social de modo que puedan coordinar estas gestiones de notificación. Es posible que también divulguemos información a alguien que participe en su atención médica o que colabore en el pago de la misma. Si usted puede y está en condiciones de acordar u objetar, le daremos la oportunidad de hacerlo antes de efectuar estas divulgaciones, aunque podremos divulgar esta información en caso de una catástrofe aun en contra de su objeción si consideramos que es necesario para responder a las circunstancias de emergencia. Si usted no puede o no está en condiciones de acordar u objetar, nuestros profesionales médicos se comunicarán con su familia o con terceros según su criterio.

**Comercialización.** Es posible que nos comuniquemos con usted para proporcionarle información acerca de productos o servicios relacionados con su tratamiento, coordinación de casos o de atención médica, para indicar o recomendar otros tratamientos o beneficios y servicios médicos que puedan serle de interés o para enviarle pequeños obsequios. También podremos recomendarle la compra de un producto o de un servicio cuando le veamos. De otro modo, no utilizaremos ni divulgaremos su información médica para fines de comercialización sin su autorización por escrito.

**Salud pública.** Es posible que divulguemos su información médica a autoridades de salud pública para fines relacionados con la prevención o control de enfermedades, lesiones o incapacidad; denuncia de abuso o negligencia de

menores o personas en la tercera edad o adultos a cargo, denuncias de violencia doméstica, informes a la Administración de Alimentos y Fármacos (Food and Drug Administration) acerca de problemas relacionados con productos y reacciones a medicamentos e informes relacionados con exposición a infecciones o enfermedades.

**Procedimientos judiciales y administrativos.** Es posible que divulguemos su información médica durante el transcurso de todo procedimiento administrativo o judicial en la medida expresamente autorizada por un tribunal o una orden administrativa. En ocasiones la ley requiere dicha divulgación. Es posible que también divulguemos su información con el fin de responder a un citatorio, pedido de revelación o a otro acto procesal legítimo si se ha intentado razonablemente informarle del pedido y usted no ha presentado objeción alguna, o si sus objeciones han sido decididas por un tribunal o una orden administrativa.

**Cumplimiento de la ley.** Es posible que divulguemos su información médica a un funcionario a cargo del cumplimiento de la ley con fines tales como por ejemplo identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida, en cumplimiento de una orden o mandato judicial, citatorio del gran jurado y otros fines relacionados con el cumplimiento de la ley. En ocasiones la ley requiere dicha divulgación.

**Funciones gubernamentales especializadas.** Es posible que divulguemos su información médica para fines de seguridad nacional o militar o a instituciones correccionales o funcionarios del cumplimiento de la ley que estén a cargo de su custodia legítima.

#### Derechos sobre su información médica

1. **Derecho a solicitar protecciones especiales de su privacidad.** Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en ciertos usos y divulgaciones de su información médica mediante una solicitud por escrito que especifique la información que desea limitar y las limitaciones que desea imponer sobre nuestro uso o divulgación de dicha información. Nosotros nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar su solicitud, y le informaremos acerca de nuestra decisión.
2. **Derecho a solicitar comunicados confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar recibir su información médica de manera específica o en un lugar determinado.
3. **Derecho a inspeccionar y copiar.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica, con limitadas excepciones. Para tener acceso a su información médica, usted debe presentar una solicitud por escrito detallando la información que desea obtener y el momento en que desea inspeccionarla u obtener una copia de la misma. Cobraremos una cuota razonable, según lo permita la ley estatal y federal.
4. **Derecho a enmendar o complementar.** Usted tiene el derecho de solicitar la enmienda de su información médica que usted considere incorrecta o incompleta. Debe presentar una solicitud por escrito e incluir los motivos por los cuales considera que la información es incorrecta o incompleta.
5. **Derecho a recibir un informe de las divulgaciones.** Usted tiene el derecho de recibir un informe de las divulgaciones de su información médica que hayan sido efectuadas por este consultorio médico.
6. Usted tiene el derecho de recibir una copia impresa de este informe de normas de confidencialidad, aun si ya ha solicitado previamente recibirlo por correo electrónico. Si desea recibir una explicación más detallada de estos derechos o si desea ejercer algún o algunos de estos derechos, debe comunicarse con nuestro Funcionario de Confidencialidad cuyo nombre se indica al comienzo de este informe de normas de confidencialidad.

#### Cambios a este informe de normas de confidencialidad

Nos reservamos el derecho de enmendar este informe de normas de confidencialidad en cualquier momento. Hasta efectuarse una enmienda, la ley requiere que cumplamos con este informe. Después de efectuarse dicha enmienda, el informe de protecciones de confidencialidad enmendado se aplicará a toda la información médica protegida que tengamos en nuestro poder, sin tener en cuenta la fecha en que haya sido creada o recibida. Mantendremos una copia del informe vigente colocado en nuestra recepción, y en cada cita habrá una copia a su disposición.

#### Quejas

Las quejas acerca de este informe de normas de confidencialidad o del modo en que este consultorio médico maneja su información médica deben dirigirse a nuestro Funcionario de Confidencialidad cuyo nombre se indica al comienzo de este informe de normas de confidencialidad.

Si no está satisfecho con el modo en que este consultorio se ocupa de las quejas, puede presentar una queja formal a:

Department of Health and Human Services  
Office of Civil Rights  
Hubert H. Humphrey Bldg.  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F HHH Building  
Washington, DC 20201

Nó se le aplicarán sanciones por presentar una queja.

# Acuso de recibo del informe de normas de confidencialidad

H. Joseph Khan, M.D., Inc.  
DBA Paramount Care Medical Group  
Clinic For Women And Children  
1629 W. 17th Street Suite A  
Santa Ana, CA 92706  
Nida Lim ( Privacy Officer) Tel.# (714) 647-1300

Por medio del presente acuso recibo de una copia del informe de normas de confidencialidad de este consultorio médico. Asimismo, reconozco que se colocará una copia del informe vigente en la recepción, y que habrá una copia del informe de normas de confidencialidad enmendado disponible en cada cita.

Deseo recibir una copia por correo electrónico de toda enmienda que se efectúe al informe de normas de confidencialidad en: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si la firma no pertenece al paciente, indique la relación:

- padre, madre o tutor de un paciente menor de edad
- guardián o curador de un paciente incapaz

Nombre y domicilio del paciente: \_\_\_\_\_

## ACUERDO DE ARBITRAJE ENTRE MÉDICO Y PACIENTE

**Artículo 1: Acuerdo de arbitraje:** Se sobrentiende que todo conflicto relacionado con la mala praxis médica, ya sea si los servicios médicos prestados según este contrato fueron innecesarios o no autorizados, o se prestaron inadecuadamente, negligente o incompetentemente, o no, será resuelto mediante arbitraje, conforme a las leyes del Estado de California, y no mediante demanda o recurso de acción judicial, con excepción de la revisión 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 conflicto se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en su lugar, aceptan someterse a arbitraje.

**Artículo 2: Toda reclamación ha de someterse a arbitraje:** Es la intención de las partes que este acuerdo vincule a todas aquellas partes cuyas reclamaciones surjan o estén relacionadas con el tratamiento o el servicio prestado por el médico, incluyendo todo cónyuge o heredero del paciente y a todos sus hijos, hayan nacido o no, en el momento en que ocurrió el acontecimiento del cual surge dicha reclamación. En el caso de una madre embarazada, el término "paciente" aquí se refiere tanto a la madre como al bebé o a los bebés que ella espera.

Toda reclamación por daños y perjuicios monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de demandas de menor cuantía en contra del médico, de sus socios y adjuntos, de la agrupación, de la persona jurídica 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 pérdida de consorcio conyugal, muerte por negligencia de un tercero, daños psicológicos o daños punitivos. El hecho de que el médico o el paciente inicie una acción judicial en cualquier tribunal para recaudar o refutar honorarios médicos, no significa que se renuncie al derecho de que se imponga el arbitraje para resolver toda reclamación por mala praxis. Sin embargo, tras alegar una reclamación de mala praxis, toda disputa de honorarios, bien sea o no el sujeto de cualquier acción judicial existente, también deberá 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 elegirá un árbitro (árbitro de esa parte) dentro del plazo de treinta días y un tercer árbitro (árbitro neutral) deberá ser elegido por los árbitros nombrados por las partes dentro del plazo de treinta días desde que se haya hecho una demanda de árbitro neutral por cualquiera de las partes. Cada parte involucrada en el arbitraje deberá pagar una parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos de arbitraje en los que se haya incurrido o que hayan sido aprobados por el árbitro 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 beneficio. Las partes acuerdan que los árbitros tienen la inmunidad de un agente judicial en lo que se refiere a responsabilidad civil cuando estén actuando en su calidad de árbitro según este contrato. Esta inmunidad deberá suplementar, no suplantar, cualquier otro derecho, jurisprudencial o legislado, que proceda.

Cada parte tendrá el derecho absoluto a arbitrar por separado los asuntos de responsabilidad civil y daños y perjuicios mediante petición por escrito al árbitro neutral.

Las partes consienten la intervención y asociación en este arbitraje de quien de otra manera sería una parte adicional adecuada en una acción judicial y, tras dicha intervención y asociación, toda acción judicial existente en contra de tal persona o entidad adicional deberá ser suspendida pendiente del arbitraje.

Las partes acuerdan que las disposiciones de derecho del Estado de California aplicables a los proveedores de asistencia médica se aplicarán también a los conflictos en el seno de este acuerdo de arbitraje incluyendo, pero sin limitarse a, los artículos 340.5 y 667.7 del Código de Procedimiento Civil y los artículos 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Toda parte puede interponer una petición ante los árbitros, solicitando se dicte un fallo judicial sumario o un fallo extrajudicial sumario de conformidad con el Código de Procedimiento Civil del Estado de California. La divulgación de pruebas deberá llevarse a cabo según el artículo 1283.05 del Código de Procedimiento Civil; sin embargo, se pueden llevar a cabo declaraciones juradas verbales sin que hayan sido aprobadas previamente por el árbitro neutral.

**Artículo 4: Disposiciones Generales:** Toda reclamación basada en el mismo incidente, transacción o circunstancia afin deberá arbitrarse en un sólo proceso. Deberá renunciarse a la reclamación y ésta se anulará para siempre si (1) en la fecha en que se reciba notificación de dicha reclamación, y una vez alegada en una demanda civil, fuera anulada según lo dispuesto por la ley de prescripción del Estado de California procedente o (2) la parte demandante no prosigue con la reclamación de arbitraje con diligencia razonable, de conformidad con los procedimientos aquí establecidos. En lo que respecta a cualquier otro asunto no previsto aquí expresamente, los árbitros serán regulados por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil del Estado de California relacionadas con el arbitraje.

**Artículo 5: Cancelación:** Este acuerdo puede cancelarse mediante notificación por escrito entregada al médico dentro del plazo de treinta (30) días desde la fecha de su firma. El propósito de este acuerdo es que sea pertinente para todos los servicios médicos prestados en todo momento por cualquier enfermedad.

**Artículo 6: Vigencia Retroactiva:** Si el paciente pretende que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha de su firma (incluyendo, pero sin limitarse a, tratamiento de emergencia), el paciente deberá escribir sus iniciales a continuación:

**Entra en vigencia en la fecha en que se prestaron los servicios médicos iniciales.**

\_\_\_\_\_  
Iniciales del Paciente o del Representante del Paciente

Si alguna de las disposiciones del presente acuerdo de arbitraje se considera inválida o imposible de hacer cumplir, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y no serán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición.

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico, Grupo Médico o Nombre de la Asociación en letras mayúsculas o Sello

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente en letras mayúsculas

\_\_\_\_\_  
(o Nombre del Representante del Paciente, en letras mayúsculas y su relación con el mismo)

Debe entregarse al paciente una copia firmada de este documento. El original queda archivado en el historial médico del paciente.