

Elite Medical Clinic
HISTORIAL MÉDICO DE LESIONES PERSONALES / ACCIDENTES

Fecha: _____

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ **Fecha del Accidente:** ____/____/____

Edad: _____ Sexo: M ___ F ___ Estado Civil: Soltero Casado Viudo/a Separado/a Divorciado/a

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal:: _____

Número Seguro Social : _____ - _____ - _____ Número Lic. de Conductor No.: _____

Número de Teléfono – Móvil: _____ Número de Teléfono - Casa: _____

Correo Electronico: _____

Empleador: _____

Contacto de Emergencia: _____ Telefono: _____ Parentesco: _____

Nombre de Abogado: _____

Nombre de Asistente:: _____ Correo Electronico de Abogado: _____

Número de Teléfono de su Abogado _____ Fax: _____

Dirección de su Abogado _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACION DEL SEGURO:

Nombre del Seguro: _____

Poliza#: _____ Grupo #: _____

Nombre del asegurado: _____

Relación al Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____ Número Seguro Social _____

INFORMACION DE ACCIDENTE:

Tipo de Accidente: Coche Motocicleta Bicicleta Peatón Resbalón y caída Otro _____

Ubicación: Calle: ¿Cerca de qué intersección? _____

Autopista: ¿Qué autopista? _____

Otro: _____

Si es un accidente automovilístico:

Usted el: Conductor Pasajero delantero Pasajero tresero Otro _____

Tipo de accidente: Impacto tresero Impacto delantero Impacto lateral Otro _____

Inmediatamente después del accidente experimentaste:

Choque Desmayo Ataque de Ansiedad Otro _____

Indique sus emociones y estado físico: _____

¿Llegó la ambulancia a la escena? Sí No Si Sí, ¿lo transportaron al hospital? Sí No

¿Fuiste a la sala de emergencias / al hospital? Sí No ¿Que hospital? _____

¿Cuándo fuiste al hospital? _____

¿Qué pruebas se realizaron? _____

¿Te hicieron alguna cirugía? _____

¿Qué medicamento le recetaron, si lo hubiera? _____

¿Fuiste a la Atención de Centro de Urgencias? Sí No ¿Que urgent care? _____

¿Cuándo fuiste al Centro de Urgencias? _____

¿Qué pruebas se realizaron? _____

¿Qué medicamento le recetaron, si lo hubiera? _____

¿Fuiste a ver a tu médico primario o general? Sí No Si Sí, nombre de su médico _____

¿Cuándo fuiste? _____

¿Qué pruebas se realizaron? _____

¿Qué medicamento le recetaron, si lo hubiera? _____

¿Fuiste a ver a un Quiropráctico o Fisioterapeuta? Sí No

¿ Cuando fue tu primer tratamiento? _____ ¿Sigues yendo allí? _____

¿Cuántas veces a la semana? _____ ¿Por cuántas semanas en total? _____

¿Has visto a otro proveedor? (marque todos los que correspondan)

Ortopédico Neurólogo Acupunturista Especialista en manejo del dolor Otro _____

¿Qué pruebas se han realizado? Xray CT Scan MRI Otro _____

¿Qué medicamentos has tomado para el dolor? ¿Ha ayudado? _____

CABEZA (marque todo lo que corresponda)

Sin Dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor Intenso

¿Te lastimó la cabeza? Sí No ¿Pérdida del conocimiento ? Sí No

Tipo de dolor: Agudo Pulsante Leve Presión Ardor Constante Viene y Se Va

¿Qué área? Todo Frente Lado Derecho Lado izquierdo Atrás Parte Superior

Tienes: Mareos Vértigo Náuseas Vómitos Cambios visuales Entumecimiento
 Discurso fluctuante Debilidad localizada Convulsiones Zumbido en el oído(s)

CUELLO

Sin Dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor Intenso

Tipo de dolor: Agudo Aburrido Presión Ardor Rigidez Otro _____

Dolor Es: Constante Viene y Se Va Peor con el movimiento

¿Hormigueo en tus manos? Sí No ¿Adormecimiento en tus manos? Sí No

¿El dolor se irradia a: *Brazo Derecho / Brazo Izquierdo / Pecho / Espalda / Hombro Derecho / Hombro Izquierdo*
(circule todo lo que corresponda) Sin Radiación de Dolor

HOMBRO DERECHO

Sin Dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor Intenso

Tipo de dolor: Agudo Sordo Ardor Rigidez Otro _____

Dolor Es: Constante Viene y Se Va Peor con el movimiento

¿Qué área duele? Frente Atrás Lado Superior

HOMBRO IZQUIERDO

Sin Dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor Intenso

Tipo de dolor: Agudo Sordo Ardiente Rigidez Otro _____

Dolor Es: Constante Viene y Se Va Peor con el movimiento (circule todo lo que corresponda)

¿Qué área duele? Frente Atrás Lado Superior

SUPERIOR DE LA ESPALDA

Sin Dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor Intenso

Tipo de dolor: Agudo Sordo Presión Ardiente Rigidez Otro _____

Dolor Es: Constante Viene y Se Va Peor con el movimiento

ESPALDA BAJA

Sin Dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor Intenso

Tipo de dolor: Agudo Sordo Presión Ardiente Rigidez Otro _____

Dolor Es: Constante Viene y Se Va Peor con el movimiento

¿Hormigueo / entumecimiento en los pies o los dedos de los pies? Sí No

¿Alguna pérdida del control del intestino o la vejiga? Sí No

¿Cualquier entumecimiento en su trasero? Sí No ¿Dificultad para caminar? Sí No

Se irradia a: *Nalga Derecha / Nalga Izquierda / Rodilla Derecha / Rodilla Izquierda / Superior Espalda
Pierna Derecha/ Pierna Izquierda / Cadera derecho / Cadera Izquierda*

(circule todo lo que corresponda)

Sin Radiación de Dolor

MANO / MUÑECA / CODO DERECHO

Sin Dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor Intenso

¿Algún dolor en la mano derecha? Sí No ¿Muñeca derecha? Sí No ¿Codo derecha? Sí No

Dolor Es: Constante Viene y Se Va Peor con el movimiento

MANO / MUÑECA / CODO IZQUIERDO

Sin Dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor Intenso

¿Algún dolor en la mano izquierda? Sí No ¿Muñeca izquierda? Sí No ¿Codo izquierdo? Sí No

Dolor Es: Constante Viene y Se Va Peor con el movimiento

CADERA DERECHA

Sin Dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor Intenso

Tipo de dolor: Agudo Sordo Ardiente Rigidez Otro _____

Dolor Es: Constante Viene y Se Va Peor con el movimiento

CADERA IZQUIERDA

Sin Dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor Intenso

Tipo de dolor: Agudo Sordo Ardiente Rigidez Otro _____

Dolor Es: Constante Viene y Se Va Peor con el movimiento

RODILLA DERECHA

Sin Dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor Intenso

Tipo de dolor: Agudo Sordo Ardiente Rigidez Otro _____

Dolor Es: Constante Viene y Se Va Peor con el movimiento

¿Alguna dificultad para subir y bajar escaleras? Sí No ¿Te encorva la rodilla? Sí No

RODILLA IZQUIERDA

Sin Dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor Intenso

Tipo de dolor: Agudo Sordo Ardiente Rigidez Otro _____

Dolor Es: Constante Viene y Se Va Peor con el movimiento

¿Alguna dificultad para subir y bajar escaleras? Sí No ¿Te encorva la rodilla? Sí No

PIE / TOBILLO DERECHO

Sin Dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor Intenso

¿Algún dolor en el pie derecho? Sí No ¿Algún dolor en el tobillo derecho? Sí No

Tipo de dolor: Constante Viene y Se Va Peor con el movimiento

PIE / TOBILLO IZQUIERDO

Sin Dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor Intenso

¿Cualquier dolor en el pie izquierdo? Sí No ¿Cualquier dolor en el tobillo izquierdo? Sí No

Dolor Es: Constante Viene y Se Va Peor con el movimiento (circule todo lo que corresponda)

OTRO PROBLEMAS?: (Por favor detallar a continuacion)

Dolor De Pecho Dolor de Abdomen Náusea Vomito Dolor de ojo(s) Otro _____

¿Cualquier corte? Si Sí, donde?: _____

¿Cualquier moretones? Si Sí, donde: _____

¿Donde te molesta mas? _____

¿Experimenta alguno de los siguientes después del accidente? (marque todos los que correspondan)

Depresión Ansiedad Ataques de pánico Insomnio Pensamientos suicidas

Respaldos recurrentes Pérdida de apetito Mas Irritable _____

¿Alguna alergia a los medicamentos? Ninguno Sí, enumere _____

Medicación actual: Ninguno (por favor escriba todos sus medicamentos)

Enumerar historia médica pasada: Ninguno

Diabetes Presión arterial alta Colesterol alto Ansiedad Depresión Enfermedad cardíaca Otro

Enumerar cirugías pasadas: Ninguna

Apendectomía Ligación de trompas Extracción de la vesícula biliar sección c quitar el útero Otro

Haga una lista de problemas previos de espalda, cuello y musculoesqueléticos: _____

¿Usas actualmente?: Tabaco Sí No Alcohol Sí No Uso ilegal de drogas Sí No

Estado civil: Casado Soltero Divorciado Separado Viudo

Historial familiar: enumere las condiciones que se presentan en su familia: _____

Cualquier posibilidad de estar embarazada? Sí No **El último periodo menstrual:** _____ N/A

Firma del Paciente

Fecha

ACUERDO DE ARBITRAJE

Artículo 1: Acuerdo de Arbitraje: Se entiende que toda controversia sobre negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados en virtud de este contrato son innecesarios o no autorizados o se han realizado de forma inapropiada, negligente o incompetente, se determinará mediante la presentación al arbitraje Según lo dispuesto por California y la ley federal, y no por una demanda o recurrir al proceso judicial, excepto como la ley estatal y federal prevé la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes en este contrato, al entrar en él, están renunciando a su derecho constitucional a tener cualquier disputa decidida en un tribunal de justicia ante un jurado, y en su lugar están aceptando el uso del arbitraje.

Artículo 2: Todas las Reclamaciones deben ser Arbitradas: También se entiende que cualquier disputa que no se relacione con negligencia médica, incluyendo disputas sobre si una disputa está o no sujeto a arbitraje, también será determinada por la sumisión a un arbitraje vinculante. Es la intención de las partes que este acuerdo obligue a todas las partes en cuanto a todas las reclamaciones, incluidas las reclamaciones que surjan de o relacionadas con el tratamiento o los servicios prestados por el proveedor de atención médica incluyendo cualquier heredero o cónyuge pasado, presente o futuro del Paciente en relación con todas las reclamaciones, incluida la pérdida de consorcio. Este acuerdo también está destinado a obligar a los hijos del paciente, ya sea nacido o no nacido en el momento de la ocurrencia dando lugar a cualquier reclamación. Este acuerdo está destinado a obligar al paciente y al proveedor de atención médica y / oa otros proveedores de servicios de salud licenciados oa practicantes de preceptoría que ahora o en el futuro traten al paciente mientras esté empleado, trabajado o asociado o sirva como respaldo para el Incluyendo a aquellos que trabajan en la clínica u oficina del proveedor de atención médica o en cualquier otra clínica u oficina que sea signatario de este formulario o no. Todas las reclamaciones por daños y perjuicios monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de reclamos menores contra el proveedor de servicios de salud y / o los asociados, asociaciones, sociedades, sociedades, empleados, agentes y bienes del proveedor de servicios de salud deben ser arbitrados incluyendo, Por pérdida de consorcio, muerte ilícita, angustia emocional, medidas cautelares o daños punitivos.

Artículo 3: Procedimientos y Derecho Aplicable: Toda demanda de arbitraje debe ser comunicada por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un árbitro (árbitro del partido) dentro de treinta días y un árbitro tercero (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes dentro de los treinta días posteriores. El árbitro neutral será entonces el árbitro único y decidirá el arbitraje. Cada parte en el arbitraje pagará la parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral, así como otros gastos del arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir honorarios de abogados, honorarios de testigos u otros gastos incurridos por el árbitro arbitral. Una parte para el beneficio propio de esa parte. Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de bifurcar las cuestiones de responsabilidad y daño previa solicitud escrita al árbitro neutral. Las partes consienten a la intervención y juzgamiento en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otra manera sería una parte adicional apropiada en una acción judicial, y sobre tal intervención y unión, cualquier acción judicial existente contra dicha persona o entidad adicional se suspenderá arbitraje. Las partes acuerdan que las disposiciones de la Ley de Reforma de Compensación por Lesiones Médicas de California se aplicarán a las disputas dentro del presente acuerdo de arbitraje, incluyendo, pero no limitado a, las secciones que establecen el derecho de presentar evidencia de cualquier cantidad pagadera como beneficio al paciente según lo permitido por la ley (Código Civil 3333.1), la limitación de la recuperación de las pérdidas no económicas (Código Civil 3333.2) y el derecho a una sentencia por daños futuros conforme a los pagos periódicos (CCP 667.7). Las partes acuerdan además que las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje regirán cualquier arbitraje realizado de conformidad con este Acuerdo de Arbitraje.

Artículo 4: Disposición general: Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas serán arbitradas en un solo procedimiento. Se renunciará a una reclamación y se le prohibirá para siempre si (1) en la fecha en que se reciba la notificación, la reclamación, si se afirma en una acción civil, sería prescrito por la ley legal aplicable, o (2) el demandante no persigue La demanda de arbitraje de acuerdo con los procedimientos aquí prescritos con diligencia razonable.

Artículo 5: Revocación: Este acuerdo puede ser revocado mediante notificación escrita entregada al proveedor de atención médica dentro de los 30 días de la firma y si no se revoca, regirá todos los servicios profesionales recibidos por el paciente y todas las demás disputas entre las partes.

Artículo 6: Efecto Retroactivo: Si el paciente pretende que este contrato cubra los servicios prestados antes de la fecha en que se firma. Si alguna disposición de este Acuerdo de Arbitraje se considera inválida o inaplicable, las demás disposiciones permanecerán en pleno vigor y no serán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este Acuerdo de Arbitraje. Por mi firma abajo, reconozco que he recibido una copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, ESTÁ ACEPTANDO TENER NINGUNA CUESTIÓN DE MALPRATICA MÉDICA DECIDIDA POR ARBITRAJE NEUTRAL Y USTED ESTÁ DANDO SU DERECHO A UN JURADO O TRIBUNAL. VER ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Firmado en este día _____ del mes de _____, 20__

En presencia de:

Testigo de Primera Parte

Testigo de Segunda Parte

Nombre del Paciente (Por favor escriba)

Firma del Paciente

Elite Medical Clinic

2214 S Hoover Street, Los Angeles, CA 90007

Office: (213) 622-3100 Facsimile: (213) 622-3132

Re: Informes médicos y Derecho de Retención Médica

Autorizo a dicho médico y / o sus representantes autorizados a proporcionar a mi abogado, abogado o abogados que posteriormente estén asociados con dicho abogado o sustituidos en su lugar, con un informe completo de mi examen, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, factura detallada De los gastos incurridos, etc. en relación con el accidente en el que estuve involucrado en _____, y mantener al médico de arriba libre e inofensivo de cualquier responsabilidad en tal transferencia de información.

De los ingresos del acuerdo y / o juicio en mi reclamo por lesiones personales, por la presente asigno, transfiere a dicho médico los montos adeudados y debido a él o al grupo por médicos, quiroprácticos, rayos X, físicos Terapia, suministros y / o honorarios de laboratorio que me hayan sido dados, ya sea por el accidente o por cualquier otra circunstancia. Además doy al médico anterior un gravamen sobre todos y cada uno de los fondos recibidos por mí o en mi comportamiento en asociación con el arreglo o la satisfacción del juicio derivado de las reclamaciones presentadas en mi nombre.

ENTIENDO PLENAMENTE QUE SOY DIRECTAMENTE RESPONSABLE ANTE DICHOS MÉDICOS / GRUPO POR TODAS LAS FACTURAS MÉDICAS PRESENTADAS POR ELLOS POR LOS SERVICIOS QUE ME HAN PRESTADO. TAMBIÉN ENTIENDO QUE TAL PAGO NO ES CONTINGENTE EN CUALQUIER ARREGLO, JUICIO O VEREDICTO POR EL CUAL YO PUEDA FINALMENTE RECIBIR DICHA TARIFA. En caso de que se trate de una acción legal para hacer cumplir este gravamen, entonces la parte prevaleciente tendrá derecho a costos razonables y honorarios de abogado además de cualquier sentencia dictada. El abajo firmante reconoce que esta asignación y gravamen es una consideración adicional por los servicios prestados por el médico anterior además de la obligación de pagar por los servicios médicos. Los pagos médicos de reclamación de lesiones personales del paciente se asignan y serán pagados directamente de la compañía de seguros a **Houman M Kashani, MD APC**

El abogado se compromete a notificar inmediatamente a los médicos el nombre y la información de contacto de cualquier abogado sustituido en su lugar.

ESCRIBA NOMBRE DE PACIENTE

FECHA

FIRMA DE PACIENTE

FIRMA DE PADRE/TUTOR

RECONOCIMIENTO DE LA CESIÓN Y PRENDA POR EL ABOGADO

El abajo firmante que es el abogado registrado en su propio nombre y en representación de cualquier otro abogado o abogados que están asociados con el abajo firmante o que se sustituye en su lugar por el paciente anterior, acusa recibo de una copia de la cesión y embargo, Y dicho abogado reconoce que se obliga a los términos de la cesión y gravamen en consideración por la prestación de servicios médicos a su cliente por el médico anterior y rendición de un informe y factura a dicho abogado. En caso de que se trate de una acción legal para hacer cumplir este gravamen, entonces la parte prevaleciente tendrá derecho a costos razonables y honorarios de abogado además de cualquier sentencia dictada. Se puede utilizar una reproducción fotográfica de esta autorización en lugar del original. No se aceptarán cargos o alteraciones de los dineros abonados en este documento a menos que el médico lo confirme por escrito. Por favor date, firme y regrese en la copia tan pronto como sea posible al proveedor médico referenciado arriba de servicio para que el tratamiento pueda continuar en la base de embargo contenida aquí.

FIRMA DE ABOGADO

FECHA