



# Kern Gastroenterology Medical Group

Rabi S. Bhogal, M.D. • Harpal S. Bhaika, M.D. • Tabassum A. Chowdhury, M.D.

Robin A. Matuk, M.D. • Ishaan S. Kalha, M.D. • Neil S. Bhogal, M.D.

Diplomates American Board of Gastroenterology

Nombre: \_\_\_\_\_ Seguro social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Empleado: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de esposo(a) : \_\_\_\_\_ Seguro social: \_\_\_\_\_

Empleado(a) por: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Aseguranza primaria:  
\_\_\_\_\_

Aseguranza secundaria:  
\_\_\_\_\_

.....  
Queja/Dolencia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_ Día que empeso: \_\_\_\_\_

Describe su problema: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ¿Tienes cualquiera de los siguientes

1	Buen apetito - <i>Good appetite</i>	SI	NO
2	Perdida de peso - <i>Weight loss</i> -----	SI	NO
3	Fiebre - <i>Fever</i> -----	SI	NO
4	Dolor en el vientre <i>Abdominal pain</i> -----	SI	NO
5	Dificultad al tragar comida - <i>Difficulty swallowing food</i> -----	SI	NO
6	Dolor al tragar comida - <i>Pain when swallowing</i> -----	SI	NO
7	Dolor de pecho - <i>Chest Pain</i> -----	SI	NO
8	Acidez - <i>Heartburn</i> -----	SI	NO
9	Indigestión - <i>Indigestion</i> -----	SI	NO
10	Náusea - <i>Nausea</i> - _____	SI	NO
11	Vómito -- <i>Vomiting</i> -----	SI	NO
12	Problema con comidas grasosas - <i>Problems w/greasy foods</i> -----	SI	NO
13	Problema con especias --- <i>Problems w/Spicy foods</i> -----	SI	NO
14	Cambio de excremento- <i>Changes in your bowels</i> -----	SI	NO
15	Diarrhea --- <i>Diarrhea</i> -----	SI	NO
16	Estrenimiento --- <i>Constipation</i> -----	SI	NO
17	Alternando de estrenimiento y diarrea -- <i>Diarrhea alternating w/constipation</i> -----	SI	NO
18	Sangre en el excremento --- <i>Blood in stool</i> -----	SI	NO
19	Sangre en el papel higiénico - <i>Blood on toilet paper</i> -----	SI	NO
20	Mucosidad en el excremento --- <i>Mucus in stool</i> -----	SI	NO
21	Vómito con sangre o color oscuro -- <i>Vomiting of blood or coffe grounds</i> -----	SI	NO
22	Comida que no esta digestada en el excremento -- <i>Undigested food in the stool</i> -----	SI	NO
23	Problemas de almorana(s) ---- <i>Problems w/Hemorroids or fissures</i> -----	SI	NO
24	Excremento oscuro ---- <i>Black tarry stools</i> -----	SI	NO
25	Polipo en el Colen o Recto -- <i>Polyps in Colon or Rectum</i> -----	SI	NO
26	Familia historial de cancer colorectal --- <i>Family HX of Colon Cancer</i> -----	SI	NO
27	Retorsijon durante movimiento intestinal -- <i>Cramping whenyou move your bowels</i> --	SI	NO
28	Tensión o estres --- <i>Are you under undue stress</i> -----	SI	NO
29	Eructar - <i>Belching</i> -----	SI	NO
30	Vomitara( acido agrio en la garganta) <i>Regurgitation</i> -----	SI	NO
31	Tos de noche (cough when sleeping)-----	SI	NO
32	Atragantar al comer(choking on food)-----	SI	NO
33	Asma / resuello ronco (Athma or wheezing)-----	SI	NO
34	Llaga(s) en la boca ( canker sores in the mouth)-----	SI	NO
35	Lengua dolorosa (sore tongue)-----	SI	NO
36	Encias sangrantes (bleeding of the gums)-----	SI	NO
37	Ruido / zumbido en los oidos (Hissing noise in the ears)-----		
38	Toma Rolaidas o Tums o algun otro medicamento (Rolaidas or Tums) -	SI	NO



para la indigestión *Do you take over the counter medicines for indigestion*

39	Tiene ulcera <i>Know if you have an Ulcer</i> -----	SI	NO
40	Tiene hernia <i>Know if you have a hernia</i> -----	SI	NO
41	Se llena facilmente después de comidas pequeñas -- <i>Feel full after a small meal</i> -----	SI	NO
42	Inflado(s) -- <i>Bloating</i> -----	SI	NO
43	Gases -- Gas -----	SI	NO
44	Ruido el el estómago (Noise in stomach)	SI	NO
45	Excremento voluminoso- oscuro con olor asqueroso (dark stools)	SI	NO
46	Piedras en la vesicula billiar (gallstones)	SI	NO
47	Operación de la visicula billiar (gallstone surgery)	SI	NO
48	Hepatitis or problemas de el Hgado (Hepatitis or liver problems)	SI	NO
49	Orina oscura (dark urine)	SI	NO
50	Excremento ligero (light color stool)	SI	NO
51	Aumento en tamaño de el vientre (increase size of abdomen)	SI	NO
52	Alimentos no saben buenas (food does not taste good)	SI	NO
53	Dolor de media espalda (mid back pain)	SI	NO
54	Perder el control de movimientos de excremeato (poor control of bowels)	SI	NO
55	Dolor en el Ano durante evacuación (pain in annis whiile moving bowels)	SI	NO
56	Se ha hecho examen Colorectal (checked for colon cancer)	SI	NO
	Si /No Caundo? _____ If Yes When? _____		
57	Ganglios Linfaticos (lymph Nodes enlarged)-----	SI	NO
58	Ha estado en buena salud la mayoría de su vida(have you been good health most life)	SI	NO
59	Desmayos (Passing out episodes)	SI	NO
60	Se siente débil o cansado (Feel tired)	SI	NO
61	Mareos (Dizziness)	SI	NO
62	Problemas de hemorragias (Bleeding problems)	SI	NO
63	Hinchazon (swelling)	SI	NO
64	Problemas de Corazon (Heart Disease)	SI	NO
65	Viajado furera del país (travel outside the country)	SI	NO
	Si/ No Caundo? _____ If yes When? _____		
66	Fuma (smoke)	SI	NO
67	Toma bebidas Alcoholicas (Drink alcohol)	SI	NO
68	Bebe Leche (Drink Milk)	SI	NO
69	Bebe Café (Drink coffee)	SI	NO
70	Toma aspirina (take aspirin)	SI	NO
71	Toma medicina para el artritis (arthritis medications)	SI	NO
72	Toma Laxantes (laxatives)	SI	NO
73	Alguna ves uso drogas ilegales (ever take illegal drugs)	SI	NO

# Historia Medica

## Lista de enfermedades:

*List of illnesses*

1 _____	4 _____	_____
2 _____	5 _____	_____
3 _____	6 _____	_____

## Hospitalizaciones: ( Cuantas Y donde ) (hospitalizations)

1 _____	4 _____	_____
2 _____	5 _____	_____
3 _____	6 _____	_____

## Allergias: ( Comidas o Medicinas )

*Allergies (food or medicine)*

_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Lista de medicamentos que esta tomando:

*List medicines you are taking*

1 _____	3 _____	5 _____
2 _____	4 _____	6 _____

## Transfusion de sangre

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

*Blood transfusion*

## Algun miembro de su familia ha tenido los siguiente:

*Has any blood relative had the following?*

Cancer	SI	NO
Tuberculosis	SI	NO
Diabetis	SI	NO
Alta presión - <i>High blood pressure</i>	SI	NO
Embolio <i>Stroke</i>	SI	NO
Polipos <i>Polyps</i>	SI	NO
Ulceras <i>Ulcers</i>	SI	NO
Tendencia de sangrar <i>Bleeding tendency</i>	SI	NO
Artritis <i>Arthritis</i>	SI	NO
Anemia	SI	NO
Colitis	SI	NO
Problemas del Hgado <i>Liver Problems</i>	SI	NO

Algún difunto en la familia ( Favor de incluir padre,madre, hermanos )

*Any deceased in the family ( please include parents,siblings)*

---

---

---

---

Razon de muerte

*List cause of death*

---

---

---

---

Es Usted:

*Are you ( please circle one)*

Casado(a) *Married*                      SI   NO

Soltero(a) *Single*                        SI   NO

Separado(a) *Separated*                SI   NO

Divorciado(a) *Divorced*                SI   NO

Viudo(a) *Widowed*                      SI   NO

Algomas que le gustaría decirnos                      SI   NO

*Anything else you would like to tell us*

---

---

---

---

---

---

---

---





# Kern Gastroenterology Medical Group

Rabi S. Bhogal, M.D. • Harpal S. Bhaika, M.D. • Tabassum A. Chowdhury, M.D.  
Robin A. Matuk, M.D. • Ishaan S. Kalha, M.D. • Neil S. Bhogal, M.D.  
Diplomates American Board of Gastroenterology

## ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por lo presente autorizo a Kern Gastroenterology Medical Group proporcionar información sobre mi condición médica y por lo presente les asignan todos los pagos por servicios médicos prestados. Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

Pido que el pago de beneficios de Medicare autorizados se hagan al paciente o al grupo de médicos de gastroenterología Kern para cualquier servicio proporcionados a mi, por los medico(s). Autorizo a cualquier titular de la información médica acerca de mi para liberar a la administración de finanza de salud y sus agentes de a cualquier información necesaria para determina estos beneficios o pagar los servicios relacionados.

Entiendo que mi firma es requerida y autorizo la información médica necesaria para pagar la reclamación. Si se indica otra cobertura de seguro de salud en el lugar 9 de HCFA-1500 reclamar formulario o en otros lugares por otro aprobado reclamar formas o enviados electrónicamente las reclamaciones, mi firma autoriza la liberación de la información a la aseguranza o agencia. En casas asignados de mediare el médico está de acuerdo en aceptar el cargo determinado de la compañía de Medicare como el cobro completo, y el paciente es responsable sólo del deducible, co seguro y servicios que no estan cubiertos. Co seguro y deducible se basan se la determinación del cargo de la compañía de Medicare.

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

*Favor de imprimir*

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

Firma de el paciente: \_\_\_\_\_



# Kern Gastroenterology Medical Group

Rabi S. Bhogal, M.D. • Harpal S. Bhaika, M.D. • Tabassum A. Chowdhury, M.D.  
Robin A. Matuk, M.D. • Ishaan S. Kalha, M.D. • Neil S. Bhogal, M.D.  
Diplomates American Board of Gastroenterology

## Reconocimiento de persona (s) Designado (a) por el paciente de recibir informacion

Nombre De Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

HIPAA: Proveer proteccion al paciente, intento de las limitaciones de divulgacion sobra informacion de salud. (PHI) es cualquier datos referencia al tratamiento dado al paciente en la oficina. Se ase el mayor esfuerzo de cumplir completamente con los reglamentos de la privacidad de HIPAA.

Al mismo tiempo, no se le quiere causar inconveniencia en dado caso que el paciente dese darle autorizacion a su esposa/esposo o cualquier miembro de familia de recibir informacion de salud respect a tratamiento en esta oficina.

Favor de nombrar persona/s asignada/s de recibir informacion:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma De Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_





# Kern Gastroenterology Medical Group

Rabi S. Bhogal, M.D. • Harpal S. Bhaika, M.D. • Tabassum A. Chowdhury, M.D.  
Robin A. Matuk, M.D. • Ishaan S. Kalha, M.D. • Neil S. Bhogal, M.D.  
Diplomates American Board of Gastroenterology

## **UN MENSAJE A NUESTROS PACIENTES ACERCA DE ARBITRAJE**

El contrato adjunto es un acuerdo de arbitraje. Al firmar este acuerdo estamos aceptando que cualquier disputa que surga de los servicios médicos recibidos es de resolverse en union de arbitraje en lugar de una demanda ante el Tribunal. Demandas son algo que nadie anticipa y todos esparamos evitar. Creemos que el método de resolver los conflictos es mediante arbitraje uno de los sistemas más justo para los pacientes y médicos. Acuerdos de arbitraje entre los proveedores de servicios de salud y sus pacientes durante mucho tiempo han sido reconocidos y aprobados por los tribunales de California. Al firmar este acuerdo cambiara el lugar donde su reclamo sera presentado. Todavía se pueden llamar a testigos y presentar pruebas. Cada parte selecciona un árbitro (partido árbitros), que, a continuación, seleccionara un tercer árbitro neutral. Para oír el caso. Este acuerdo, por lo general, ayuda a limitar los costos legales para los pacientes y médicos. Porque el tiempo para llevar a cabo una audiencia de arbitraje es menos que para una prueba de jurado. Además, ambas partes seran libradas de las exigencias del juicio y la publicidad que puede acompañar los procedimientos judiciales. Nuestro objetivo, por supuesto, es proporcionar atención médica en manera de evitar cualquier disputa. Sabemos que la mayoría de los problemas comienza con la comunicación. Por lo tanto, si tiene alguna pregunta sobre su atención medica, por favor pregunte.

Gracias,  
Kern Gastroenterology Medical Group





# Kern Gastroenterology Medical Group

Rabi S. Bhogal, M.D. • Harpal S. Bhaika, M.D. • Tabassum A. Chowdhury, M.D.

Robin A. Matuk, M.D. • Ishaan S. Kalha, M.D. • Neil S. Bhogal, M.D.

Diplomates American Board of Gastroenterology

## ACUERDO DE ARBITRAJE MEDICO-PACIENTE

**Artículo 1: Acuerdo de arbitraje:** Se conviene que cualquier disputa relativa a negligencia medica, es decir, a si cualquiera de los servicios medicos prestados bajo este contrato fueron innecesarios o no autorizados o llevados a cabo de manera impropia, negligente o incompleta, sea determinada por el sometimiento a arbitraje segun lo dispuesto por la Ley de California, y no por medio de una demanda o el recurso a un procedimiento judicial salvo en lo que la Ley de California dispone para la revision judicial de procedimientos arbitrales. Ambas partes, al celebrar este contrato, estan renunciando a su derecho constitucional a que dicha disputa sea decidida en un tribunal frente a un jurado y, en su lugar, estan aceptando el uso de arbitraje.

**Artículo 2: Todas las reclamaciones deben ser sometidas a arbitraje:** Es la intención de las partes que este acuerdo cubra todas las reclamaciones o controversias contractuales, extracontractuales o de cualquier otro tipo, y vinculara a todas las partes cuyas reclamaciones se deriven o se relacionen de cualquier forma con el tratamiento o los servicios prestados o no prestados al paciente por el medico, el grupo o asociaci6n medica, sus socios, asociados, asociaciones, corporaciones, entidades sociales, empleados, agentes, clinicas y /o proveedores identificado/s mas abajo (en adelante, agrupados bajo el nombre de "Medico"), incluido el tratamiento o Los servicios prestados o no prestados a cualesquiera c6nyuges o herederos e hijos del paciente, nacidos o no nacidos, al tiempo de la aparici6n de Los hechos de Los que se deriva la reclamaci6n. En el caso de una madre embarazada, el tennino paciente en la presente designara tanto a la madre como al futuro hijo o hijos.

El inicio por parte de un Medico de una acci6n ante un tribunal para el cobro de honorarios no significara la renuncia al derecho a exigir el sometimiento a arbitraje de cualquier reclamaci6n por negligencia. Sin embargo, tras la interposici6n de una demanda contra el Medico, cualquier disputa por honorarios, este o no sujeta a un procedimiento judicial, tambien debera ser resuelta por arbitraje.

**Artículo 3: Procedimiento y ley aplicable:** Las peticiones de arbitraje deberan ser comunicadas por escrito a traves de! correo postal, con el fianqueo pagado, a todas las partes, describiendo la reclamaci6n contra el Medico, la indemnizaci6n por dafios y perjuicios que se pretende, y Jos nombres , direcciones y numeros de telefono del paciente y, en su caso, de su abogado. Despues de eso, las partes seleccionaran un arbitro de equidad que haya sido previamente un juez de un tribunal de instancia superior de! estado de California, para entienda en la causa. Ambas partes tendran el derecho de someter separadamente a arbitraje los temas de responsabilidad e indemnizaci6n por dafios y perjuicios a petici6n escrita de! arbitro. El paciente debera entablar sus reclamaciones con diligencia razonable, y el arbitraje se regira de acuerdo a los articulos 1280-1295 de! C6digo de Procedimiento Civil (Code of Civil Procedure) ya la Ley Federal de Arbitraje (articulos 1 a 4 de! Titulo 9.0 de! C6digo de los Estados Unidos). Las partes deberan pagar sus propios costos, honorarios y gastos, ademas de costear una parte proporcional de los honorarios y gastos de! arbitro de equidad.

**Artículo 4: Efecto retroactivo:** El paciente tiene el prop6sito de que este acuerdo cubra todos los servicios prestados por el Medico no solo despues de la fecha de su firma (lo cual incluye, entre otros, el tratamiento de emergencia), sino tambien antes de que fuera firmado.

**Artículo 5: Revocacion:** Este acuerdo puede ser revocado por notificaci6n escrita entregada al Medico dentro de los 30 dias que siguen a la firma y si no es revocado regira todos los servicios medicos recibidos por el paciente.

**Artículo 6: Disposcion de divisibilidad:** En caso de que una o varias disposiciones de este acuerdo sea/n declarada/s nula/s y no exigible/s, tal disposici6n o disposiciones debera/n considerarse nula/s al efecto y el resto de! acuerdo sera exigible de acuerdo a las normas de! estado de California.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo. Al firmar abajo, reconozco que he recibido una copia.

ADVERTENCIA: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED ESTA DE ACUERDO CON QUE CUALQUIER PROBLEMA DE NEGLIGENCIA MEDICA SEA DECIDIDO POR ARBITRAJE DE EQUIDAD Y ESTA RENUNCIANDO A SU DERECHO A UN JURADO O A UN PROCEDIMIENTO JUDICIAL. VEA EL ARTICULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Por: \_\_\_\_\_  
Firma del medico o del (Fecha)

Por: \_\_\_\_\_  
Firm del paciente (Fecha)