



# 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

**Bienvenido a nuestra práctica:**

**Gracias por elegir Kern Gastroenterology Medical Group como su proveedor de gastroenterología.**

**Qué esperar:** Estar bien preparado para su cita asegure que el médico tenga toda la información necesaria para brindarle la mejor atención posible. Antes de visitar, reúna su información de antecedentes familiares y haga una lista de todos los medicamentos incluir la dosis de cada uno. Traiga su(s) tarjeta(s) de seguro y identificación con foto. **Debido al espacio limitado en nuestra área de recepción, pedimos que solo una persona acompañe al paciente, no se permite niños**

**Pólizas de la oficina:**

**Citas:** Debido a citas limitadas, al no cancelar o cambiar su cita con tiempo otro paciente pierde la oportunidad de ver al médico. Si piensa llegar tarde a su cita favor de llamar. Si llega mas de 15 minutos tarde su cita será reprogramada.

**Citas perdidas o canceladas:** Tenga en cuenta que hay una multa de \$ 75.00 que se le cobrará por las citas perdidas, y deberá ser pagada antes de poder programar su próxima cita. La definición de "no presentarse" Es falta de una cita programada. La definición de "cancelación tarde" es falta de llamar 24 horas de anticipación para cancelar. (No incluye el fin de semana)

**Pago:** Pago completo y copagos deberán ser pagados al momento del servicio. Se acepta en efectivo, cheque y tarjeta de crédito.

**Pago para procedimiento(s):** Si está programado para un procedimiento(s), nuestra oficina de facturación puede proporcionarle la mejor estimación de cargos. Nuestra oficina de facturación llamará a su compañía de seguro para obtener autorización para su(s) procedimiento(s).

**Seguro:** Como cortesía a nuestros pacientes, facturaremos a su compañía de seguro primaria y secundaria. No garantizamos que su seguro cubra nuestro servicio completo. Es su responsabilidad mantener nuestra oficina actualizada con su información de seguro más reciente.

**Surtir de medicamento:** Favor de llamar a su farmacia por lo menos 5 días antes de terminar su medicamento. La oficina requiere por lo menos de 5 días para surtir su receta (s).

**He leído y entiendo el término de las políticas de la oficina. Acepto cumplir con los términos establecidos en esta póliza para los servicios prestados por Kern Gastroenterology Medical Group.**

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

*Name*

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

*Address*

Referido por el Doctor \_\_\_\_\_

*Referring Doctor*

Numero de Seguro social: \_\_\_\_\_

*Social Security Number*

Telefono: \_\_\_\_\_

*Telephone*

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

*DOB*

*Age*

Numero de seguro de espo(a) \_\_\_\_\_

*Spouse social security*

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

*Insurance*

Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

*Group Number*

Aseguranza de esposo(s) \_\_\_\_\_

*Spouse insurance*

Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

*Group Number*

Queja : \_\_\_\_\_

*Chief complaint*

Duración: \_\_\_\_\_

*Duration*

**Historia Medica:**                      **Si**      **O**      **No**

Enfermedad del Corazon \_\_\_\_\_

*Heart Disease*

Alta prescion / *Blood Pressure* \_\_\_\_\_

Corazon Murmullo \_\_\_\_\_

*Heart Murmur*

Valvula del Corazon artificial \_\_\_\_\_

*Artificial Heart Valve*

Problemas del pulmon \_\_\_\_\_

*Lung problems*

Asma *Asthma* \_\_\_\_\_

Problemas e hemorragia \_\_\_\_\_

*Bleeding Problems*

Hepatitis \_\_\_\_\_

Piedras en la visicula \_\_\_\_\_

*Gall Stones*

Ulcera / *Ulcers* \_\_\_\_\_

Cancer del colon \_\_\_\_\_

*colon cancer*

Chequeo del colon en el pasado \_\_\_\_\_

*Had colon checked in the past*

Chequeo de estomago \_\_\_\_\_

*Had stomach check in the past*

Diabetis / *Diabetes* \_\_\_\_\_

Otras problemas \_\_\_\_\_

*Other problems*

**Lista de Medicamentos**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Cirugias anteriores: Past Medical History(Operations)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Alergias a Medicinas/ Allergies to Medications**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Análisis de Sistema**

Si o No

Si o No

Falta de apetito \_\_\_\_\_  
*Poor Appetite*

Adelgazar/ perder peso \_\_\_\_\_  
*Weight loss*

Fiebre \_\_\_\_\_  
*Fever*

Escalofrío \_\_\_\_\_  
*Chills*

Diarrea \_\_\_\_\_  
*Diarrhea*

Estreñimiento \_\_\_\_\_

Alterno de estreñimiento-  
 y diarrea *Alternate constipation* \_\_\_\_\_

Sangre en el excremento \_\_\_\_\_  
*Blood in stool*

Mucosidad en el excremento \_\_\_\_\_  
*Mucus in stool*

Excremento oscurecido \_\_\_\_\_  
*Black tarry stool*

Fácilmente llenarse después-  
 de las comidas \_\_\_\_\_  
*Easily filled after meals*

Acidez \_\_\_\_\_  
*Heartburn*

Náusea \_\_\_\_\_  
*Nausea*

Vómito \_\_\_\_\_  
*Vomiting*

Vómito con sangre-  
 o color oscurecido \_\_\_\_\_  
*Vomiting blood or coffee grounds*

Eructar o regurgitar \_\_\_\_\_  
*Belching / Regurgitation*

Hinchar con aire \_\_\_\_\_  
*Bloating*

Dificultad al tragar \_\_\_\_\_  
*Difficulty swallowing*

Altragantar al comer \_\_\_\_\_  
*Choking on food*

Falta de respiración \_\_\_\_\_  
*Shortness of breath*

Dolor de pecho \_\_\_\_\_  
*Chest pain*

Dolor al tragar \_\_\_\_\_  
*Pain on swallowing*

Tos de noche \_\_\_\_\_  
*Cough at night*

Asma /resuello ronco \_\_\_\_\_  
*Asthma / Wheezing*

Ulcera en la boca \_\_\_\_\_  
*Sores in mouth*

Encías sangrantes \_\_\_\_\_  
*Gums bleeding*

Mareo \_\_\_\_\_  
*Dizziness*

Dolor de coyuntura, hinchazón \_\_\_\_\_  
*Joint pains / swelling*

**FAMILIA HISTORIAL**

Cáncer del Colon \_\_\_\_\_  
*Colon Cancer*

Cáncer de algún otro \_\_\_\_\_  
*Other cancer*

Diabetes \_\_\_\_\_

Enfermedad de corazón \_\_\_\_\_  
*Heart Disease*

Alta Presión \_\_\_\_\_  
*High blood pressure*

Golpe de cerebro \_\_\_\_\_  
*Stroke*

Pólipos \_\_\_\_\_  
*Polyps*

Úlceras \_\_\_\_\_

Dolor o calambre de el vientre \_\_\_\_\_  
*Abdominal cramps*

Tendencia de sangrar \_\_\_\_\_  
*Bleeding tendencies*

Anemia \_\_\_\_\_

Colitis \_\_\_\_\_

Problemas del hígado \_\_\_\_\_  
*Liver problems*

**Esta tomando usted algunos de los siguientes medicamentos**

Antiácido Si No  
 Aspirina o Si No  
 medicina para el artritis

Pastillas para adelgazar- Si No  
 la sangre

**Historia Social**

Fuma cigarrillos Si No  
 Toma bebidas- Si No  
 alcohólicas

Usa drogas intravenosas Si No  
 (illegales)





# 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 Medial Group proporcionar information 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 administación de finanza de salud y sus agentes de a cualquier información nescesaria 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 determianado 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 asociación 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 cónyuges o herederos e hijos del paciente, nacidos o no nacidos, al tiempo de la aparición de Los hechos de Los que se deriva la reclamación. 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 acción ante un tribunal para el cobro de honorarios no significara la renuncia al derecho a exigir el sometimiento a arbitraje de cualquier reclamación por negligencia. Sin embargo, tras la interposición 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 reclamación contra el Medico, la indemnización por daños y perjuicios que se pretende, y los 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 del estado de California, para entienda en la causa. Ambas partes tendran el derecho de someter separadamente a arbitraje los temas de responsabilidad e indemnización por daños y perjuicios a petición escrita del arbitro. El paciente debera entablar sus reclamaciones con diligencia razonable, y el arbitraje se regira de acuerdo a los articulos 1280-1295 del Código de Procedimiento Civil (Code of Civil Procedure) ya la Ley Federal de Arbitraje (articulos 1 a 4 del Titulo 9.0 del Código 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 del arbitro de equidad.

Artículo 4: **Efecto retroactivo:** El paciente tiene el propósito 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 notificación escrita entregada al Medico dentro de los 30 días 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 disposición o disposiciones debera/n considerarse nula/s al efecto y el resto del acuerdo sera exigible de acuerdo a las normas del 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)