

+EL MONTE URGENT CARE**+**

11311 GARVEY AVE EL MONTE

☎ 657-234-8413 • 📠 657-653-6282

Nombre-Apellido: _____ Primer: _____ Intial: _____

Fecha de nacimiento: _____ **SS #:** _____ **Sexo:** Masculino Femenino

Domicilio: _____ **Home** **Apt#:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____

Telefono-Casa: _____ Cell: _____ Trabajo: _____

Email: _____

Farmacia: _____

La persona para notificar en caso de una emergencia:

Nombre: _____ **Relacion:** _____ **Telefono:** _____

Domicilio: _____

Como descubrio usted. de +EL MONTE URGENT CARE+?

Yelp Google Facebook Manejando Employer Relative Amigo Doctor

Internet (Sitio): _____ Otro: _____

Le atiende ahora algun medico? No Si, Nombre de medico: _____

Tiene usted alguna alergia a medicinas o drogas? No Si Cuales son? _____

Tiene usted alguna condicion medica mayor? No Si, Lista _____

Cuales medicina toma usted.?

	MEDICINA	DOSIS	CON QUE FRECUENCIA
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

Yo, el abajofirmante, por la presente autoriza **+**EL MONTE URGENT CARE**+** proporcionar los procedimientos medicos ser realizados en el yo mismo/niño. Firmando, yo entiendo completamente que soy responsable de cualquier honorario contrajo a pesar de la cobertura o el cuidado médico.

Firma: _____

Fecha: _____

ACUERDO DE ARBITRAJE ENTRE MEDICO Y PACIENTE

Artículo 1: El acuerdo para Arbitrar: Es entendido que ninguna disputa en cuanto a negligencia médica, eso es en cuanto a si ningún servicio médico rendido bajo este contrato fue necesario ni no autorizado ni fue impropriamente, con negligencia, ni de modo incompetente rendido, será determinado por la sumisión al arbitraje como proporcionado por la ley de California, y no por un pleito ni recurso al proceso del tribunal sino como ley de California preve la revisión judicial del acto del arbitraje. Ambos partidos a este contrato, entrando en ello, renuncian sus derechos constitucionales para tener cualquiera tal disputa decidida en un tribunal de justicia antes de un jurado, y en lugar aceptan el uso del arbitraje.

Artículo 2: Todos los reclamos Deben Someterse a Arbitraje: Es la intencion de los participantes que por medio de este acuerdo sea obligatorio para todos aquellos cuyos reclamos surjan o esten vinculados con el tratamiento o los servicios prestados por el medico incluyendo a cualquier conyuge o heredero del paciente y a cualquier hijo que haya nacido o no en el momento en que ocurrio el acontecimiento que dio lugar a dicho reclamo. En el caso de una madre embarazada, el termino "paciente" se referira tanto a la madre como al bebe o los bebes que la madre espera.

Todos los reclamos para danos y perjuicios monetarios que excedan el limite de la juridicion de la corte de reclamos de menor cuntia contra el medico, y los socios del medico, asociados, corporacion o sociedad colectiva, y los empleados, agentes o propiedad de cualquiera de ellos, deben someterse a arbitraje incluyendo, pero no limitandose, a reclamos por pedida de consorcion conyugal, muerte por negligencia, trastomos emocionales o danos punitivos. Que el medico haya entrablado una accion judicial en cualquier corte con el fin de cobrar honorarios del paciente no significara una renuncia al derecho de someter a arbitraje cualquier reclamo por negligencia medica..

Artículo 3: Procedimientos y Derecho Aplicable: Se requiere que todos los participantes sean notificados por escrito en caso de una solicitud de arbitraje. Cada uno de los participantes debera escoger un arbitro (arbitro del participante) dentro de un plazo de treinta dias y los arbitros nomrados por los participantes escogeran un tercer arbitro (arbitro neutral) dentro del plazo de treinta dias despues de la solicitud por un arbitro neutral de las dos partes. Cada participantes del arbitraje debera pagar su porcion prorrateada correspondiente de los costos y honorarios del arbitro neutral, ademas de otros gastos de abritraje incurridos o aprobados por el arbitro neutral, excluyendo los honorarios de los abogados o de los testigos u otros gastos incurridos por una de las partes para el beneficio propio del participantes estipulan que los arbitros tendran la inmunidad de un oficial judicial contra la responsabilidad civil mientras esta actuando en la capacidad de arbitro bajo este contrato. Esta inmunidad suplementara y no reemplazara, cualquiera otra ley, sea comun o estatutoria, que se aplique.

Por medico de una peticion escrita al arbitro neutral, cada uno de los participantes podra ejercer un derecho absoluto de someter separadamente al arbitraje los asuntos de responsabilidad por danos y perjuicios..

Los participantes acceden a que toda persona o entidad que, de otra manera, seria una parte adicional oportuna en una accion judicial, pueda intervenir y participar en este arbitraje, y en caso de que tal intervencion o participacion ocurra, toda accion juridica existente contra dicha persona o entidad adicional se suspendera hasta el momento del arbitraje.

Los participantes esti[ulan que las disposiciones de las leyes de California aplicables a los profesionales que suministan atencion medica se aplicaran a las disputas incluidas en este acuerdo de arbitraje, incluyendo, pero sin limitarse a, las Secciones 340.5 y 667.7 delCodigo de Procedimientos Civiles y Secciones 3333.1 y 3333.2 delCodigo Civil. Cualquier participante puede presentar a los arbitros una solicitud para una decision sumaria o una adjudicacion sumaria en conformidad con el codigo de procedimientos civiles. El proceso de descubrimiento sera conducido en conformidad con el codigo de procedimientos civiles de California Seccion 1283.05, sin embargo, las deposiciones se pueden llevar acabo sin antes tener el permiso del arbitro neutral.

Artículo 4: Disposiciones Generales: Todos los reclamos basados en el mismo incidente, transacciones o circunstancias vinculadas deberan ser sometidas a arbitraje en el mismo procedimiento. Se renunciara al reclamo o este se anulara para siempre si (1) en la fecha en que se reciba su notificacion, el reclamo, en caso de ser parte de una accion civil, fuera excluido bajo el estatuto de limitaciones de California correspondiente o (2) el reclamante no demuestra diligencia razonable en llevar presente el arbitraje se regira por las disposiciones relativas a arbitraje delCodigo de Procedimientos Civiles de California

Artículo 5: Revocacion: Este acuerdo puede revocarse por medio de notificacion escrita entregada al medico dentro de un plazo de treinta (30) dias de su firma y si no es revocado regira todos los servicios medicos recibidos por el paciente. La intencion de este acuerdo, es que se aplique a todos los servicios medicos efectuados en cualquier momento y por cualquiera condicion.

Artículo 6: Vigencia Retroactiva: Si el paciente desea que este acuerdo cubra los servicios efectuados antes de la fecha de su firma (incluyendo, pero sin limitarse a, tratamiento de urgencia), el paciente debera poner las iniciales de su nombre abajo.

Entra en vigencia en la fecha de los servicios medico iniciales

Iniciales del paciente o del Representate del Paciente

En caso de que cualquiera de los disposiciones del presente acuerdo de arbitraje sea declarada invalida o imposible de cumplir, las disposiciones restantes quedaran en pleno vigor y no seran afectados por la invlidez de cualquiera de las otras disposiciones.

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este acuerdo de arbitraje .

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED SE COMPROMETE A SOMETER CUALQUIER ASUNTO RELATIVO A NEGLIENCIA MEDICA A UNA DECISION POR ARBITRAJE NEUTRAL Y ESTA RENUNCIANDO A SU DERECHO A UN JUICIO POR JURADO O POR JUEZ. VEA EL ARTICULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Por: _____
Firma de Medico, o Representante Autorizado
de EL MONTE URGENT CARE

Fecha

Por: _____
Firma del paciente o Representante del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente en Letra de Molde

El Monte Urgent Care
11311 Garvey Ave El Monte CA 91732

Nombre del Medico, Group Medico o Asociacion en
Letra de molde o sello

Si es representante del paciente, nombre en letra de
Molde y relacion al paciente

EL MONTE URGENT CARE

11311 Garvey Ave El Monte CA 91732

☎ 657-234-8413 • 📠 657-653-6282

ACUERDO MEDICO de SERVICIOS

(LEA CON CUIDADO ANTES DE FIRMAR)

Nombre de paciente: _____

1. **CONSENTIMIENTO MÉDICO:** Doy mi consentimiento a cualquier tratamiento médico o procedimientos que se pueden realizar de forma ambulatoria (incluyendo tratamiento de emergencia o servicios), que pueden incluir, pero no se limitan a los medicamentos, inyecciones, la toma de las fotografías médicas, los procedimientos de laboratorio, y/o los exámenes de rayos x que me han proporcionado en el general y las instrucciones especiales de los médicos, personal u otros prestadores de servicios de salud de El Monte Urgent Care ayuda a mi cuidado.

2. **ACUERDO FINANCIERO:** Entiendo que todos los cargos se deben en el momento del servicio. Estoy de acuerdo en pagar El Monte Urgent Care, (en adelante se denominará "EMUC") para todos los cargos de los servicios de salud y de los servicios profesionales que me han proporcionado por los médicos y otros profesionales de la salud. Formas de pago aceptables incluyen dinero en efectivo, tarjetas de crédito Visa, MasterCard, Discover y American Express. Si yo no soy paciente asegurado, estoy de acuerdo en pagar de mi visita en su totalidad en el momento del servicio. Si EMUC es un proveedor participante con mi compañía de seguros tengo entendido que mi co-pago, coaseguros y deducibles y/o todos los saldos pendientes se debe en el momento del servicio. Tengo entendido que mi póliza de seguro es un contrato entre yo y mi compañía de seguros; las EMUC no está involucrado. Con el fin de las EMUC para presentar reclamaciones y aceptar pagos de mi compañía de seguros, entiendo que debo presentar información actual de los seguros en cada visita y que las EMUC tendrá que comprobar que mi cobertura de seguro de salud. En el caso de que las EMUC no es capaz de comprobar mi seguro elegibilidad y beneficios antes de mi visita, me comprometo a pagar de mi visita en su totalidad en el momento del servicio. Se emitirá un reembolso si mi seguro se paga para la visita. Yo también entiendo que soy responsable por cualquier servicios no cubiertos por mi compañía de seguros. Cuando mi esposa o un garante financiero signos este acuerdo, el cónyuge o la garante financiero serán responsabilidad individual conmigo. Si mi(s) cuenta(s) que se refiere a los servicios de un abogado o una agencia de cobranza para la colección, el abajo firmante deberá pagar los honorarios del abogado (incluidos los costes) y colecciones los gastos además de las otras cantidades debidas. Cuentas pendientes se refiere a organismos externos para la colección, devengarán intereses a la tasa actual por año a partir de la fecha de remisión.

3. **AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE SEGUROS:** Solicito que el pago de beneficios, incluyendo Medicare, y cualquier otro programa auspiciado por el gobierno, los seguros privados, y cualquier otros planes de salud de las EMUC con cualquiera de los servicios proporcionados por ese proveedor. En la medida en que sea necesario para coordinar la atención de la salud o determinar la responsabilidad de pago y a obtener el reembolso de los servicios prestados, autorizo a revelar las EMUC o porciones de todos los registros, incluyendo mi historial médico a cualquier persona o empresa que es o puede ser responsable de todo o parte de las EMUC cargos, incluyendo pero no limitado a las compañías de seguros, servicios de atención de la salud, organismos gubernamentales, o la remuneración de los trabajadores transportistas. Yo autorizo EMUC para actuar como mi agente a que me ayuden a conseguir las previas a la certificación, así como de actuar como mi agente a que me ayuden a conseguir el pago de mi las compañías de seguros. Yo autorizo a mi las compañías de seguros para dar EMUC toda la información necesaria para cumplir con esta función. Este se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por escrito. Una fotocopia de esta asignación y liberación es que se considera como válido como el original.

4. **ENVÍO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA:** Por la presente autorizo EMUC para liberar cualquier información en mi tabla para cualquier médico, médico, hospital o institución de atención de la salud a que se refiere a ayudar a mi cuidado. Por otra parte, autorizo EMUC para proporcionar una copia de mi historial médico a mi médico de atención primaria (PCP) para permitir la continuidad de la atención.

5. **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Al firmar este formulario, acusar recibo de la "Notificación de Prácticas de Privacidad" de las EMUC. Nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad" proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información protegida de la salud. Le animamos a que lea en su totalidad. Nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad" está sujeta a cambios. Si somos capaces de cambiar nuestro aviso, usted puede obtener una copia del aviso revisado en contacto con EMUC al (657) 234-8413.

6. **RETIRADA DE LA ATENCIÓN:** Yo comprendo que si no estoy conforme, y si fallo a mis citas, y si no Pago mis cuotas y muestro cualquier tipo de comportamiento amenazante o soy grosero hacia el personal de EMUC. Entonces EMUC tiene el derecho legal de retirar mi cuidado medico sin notification por escrito. No culpare a EMUC y a sus probedores ni los hare responsables por eliminacion de mi atencion medica. Bajo las leyes de abandonamiento al paciente de California. Si estoy firmando este formulario como representante del paciente, yo reconosco que el retiro de la atencion medica es pertinente solamente al paciente.

7. **OBJETOS PERSONALES:** Las EMUC no se hará responsable de la pérdida o daño de cualquier dinero, documentos, joyas, gafas, dentaduras postizas, pieles u otros artículos de valor excepcional y no se hace responsable de la pérdida o daño a cualquier propiedad personal.

El Monte Urgent Care, una corporación médica y el paciente o su representante, se entra en este acuerdo. El abajo firmante certifica que ha leído y acepta lo que antecede, recibió una copia de la misma, y es el paciente, su representante o está debidamente autorizado por el paciente, ya que la agente general del paciente para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

La firma del Paciente

Fecha

or

La firma del Representante del Paciente

Fecha

Representante de El Monte Urgent Care

Fecha

La relación del Representante al Paciente