

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____

SS/HIC/ID Paciente _____

Nombre del Paciente _____

Apellido

Primer nombre Inicial del segundo nombre

Domicilio _____

Correo electrónico _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Sexo ☐ M ☐ F Edad _____

Fecha de nacimiento _____

☐ Casado ☐ Viudo ☐ Soltero ☐ Menor

☐ Separado ☐ Divorciado ☐ En pareja durante _____ años

Empleador/Escuela del paciente _____

Ocupación _____

Domicilio del empleador/escuela _____

Teléfono del empleador/escuela (____) _____

Nombre del cónyuge _____

Fecha de nacimiento _____

SS# _____

Empleador del cónyuge _____

¿A quién podemos agradecer su referencia? _____

2 INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____

Relación con el paciente _____

Compañía de seguros. _____

Grupo # _____

¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional? ☐ Sí ☐ No

Nombre del suscriptor _____

Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Relación con el paciente _____

Compañía de seguros. _____

Grupo # _____

CESIÓN Y DIVULGACIÓN

Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro de _____ y cedemos directamente al _____

Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El médico arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Fecha

Relación con el paciente

3 NÚMEROS DE TELÉFONO

Celular (____) _____ Teléfono del Hogar (____) _____

Mejor momento y lugar para contactarlo _____

EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON

Nombre _____ Relación _____

Teléfono del hogar (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____

4 INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

¿El problema de salud se debe a un accidente? ☐ Sí ☐ No Fecha _____

Tipo de accidente ☐ Auto ☐ Trabajo ☐ Hogar ☐ Otro

¿Ante quién presentó un reporte del accidente?

☐ Seguro de automóvil ☐ Empleador ☐ Compañía de seguro laboral ☐ Otro

Nombre del abogado (si corresponde) _____

5 ESTADO DEL PACIENTE

Motivo de la visita _____

¿Cuándo comenzaron los síntomas? _____

¿Este problema de salud está empeorando en forma progresiva? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

Marcar con una X en la figura dónde continúa sufriendo dolor, entumecimiento o cosquilleo.

Calificar la gravedad del dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (gran dolor) _____

Tipo de dolor: ☐ Agudo ☐ Leve ☐ Pulsante ☐ Entumecimiento ☐ Angustiante ☐ Punzante

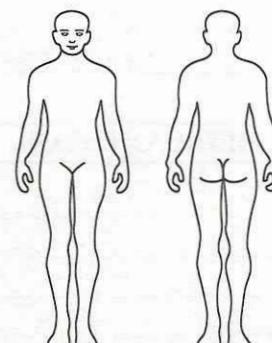
☐ Ardor ☐ Comezón ☐ Calambres ☐ Rigidez ☐ Hinchazón ☐ Otro

¿Con qué frecuencia siente este dolor? _____

¿Es constante o viene y se va? _____

¿Interfiere con su ☐ trabajo ☐ sueño ☐ rutina diaria ☐ recreación

Actividades o movimientos que le resulta doloroso realizar ☐ Sentarse ☐ Pararse ☐ Caminar ☐ Inclinarsse ☐ Acostarse



6

HISTORIAL DE SALUD

¿Qué tratamiento ha recibido para este problema de salud? ☐ Medicamentos ☐ Cirugía ☐ Fisioterapia

☐ Servicios quiroprácticos ☐ Ninguno ☐ Otro _____

Nombre y dirección de otro(s) médico(s) que lo han tratado por su problema de salud _____

Fecha del último: Examen físico _____ Rayos X de columna vertebral _____ Análisis de sangre _____

Examen de columna _____ Radiografía de tórax _____ Análisis de orina _____

Radiografía odontológica _____ Resonancia magnética, tomografía computada, densitometría _____

Marcar "sí" o "no" para indicar si ha tenido:

SIDA/VIH	☐ Sí ☐ No	Enfisema	☐ Sí ☐ No	Migraña	☐ Sí ☐ No	Enfermedad de transmisión sexual	☐ Sí ☐ No
Alcoholismo	☐ Sí ☐ No	Epilepsia	☐ Sí ☐ No	Aborto espontáneo	☐ Sí ☐ No	Apoplejía	☐ Sí ☐ No
Brote de alergia	☐ Sí ☐ No	Fracturas	☐ Sí ☐ No	Mononucleosis	☐ Sí ☐ No	Intento de suicidio	☐ Sí ☐ No
Anemia	☐ Sí ☐ No	Glaucoma	☐ Sí ☐ No	Esclerosis múltiple	☐ Sí ☐ No	Problemas de tiroides	☐ Sí ☐ No
Anorexia	☐ Sí ☐ No	Bocio	☐ Sí ☐ No	Papera	☐ Sí ☐ No	Amigdalitis	☐ Sí ☐ No
Apendicitis	☐ Sí ☐ No	Gonorrea	☐ Sí ☐ No	Osteoporosis	☐ Sí ☐ No	Tuberculosis	☐ Sí ☐ No
Artritis	☐ Sí ☐ No	Gota	☐ Sí ☐ No	Marcapasos	☐ Sí ☐ No	Tumores, quistes	☐ Sí ☐ No
Asma	☐ Sí ☐ No	Enfermedad cardíaca	☐ Sí ☐ No	Enfermedad de Parkinson	☐ Sí ☐ No	Fiebre tifoidea	☐ Sí ☐ No
Problemas de sangrado	☐ Sí ☐ No	Hepatitis	☐ Sí ☐ No	Pinzamiento	☐ Sí ☐ No	Úlceras	☐ Sí ☐ No
Quiste de mama	☐ Sí ☐ No	Hernia	☐ Sí ☐ No	Neumonía	☐ Sí ☐ No	Infecciones vaginales	☐ Sí ☐ No
Bronquitis	☐ Sí ☐ No	Hernia de disco	☐ Sí ☐ No	Polio	☐ Sí ☐ No	Tos ferina	☐ Sí ☐ No
Bulimia	☐ Sí ☐ No	Herpes	☐ Sí ☐ No	Problema de próstata	☐ Sí ☐ No	Otros _____	
Cáncer	☐ Sí ☐ No	Alta Presión sanguínea	☐ Sí ☐ No	Prótesis	☐ Sí ☐ No		
Cataratas	☐ Sí ☐ No	Colesterol Alto	☐ Sí ☐ No	Asistencia psiquiátrica	☐ Sí ☐ No		
Dependencia de fármacos	☐ Sí ☐ No	Enfermedad renal	☐ Sí ☐ No	Artritis reumatoidea	☐ Sí ☐ No		
Varicela	☐ Sí ☐ No	Enfermedad hepática	☐ Sí ☐ No	Fiebre reumática	☐ Sí ☐ No		
Diabetes	☐ Sí ☐ No	Sarampión	☐ Sí ☐ No	Fiebre escarlata	☐ Sí ☐ No		

EJERCICIO

- ☐ Ninguno
☐ Moderado
☐ Diariamente
☐ Intenso

ACTIVIDAD LABORAL

- ☐ Permanecer sentado
☐ Permanecer parado
☐ Trabajo liviano
☐ Trabajo intenso

HÁBITOS

- ☐ Fumar Paquetes por día _____
☐ Alcohol Tragos por semana _____
☐ Café/bebidas con cafeína Tazas por día _____
☐ Alto nivel de estrés Motivo _____

¿Está usted embarazada? ☐ Sí ☐ No Fecha de parto _____

Lesiones/cirugías pasadas	Descripción	Fecha
Caídas	_____	_____
Lesiones en la cabeza	_____	_____
Huesos quebrados	_____	_____
Dislocamientos	_____	_____
Cirugías	_____	_____

7

MEDICAMENTOS

ALERGIAS

VITAMINAS/HIERBAS/MINERALES

Nombre de la farmacia _____

Teléfono de la farmacia (____) _____

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

SINTOMA 1 _____

En una escala de 0 a 10, siendo 10 el peor, marque con un círculo el número que mejor describa el síntoma la mayor parte del tiempo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- ¿Qué porcentaje de su tiempo de vigilia experimenta el síntoma anterior a la intensidad anterior?:
5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100
- ¿Cuándo comenzó el síntoma? _____
 - ¿El síntoma comenzó repentina o gradualmente? (Círculo uno)
 - ¿Cómo comenzó el síntoma? _____
- ¿Qué empeora el síntoma? (Encierra en un círculo todo lo que corresponda):
 - Cualquier movimiento, Doblar el cuello hacia adelante, Doblar el cuello hacia atrás, Inclínación de la cabeza hacia la izquierda, Inclínación de la cabeza hacia la derecha, girar de cabeza a izquierda, girar de cabeza a derecha, inclinarse hacia adelante en la cintura, doblarse hacia atrás en la cintura, inclinación hacia la izquierda en la cintura, inclinación derecha en la cintura, torsión izquierda en la cintura, torcer a la derecha en la cintura, sentada, parado, levantarse de la posición sentada, levantamiento, conducción, andante, corriente, nada. Otro (Sírvese describir): _____
- ¿Qué mejora el síntoma? (Encierra en un círculo todo lo que corresponda):
 - Descanso, hielo, calor, estiramientos, ejercicio, masajes, medicamentos para el dolor, relajantes musculares, nada.
 - Otro (Sírvese describir): _____
- Describir la calidad del síntoma (Encierra en un círculo todo lo que corresponda):
 - Agudo, sordo, dolorido, ardiente, palpitante, perforante, punzante, regaño profundo, disparos, escozor.
 - Otro (Sírvese describir): _____
- ¿El síntoma se irradia a otra parte de su cuerpo? (Círculo uno): Sí No
 - En caso afirmativo, ¿dónde irradia el síntoma? _____
- ¿El síntoma empeora en ciertos momentos del día o de la noche? (círculo uno)
 - Mañana Tarde Noche No se ve afectado por la hora del día

SINTOMA 2 _____

En una escala de 0 a 10, siendo 10 el peor, marque con un círculo el número que mejor describa el síntoma la mayor parte del tiempo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- ¿Qué porcentaje de su tiempo de vigilia experimenta el síntoma anterior a la intensidad anterior?:
5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100
- ¿Cuándo comenzó el síntoma? _____
 - ¿El síntoma comenzó repentina o gradualmente? (Círculo uno)
 - ¿Cómo comenzó el síntoma? _____
- ¿Qué empeora el síntoma? (Encierra en un círculo todo lo que corresponda):
 - Cualquier movimiento, Doblar el cuello hacia adelante, Doblar el cuello hacia atrás, Inclínación de la cabeza hacia la izquierda, Inclínación de la cabeza hacia la derecha, girar de cabeza a izquierda, girar de cabeza a derecha, inclinarse hacia adelante en la cintura, doblarse hacia atrás en la cintura, inclinación hacia la izquierda en la cintura, inclinación derecha en la cintura, torsión izquierda en la cintura, torcer a la derecha en la cintura, sentada, parado, levantarse de la posición sentada, levantamiento, conducción, andante, corriente, nada. Otro (Sírvese describir): _____
- ¿Qué mejora el síntoma? (Encierra en un círculo todo lo que corresponda):
 - Descanso, hielo, calor, estiramientos, ejercicio, masajes, medicamentos para el dolor, relajantes musculares, nada.
 - Otro (Sírvese describir): _____
- Describir la calidad del síntoma (Encierra en un círculo todo lo que corresponda):
 - Agudo, sordo, dolorido, ardiente, palpitante, perforante, punzante, regaño profundo, disparos, escozor.
 - Otro (Sírvese describir): _____
- ¿El síntoma se irradia a otra parte de su cuerpo? (Círculo uno): Sí No
 - En caso afirmativo, ¿dónde irradia el síntoma? _____
- ¿El síntoma empeora en ciertos momentos del día o de la noche? (círculo uno):
 - Mañana Tarde Noche No se ve afectado por la hora del día

SYMPTOM 3 _____

- En una escala de 0 a 10, siendo 10 el peor, marque con un círculo el número que mejor describa el síntoma la mayor parte del tiempo.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿Qué porcentaje de su tiempo de vigilia experimenta el síntoma anterior a la intensidad anterior?:
5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100
- ¿Cuándo comenzó el síntoma? _____
 - ¿El síntoma comenzó repentina o gradualmente? (círculo uno)
 - ¿Cómo comenzó el síntoma? _____
- ¿Qué empeora el síntoma? (marque con un círculo todo lo que corresponda):
 - Cualquier movimiento, Doblar el cuello hacia adelante, Doblar el cuello hacia atrás, Inclínación de la cabeza hacia la izquierda, Inclínación de la cabeza hacia la derecha, girar de cabeza a izquierda, girar de cabeza a derecha, inclinarse hacia adelante en la cintura, doblarse hacia atrás en la cintura, inclinación hacia la izquierda en la cintura, inclinación derecha en la cintura, torsión izquierda en la cintura, torcer a la derecha en la cintura, sentada, parado, levantarse de la posición sentada, levantamiento, conducción , andante, corriente, nada. Otro (Sírvese describir): _____
- ¿Qué mejora el síntoma? (marque con un círculo todo lo que corresponda):
 - Descanso, hielo, calor, estiramientos, ejercicio, masajes, medicamentos para el dolor, relajantes musculares, nada.
 - Otros (sírvese describir): _____
- Describa la calidad del síntoma (marque con un círculo todo lo que corresponda):
 - Agudo, sordo, dolorido, ardiente, palpitante, perforante, apuñalado, regaño profundo, disparos, escozor.
 - Otros (sírvese describir): _____
- ¿El síntoma se irradia a otra parte de su cuerpo? (Círculo uno): Sí No
 - En caso afirmativo, ¿dónde irradia el síntoma? _____
- ¿El síntoma empeora en ciertos momentos del día o de la noche? (círculo uno):
 - Mañana Tarde Noche No se ve afectado por la hora del día



Políticas de Umpqua Chiropractic Office

Información de pago:

El pago y los copagos se esperan en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos de pago con el gerente de la oficina por adelantado. Si tiene alguna pregunta sobre pagos y tarifas en nuestra oficina, consulte a nuestro gerente de facturación.

Pacientes en efectivo:

Podemos ofrecer un descuento a nuestros pacientes en efectivo si pagan en el momento del servicio. Esto se denomina reducción de TOS (tiempo de servicio). La única forma en que podemos ofrecer legalmente este descuento es si el tratamiento se paga en el momento en que se prestan los servicios. Si el pago no se puede realizar en el momento del servicio, nuestras declaraciones reflejarán el programa de tarifas de seguro requerido por cargos habituales y habituales.

Política de privacidad:

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud de identificación individual (IIHI). Al llevar a cabo nuestro negocio, crearemos registros sobre usted y el tratamiento y servicio que le brindamos. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de la información de salud que lo identifica. También estamos obligados por ley a proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en nuestra práctica con respecto a su IIHI. Por ley federal y estatal, debemos seguir los términos del aviso de prácticas de privacidad que tenemos vigentes en ese momento.

He recibido una copia de las Políticas de privacidad de Umpqua Chiropractic, PC y entiendo que mi IIHI se mantendrá confidencial de acuerdo con los mandatos de HIPPA.

Beneficios, riesgos y alternativas:

Entiendo que, como con todas las formas de terapia manual, existen ciertos beneficios, riesgos y alternativas para recibir atención quiropráctica. Acepto estos beneficios, riesgos y alternativas y entiendo que si tengo inquietudes o preguntas sobre los beneficios, riesgos y alternativas de la terapia manipulativa quiropráctica, tengo derecho a discutirlos con mi médico y rechazar la atención.

He leído y entiendo la información anterior.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Testigo de oficina: _____ Fecha: _____

Consentimiento informado para la atención

Usted es el que toma las decisiones para su atención médica. Parte de nuestra función es proporcionarle información para ayudarlo a tomar decisiones informadas. Este proceso a menudo se conoce como "consentimiento informado" e implica su comprensión y acuerdo con respecto a la atención que recomendamos, los beneficios y riesgos asociados con la atención, las alternativas y el efecto potencial en su salud si decide no recibir la atención.

Podemos realizar algunos procedimientos de diagnóstico o examen si está indicado. Cualquier examen o prueba realizada se realizará cuidadosamente, pero puede ser incómodo.

La atención quiropráctica implica centralmente lo que se conoce como un ajuste quiropráctico. También puede haber procedimientos o recomendaciones de apoyo adicionales. Al proporcionar un ajuste, usamos nuestras manos o un instrumento para reposicionar estructuras anatómicas, como las vértebras. Los beneficios potenciales de un ajuste incluyen restaurar el movimiento normal de las articulaciones, reducir la hinchazón y la inflamación en una articulación, reducir el dolor en la articulación y mejorar el funcionamiento neurológico y el bienestar general.

Es importante que entienda, como con todos los enfoques de atención médica, los resultados no están garantizados y no hay ninguna promesa de curación. Al igual que con todos los tipos de intervenciones de atención médica, existen algunos riesgos para la atención, que incluyen, entre otros: espasmos musculares, agravantes y / o aumento temporal de los síntomas, falta de mejoría de los síntomas, quemaduras y / o cicatrices de estimulación eléctrica y de terapias calientes o frías, que incluyen, entre otras, compresas calientes y hielo, fracturas (huesos rotos), Lesiones de disco, accidentes cerebrovasculares, dislocaciones, distensiones y esguinces. Con respecto a los accidentes cerebrovasculares, existe una afección rara pero grave conocida como disección arterial cervical que implica un cambio anormal en la pared de una arteria que puede causar el desarrollo de un trombo (coágulo) con el potencial de provocar un accidente cerebrovascular. Esto ocurre en 3-4 de cada 100,000 personas, ya sea que estén recibiendo atención médica o no. Los pacientes que experimentan esta condición a menudo, pero no siempre, se presentan a su médico o quiropráctico con dolor de cuello y dolor de cabeza. Desafortunadamente, un porcentaje de estos pacientes experimentará un derrame cerebral. Como la quiropráctica puede implicar el ajuste manual y / o mecánico de la columna cervical, se ha informado que la atención quiropráctica puede ser un riesgo para desarrollar este tipo de accidente cerebrovascular. La asociación con el accidente cerebrovascular es extremadamente rara y se estima que está relacionada en uno en un millón a uno en dos millones de ajustes cervicales.

También es importante que comprenda que hay opciones de tratamiento disponibles para su condición además de los procedimientos quiroprácticos. Probablemente, ya has probado muchos de estos enfoques. Estas opciones pueden incluir, pero no se limitan a: atención autoadministrada, analgésicos de venta libre, medidas físicas y descanso, atención médica con medicamentos recetados, fisioterapia, aparatos ortopédicos, inyecciones y cirugía. Por último, tiene derecho a una segunda opinión y a obtener otras opiniones sobre sus circunstancias y atención médica según lo considere oportuno.

He leído, o me han leído, el consentimiento anterior. Aprecio que no es posible considerar todas las complicaciones posibles para la atención. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido, y al firmar a continuación, estoy de acuerdo con la recomendación actual o futura de recibir atención quiropráctica según se considere apropiado para mi circunstancia. Tengo la intención de que este consentimiento cubra todo el curso de atención de todos los proveedores en esta oficina para mi condición actual y para cualquier condición futura para la cual busco atención quiropráctica de esta oficina.

Nombre del paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Padre o tutor: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del testigo: _____ Firma: _____ Fecha: _____





Formulario de divulgación de información médica

(Formulario de liberación de HIPAA)

Nombre: _____ DOB: _____

Divulgación de información

Autorizo la divulgación de información, incluido el diagnóstico, los registros, los exámenes que se me rinden y la información de reclamaciones. Esta información puede ser divulgada a:

- ☐ Cónyuge/Pareja: _____
- ☐ Niño(s): _____
- ☐ Otro: _____
- ☐ La información no debe ser revelada a nadie.

Esta Divulgación de Información permanecerá vigente hasta que yo la termine por escrito.

He leído y entiendo la información anterior.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Testigo de oficina: _____ Fecha: _____



Comunicación

¿Podemos enviarle mensajes de texto
recordatorios de citas?

SÍ NO

¿Podemos dejar mensajes de voz?

SÍ NO

Número de teléfono celular: _____ Proveedor (Verizon, Sprint, etc) _____

Por la presente le doy permiso a Umpqua Chiropractic, PC para enviarme recordatorios de citas por mensaje de texto y / o mensajes de voz al número que he proporcionado anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Testigo de oficina: _____ Fecha: _____



Política de no llamada/ de no presentarse

Un "no llamada/ de no presentarse" se define como una cita perdida en la que la persona no llama para cancelar o reprogramar al menos 3 horas antes de la cita.

Después de tres (3) no presentaciones, se le colocará en un estado de solo sin cita previa. Esto significa que ya no podremos programar su cita con anticipación. Cuando necesite una cita, aún podrá ser atendido, sin embargo, los tiempos de espera variarán según la disponibilidad del proveedor y la cantidad de pacientes con citas programadas. Los pacientes con citas programadas tendrán preferencia y lo acomodaremos cuando haya una sala de tratamiento disponible.

Las citas de terapia de masaje deben programarse con anticipación. Si se le coloca en estado de walk-in, podemos agregarlo a una lista de cancelación para la terapia de masaje. Después de dos (2) No-shows para citas de masaje, será necesario pagar por adelantado la terapia de masaje que no será reembolsable.

Entiendo y acepto estos términos.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Testigo de oficina: _____ Fecha: _____

PATIENT NAME:

ACUERDO DE ARBITRAJE

Artículo 1: Acuerdo de arbitraje: Se entiende que cualquier disputa en cuanto a negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados en virtud de este contrato fueron innecesarios o no autorizados o fueron prestados de manera inapropiada, negligente o incompetente, se determinará mediante la sumisión a arbitraje según lo dispuesto por la ley estatal y federal, y no por una demanda o recurso a un proceso judicial. excepto cuando la ley estatal y federal prevea la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a su derecho constitucional a que cualquier disputa de este tipo se decida en un tribunal de justicia ante un jurado, y en su lugar aceptan el uso del arbitraje. Además, las partes no tendrán derecho a participar como miembros de ninguna clase de demandantes, y no habrá autoridad para que ninguna disputa se decida sobre la base de una demanda colectiva. Un arbitraje solo puede decidir una disputa entre las partes y no puede consolidar o unir las reclamaciones de otras personas que tienen reclamaciones similares.

Artículo 2: Todas las reclamaciones deben ser arbitradas: También se entiende que cualquier disputa que no se relacione con negligencia médica, incluidas las disputas sobre si una disputa está sujeta o no a arbitraje, si este acuerdo es inadmisibles y cualquier disputa procesal, también se determinará mediante la sumisión a arbitraje vinculante. Es la intención de las partes que este acuerdo vincule a todas las partes en cuanto a todas las reclamaciones, incluidas las reclamaciones que surjan de o estén relacionadas con el tratamiento o los servicios proporcionados por el proveedor de atención médica, incluidos los herederos o cónyuges pasados, presentes o futuros del paciente en relación con todas las reclamaciones, incluida la pérdida de consorcio. Este acuerdo también tiene la intención de vincular a los hijos del paciente, ya sean nacidos o no nacidos en el momento de la ocurrencia que da lugar a cualquier reclamación. Este acuerdo tiene la intención de vincular al paciente y al proveedor de atención médica y / u otros proveedores de atención médica con licencia, preceptores o pasantes que ahora o en el futuro tratan al paciente mientras están empleados, trabajando o asociados o sirviendo como respaldo para el proveedor de atención médica, incluidos aquellos que trabajan en la clínica u oficina del proveedor de atención médica o cualquier otra clínica u oficina, ya sea signataria de este formulario o no.

Todas las reclamaciones por daños monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de reclamos menores contra el proveedor de atención médica y / o los asociados, asociación, corporación, sociedad, empleados, agentes y patrimonio del proveedor de atención médica deben ser arbitradas, incluidas, entre otras, las reclamaciones por pérdida de consorcio, muerte por negligencia, angustia emocional, medidas cautelares o daños punitivos. Este acuerdo está destinado a crear una cuenta de libro abierto a menos que y hasta que sea revocado. un

Artículo 3: Procedimientos y ley aplicable: Una demanda de arbitraje debe ser comunicada por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un árbitro (árbitro de partido) dentro de los treinta días, y un tercer árbitro (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes dentro de los treinta días posteriores. El árbitro neutral será entonces el único árbitro y decidirá el arbitraje. Cada parte en el arbitraje pagará la parte prorrateada de dicha parte de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos del arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir los honorarios de abogados, honorarios de testigos u otros gastos incurridos por una parte para el propio beneficio de dicha parte. Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de bifurcar las cuestiones de responsabilidad y daños previa solicitud por escrito al árbitro neutral.

Las partes consienten en la intervención y unión en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otro modo sería una parte adicional adecuada en una acción judicial, y tras dicha intervención y unión, cualquier acción judicial existente contra dicha persona o entidad adicional se suspenderá en espera de arbitraje. Las partes acuerdan que las disposiciones de la ley estatal y federal, cuando corresponda, establecen el derecho a presentar pruebas de cualquier cantidad pagadera como beneficio para el paciente en la medida máxima permitida por la ley, limitando el derecho a recuperar pérdidas no económicas y el derecho a tener un juicio por daños futuros conformados a pagos periódicos, se aplicará a las disputas dentro de este Acuerdo de Arbitraje. 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: Disposiciones generales: Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas se arbitrarán en un solo procedimiento. Se renunciará a una reclamación y prescribirá para siempre si (1) en la fecha en que se reciba la notificación de la misma, la reclamación, si se afirma en una acción civil, estaría prohibida por el estatuto legal de limitaciones aplicable, o (2) el demandante no persigue la reclamación de arbitraje de acuerdo con los procedimientos prescritos en este documento con diligencia razonable.

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

Artículo 6: Efecto retroactivo: Si el paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha en que se firma (por ejemplo, tratamiento de emergencia), el paciente debe comenzar aquí. _____. Efectivo a partir de la fecha de los primeros servicios profesionales.

Si alguna disposición de este Acuerdo de Arbitraje se considera inválida o inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y no se verán afectadas por la invalidez de ninguna otra disposición. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este Acuerdo de Arbitraje. Por mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ACEPTA QUE CUALQUIER PROBLEMA DE NEGLIGENCIA MÉDICA SE DECIDA MEDIANTE ARBITRAJE NEUTRAL Y ESTÁ RENUNCIANDO A SU DERECHO A UN JURADO O JUICIO JUDICIAL. VÉASE EL ARTÍCULO 1 DEL PRESENTE CONTRATO.

FIRMA DEL PACIENTE

(Date)

(O representante del paciente)

(Indicar relación si firma para paciente)

OFFICE SIGNATURE

(Date)