Luther Mangoba, MD Inc.
9041 Magnolia Ave. Suite 008
Riverside, CA 92503
951-687-0004 Phone
951-687-0080 Fax

MENSAJE A NUESTROS PACIENTES ACERCA DEL ARBITRAJE

El contrato adjunto es un acuerdo de arbitraje. Mediante la firma de este contrato acordamos que cualquier disputa que surja de los servicios medicos que usted recibe sera resuelta mediante arbitraje vinculante en lugar de un procedimiento legal. Los juicios son algo que nadie puede predecir y todo el mundo espera evitar. Creemos que el metodo de resolver disputas mediante arbitraje es uno de los sistemas mas justos tanto para pacientes como para medicos. Los acuerdos de abritraje entre pacientes y medicos han sido reconocidos y aprobados por los tribunals de California desde hace ya mucho tiempo.

Mediante la firma de este contrato usted modifica el lugar en donde su demanda ser presentada. Podra igualmente presentar testigos y evidencias. Cada parte seleccionara un arbitro (arbitro de parte), quienes selessionaran a su vez un tercer arbitro neutral. Estos tres arbitros analizaran el caso. Este acuerdo por lo general, ayuda a limitar los costos legales tanto para los pacientes como para los medicos. Ademas, ambas partes se beneficiaran evitando algunas de las dificultades de un juicio y la publicidad que puede acompanar los procedimientos legales.

Nuestro objetivo es, por supuestro, brindar atencion medica de tal manera que no haya necesidad de disputas. Sabemos que todos los problemas empiezan con falta de comunicacion. Por lo tanto, si tiene alguna pregunta acerca del tratamiento que recibe, por favor haganos el favor de traerlo a nuestra atencion.

Luther Mangoba, M.D. Inc.

Paciente

Apellido	Nombre	**Fecha de nacimiento** Sexo F M	Estado Marital Soltero [ ] Divorciado [ ] Casado [ ] Viudo [ ]
Domicilio	Ciudad	Telefono	Seguro Social
Nombre Del Empleador	Domicilio Ciudad	Telefono De Trabajo	Occupacion
Contacto De Emergencia	Domicilio Ciudad	Telefono	Relacion Con Paciente

Azeguranza

Persona Responsable	Fecha De Nacimiento Sexo F M	Relacion al Paciente Paciente Esposo(a) Padre
Domicilio	Telefono De Casa	# De Seguro Social
Nombre De Empleador Domicilio Ciudad	Telefono De Empleador	Occupacion
Aseguradora Plan de Salud	# de Suscriptor	# de Grupo
Direcion de Aseguradora	# de Telefono de Aseguradora	Fecha Efectivo

SECONDARY INSURANCE

Persona Responsable	Fecha de Nacimiento Age Sex	Relacion al Paciente Paciente Esposo(a) Padre
Nombre de Aseguradora Secundaria Plan de Salud	# de Suscriptor	# de Grupo
Direcion de Aseguradora Secunadria	# de Telefono de Asguradora	Fecha Efectivo

Autorizacion de tratamiento:

Yo (o el abajo firmante en nombre del paciente) doy mi consentimiento voluntario para permitir que los médicos y el personal de Luther Mangoba, MD Inc. proporcionen evaluaciones y / o tratamientos de manera ambulatoria continua y como paciente hospitalizado cuando sea necesario, según lo considere necesario y necesario Luther Mangoba, MD Inc. médicos y personal. Me informan que dicho tratamiento puede incluir, entre otros: examen físico, procedimientos de laboratorio, estudios de diagnóstico por imágenes y otros procedimientos de consultorio. Además, si ejecuto cualquier tipo de directiva anticipada para el cuidado de la salud, proporcionaré una copia a Luther Mangoba, MD Inc. Notificaré a Luther Mangoba, MD Inc. de cualquier cambio a la Directiva avanzada y proporcionaré una copia actualizada cada vez que un nuevo La directiva anticipada se ejecuta. Entiendo que se me informará sobre el curso de mi tratamiento y que soy libre de terminar mi tratamiento con Luther Mangoba, M.D. Inc. en cualquier momento.

Firma de paciente, padre o tutor _____ Fecha _____ Relacion a paciente _____

Asignación de beneficios / divulgación de información:

Yo, el abajo firmante, autorizo el pago de beneficios médicos a Luther Mangoba, M.D. Inc. por cualquier servicio que me haya brindado. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cantidad no cubierta por mi seguro. También le autorizo a divulgar a mi compañía de seguros o a su agente información sobre atención médica, asesoramiento, tratamiento o suministros que me proporcionó. Esta información se usará con el propósito de evaluar y administrar reclamos de beneficios

Firma de paciente, padre o tutor _____ Fecha _____ Relacion a paciente _____

Luther Mangoba MD Inc
9041 Magnolia Ave Suite 008
Riverside, CA 92503
(951) 687-0004 phone (951) 687-0080 fax

Mantenimiento de Salud y Historia Medica

Alergias de Drogas	Fecha de registro	Dolor Médico Crónico	Fecha de registro
1		1	
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
7		7	
8		8	
9		9	
10		10	

Cirugias	Fecha de registro	Historia Familiar	Fecha de registro	Idioma Preferido
1		1		
2		2		
3		3		Ocupacion
4		4		
5		5		

Mantenimiento de Salud (introducir fecha)

Pap	Mammo	Examne de Pecho	DRE	FOBT	BE/colonose.	FLP	FBS	Agudeza Visual	Audiometria

Immunizacion (introducir fecha)

Hep B	Hep A	PPV	Td	MMR	Var	PPD		Gripe		

Directivas Avanzadas

El medico o un miembro del personal me ha dado la informacion relativa a las directivas avanzadas. Soy de 18 años o mayor. Tengo la opcion de crear una directiva avanzada para mi salud. Mi medico me ha dado la informacion por escrito sobre estas directivas avanzadas. Yo entiendo que es mi responsabildad proporcionar a mi medico con cual quier documento que sea necesario para llevar acabo mi directiva avanzada. Yo entiendo que la directiva avanzada puede ser cualquiera de los siguientes:
1) Un poder duradero 2) Un testamento en vida 3) Mis deseos escritos en papel para que otros puedan usar el documento al decidir mi tratamiento medico en caso de que no pueda hacerlo.

Firma De Paciente: Fecha:

Luther Mangoba MD inc
REGISTRATION MEDICA

Sr./Sra./Srita._____Fecha:_____

Allergias: ___Ninguna

_____
_____
_____
_____

Cirujias:___Ninguna

_____
_____
_____
_____

Problemas Medicos:___Ninguna

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Medicina:___Ninguna

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Vicios:___Ninguno
Alcohol_____
Cigarillos_____
Otra_____

Luther Mangoba, M.D. Inc.
9041 Magnolia Ave Suite 008
Riverside, CA 92503
Phone (951) 687-0004 Fax (951) 687-0080

Polica de Pago

Gracias por eligirnos como su proveedor de atencion primaria. Nos compromtemos a brindarle calidad y cuidado de salud asequible. Se ha adoptado esta politica de pago para responder a preguntas con respecto al paciente y seguro responsabilidad por los servicios prestados. Por favor de leerlo, preguntanos cualquier dude que tengan y firmar en el espacio. Se proporcionara una copia a usted a peticion.

1. Aseguranza. Participamos en la mayoria de los planes de seguro, incluyendo Medical y Medicare. Si no esta asegurado por un plan que hacemos negocios, pago en total se espera en cada visita. Si esta asegurado por un plan con el que hacemos negocios, pero no tienen una tarjeta actualizada del seguro, el pago complete pora cada visita es necesario hasta que podamos verificar su cobertura. El conocimiento de sus beneficios de su seguro es su responsabildad. Por favor, pongase en contacto con su compania de seguro con qualquier pregunta que pueda tener con respeto a su cobertura.

2. Copagos y Deducible. Todos los copagos y deducibles deberian de estar pagados al tiempo de la visita. Este arreglo es parte de su contrato con su compania de seguro. Fracaso de nuestra parte en recoger el copago y deducible de los pacientes puede ser considerado fraude. Por favor de ayudar nos en apoyando la ley y pagando su copago en cadas visita.

3. Servicios No Cubiertos. Porfavor sea consiente que algunos y quizas todos los servicios que ha recibido no sean cubiertos o no sean considerados razonable o necesarios por su azeguranza. Usted tiene que pagar por estos servicios en total al tiempo de su visita.

4. Preuba de Seguro. Todos los pacientes debe completar nuestra forma de informacion del paciente antes de ver el medico. Necesitamos obtener una copia de su licencia de manejar y su seguro valido y actual para proporcionar prueba de seguro. Si usted falla en proporcionarnos con la informacion de seguro correcto en manera oportuna, usted podria ser responsable del balance del reclamo.

5. Presentación de Reclamaciones. Nosotros enviaremos su reclamo y ayuadermos en cualquier manera que podamos para que le paguen sus reclamos. Su compania de seguro quizas necesite que usted para suministar la información directamente. Es responsabilidad cumplir con sus requisitos. Porfavor sea consiente que el balance de su reclamo es responsabilidad si su compañía de seguros paga o no su reclamo. Su beneficios de seguro es un contrato entre usted y aseguradora; nosotros no somos parte del contrato.

6. **Cambios de Cobertura.** Si su seguro cambia, por favor notifique nos antes de su siguiente visita para que podamos hacer los cambios apropiado para que usted reciba lo maximo de sus beneficios. Si su compania de seguro no paga su reclamo en 45 dias, el balance sera automáticamente facturado a usted.

7. **Falta de Pago.** Si su cuenta tiene mas de 90 dias de retraso, usted recibiera un carta diciendo que tiene 20 dias para pagar su cuenta en total. Pagos parciales no seran aceptados a menos que de otro modo sea negociado. Por favor sea consiente que si el balance sigue sin pagarse, podriamos mandar su cuenta a collecion y usted y su familia inmediata podrian ser descargados de la practica. Si esto pasa, usted sera notificado por correo certificado que tiene 30 dias para buscar cuidado medico alternativo. Durante el periodo de 30 dias, nuestro medico solo podra tratarlo de manera urgente.

Nuestra práctica se compromete a brindar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros cargos son representativos de los cargos usuales y habituales para nuestra área. Gracias por entender nuestra política de pago. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y entiendo la política de pago y acepto cumplir sus directrices:

Nombre del paciente	**Firma del paciente o partido responsable**	**Fecha**

Luther Mangoba MD inc.

PACIENTE PROTOCOLO DE CONTACTO

1. Por favor escriba la dirección de correo electrónico y números de teléfono, en su caso en el que desea recibir llamadas o información sobre las citas que estés, laboratorios o otros problemas de salud que vienen directamente de nuestra oficina Luther Mangoba, MD Inc.

   Inicio Teléfono: _____

   Teléfono del trabajo: _____

   Celular: _____

   E-mail: _____

2. ¿ Pueden dejarse mensajes confidenciales (citas, resultados de exámenes, referencias, etc.) en el contestador automático, el teléfono celular o el correo electrónico?

   Teléfono de la casa: Sí ____ No____

   Teléfono celular: Sí ____ No____

   Correo electrónico: ____ No____

3. Si no tiene un contestador automático, correo de voz o dirección de correo electrónico, podemos dejar un mensaje confidencial en su lugar de trabajo para devolver nuestra llamada:

   Sí ____ No____

4. Enumere a los miembros de la familia u otras personas a quienes podemos informar acerca de su información confidencial, condición, diagnóstico, etc.

   Nombre: _____

Relación_____

   Nombre: _____

Relación_____

   Nombre: _____

Relación_____

5. Escriba la dirección donde desea que todos los estados de cuenta y / se envíen correspondencia de nuestra oficina:

   Calle_____

   Ciudad_____Estado_____ Zip_____

La autorización para dejar mensajes confidenciales en las ubicaciones y con las personas nombradas arriba será válida hasta que se coloque un formulario más reciente en la tabla:

Nombre del pacienete _____

Firma y Fecha _____

LUTHER MANGOBA, MD INC.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha efectiva: 14 de abril de 2003.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL ACERCA DE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.

Respetamos la confidencialidad del paciente y solo divulgamos su información de salud personal de acuerdo con las leyes estatales y federales. Este aviso describe nuestras políticas relacionadas con el uso de los registros de su cuidado generados por el nombre de la práctica

contacto de privacidad del. Si tiene alguna pregunta sobre esta política o sus derechos, comuníquese con nuestra oficina.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Con el fin de brindarle atención de manera efectiva, hay momentos en los que necesitaremos compartir su información personal de salud con otras personas además del Nombre de la práctica. Esto incluye para:

Tratamiento. Con su permiso, podemos usar o divulgar su información personal de salud para proporcionar, coordinar o administrar su atención o servicios relacionados, incluido el intercambio de información con otras personas fuera del Nombre de la práctica con el que estamos consultando o remitiéndose.

Pago. La información se utilizará para obtener el pago por el tratamiento y los servicios prestados. Esto incluirá ponerse en contacto con su compañía de seguro de salud para la aprobación previa del tratamiento planificado o con fines de facturación.

Operaciones de atención médica. Podemos utilizar su información para coordinar nuestras actividades comerciales. Esto puede incluir programar sus citas, revisar su cuidado, capacitar al personal.

Información revelada sin su consentimiento. Bajo las leyes estatales y federales, la información sobre usted puede divulgarse sin su consentimiento en las siguientes circunstancias:

Emergencias. Se puede compartir información suficiente para abordar la emergencia inmediata que enfrenta.

Seguimiento de citas / cuidado. Nos comunicaremos con usted para recordarle citas futuras o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

Como es requerido por la ley. Esto incluiría situaciones en las que tengamos una citación judicial, una orden judicial o el mandato de proporcionar información de salud pública, como enfermedades transmisibles o sospecha de abuso y negligencia, como abuso infantil, abuso de ancianos o abuso institucional.

Médicos forenses, directores de funerarias. Podemos divulgar información de salud personal a un forense o examinador de salud personal y directores de funerarias para el cumplimiento de sus funciones.

Requisitos gubernamentales. Podemos divulgar información a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, inspecciones de investigaciones y licencias. También podría ser necesario compartir información con la Administración de Alimentos y Medicamentos relacionada con eventos adversos o defectos del producto. También estamos obligados a compartir información, si así lo solicita el Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar nuestro cumplimiento con las leyes federales relacionadas con la atención médica.

Actividad criminal o peligro para otros. Si se comete un crimen en nuestras instalaciones o contra nuestro personal, podemos compartir información con las autoridades para detener al delincuente. También tenemos el derecho de involucrar a las autoridades policiales y advertir a las posibles víctimas cuando creemos que un peligro inmediato puede existir para alguien, o si creemos que usted representa un peligro para usted.

Recaudación de fondos. Como proveedor sin fines de lucro de servicios de atención médica, necesitamos ayuda para recaudar dinero para llevar a cabo nuestra misión. Podemos contactarlo para solicitar una donación.

DERECHOS DEL PACIENTE

Usted tiene los siguientes derechos bajo la ley estatal y federal:

Copia de registro. Tiene derecho a inspeccionar el registro de salud personal que nuestra oficina ha generado sobre usted. Es posible que le cobremos una tarifa razonable por copiar y enviar su registro por correo.

Lanzamiento de registros. Puede dar su consentimiento por escrito para la divulgación de sus registros a otros, para cualquier propósito que elija. Esto podría incluir a su abogado, empleador u otras personas que desee conocer su atención. Puede revocar este consentimiento en cualquier momento, pero solo en la medida en que no se haya tomado ninguna acción en relación con su autorización previa.

Restricción en el registro. Puede solicitar que no usemos ni divulguemos parte de la información personal de salud. Esta solicitud debe ser por escrito. Nuestra oficina no está obligada a aceptar su solicitud si consideramos que es lo mejor para usted permitir el uso y la divulgación de la información. Tiene derecho a solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su información médica para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Para solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su información médica, debe hacer su solicitud por escrito, y debe describir de manera clara y concisa: (1) la información que desea restringir; (2) si está solicitando limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién quiere que se apliquen los límites.

Contactando contigo Puede solicitar que enviemos información a otra dirección o por medios alternativos. Respetaremos dicha solicitud siempre que sea razonable y estamos seguros de que es correcta. Tenemos derecho a verificar que la información de pago que nos proporciona sea correcta. Debido a la política de la agencia, no podemos proporcionar información por correo electrónico.

Registro enmendado. Si cree que algo en su registro es incorrecto o está incompleto, puede solicitar que lo enmendemos. Debe hacer su solicitud para modificar su registro por escrito. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud. Si rechazamos su solicitud de modificación, tiene derecho a presentar una declaración y no está de acuerdo con nosotros. A continuación, presentaremos nuestra respuesta y su declaración y nuestra respuesta se agregará a su registro.

Contabilidad de revelaciones. Puede solicitar una lista de cualquier divulgación que hayamos hecho relacionada con su información personal de salud, excepto la información que utilizamos para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica o que compartimos con usted o su familia, o información que nos proporcionó específicamente consiente en liberar. También excluye la información que se nos solicitó que liberamos. Para recibir información con respecto a la divulgación hecha para un período de tiempo específico de no más de seis años y después del 14 de abril de 2003, envíe su solicitud por escrito a nuestra oficina. Le notificaremos el costo involucrado en la preparación de esta lista.

Preguntas y Quejas Si tiene alguna pregunta, desea una copia de esta Política o tiene alguna queja, puede comunicarse con nuestra oficina escrito. También puede presentar una queja al Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que el Nombre de la práctica ha violado sus derechos de privacidad. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Cambios en la política. Practice Name se reserva el derecho de cambiar su política de privacidad en función de las necesidades del nombre de la práctica y los cambios en las leyes estatales y federales.

RECEPCIÓN DEL PACIENTE DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Luther Mangoba, MD Inc.

Nombre del paciente _____

Al firmar abajo, recibir una copia del "Aviso de privacidad" de la práctica médica designada anteriormente, describiendo mi derecho a la privacidad de mi información médica protegida (PHI) bajo la Ley Federal de Privacidad de HIPAA, de la siguiente manera:

- **Cómo se puede usar y divulgar mi PHI,**
- **Mis derechos de privacidad con respecto a mi PHI,**
- **Las obligaciones de la práctica médica con respecto al uso y divulgación de mi PHI.**

_____ _____

Firma del paciente / padre / tutor Fecha