



Formulario de Registro de Pacientes

Fecha de hoy _____

INFORMACIÓN DEL/DE LA PACIENTE

Apellido(s)	Nombre	F	M	Género		Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Idioma preferido		
Dirección de correo electrónico	No. Licencia de conducir		No. Seguro Social			
Teléfono de casa	¿Cuál es el mejor número para contactar con usted?					
Teléfono celular	Empleo	Empleador				
Teléfono del trabajo	Dirección del trabajo	Ciudad	Estado	Código postal		

ESTADO CIVIL DEL/ DE LA PACIENTE

Estado civil	Soltero/a	Casado/a	Divorciado/a	Viudo/a	Género	F	M	Fecha de nacimiento	_____
Apellido(s) de la pareja	Nombre								
Teléfono celular	Teléfono del trabajo		Empleo						
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Idioma preferido					

Dirección de correo electrónico	No. Licencia de conducir		No. Seguro Social					
---------------------------------	--------------------------	--	-------------------	--	--	--	--	--

CONTACTO DE EMERGENCIA

Apellido	Nombre			Relación
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono celular

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del seguro	Número de identificación del seguro		PPO o HMO
Proveedor	Teléfono del Servicio al Cliente		

FUENTE REFERENCIA - ¿Cómo se enteró acerca de nosotros?

Familia/Amigo/a	Nombre		Médico	Nombre	
Google	Yahoo	Bing	AOL	Comunicado de Prensa	Otro

FOR OFFICE USE ONLY

Date: _____ Account # _____ Data Entry By: _____

West Coast Fertility Centers

Derechos y Responsabilidades del Paciente

DERECHOS DEL/DE LA PACIENTE:

Respetamos los derechos de nuestros/as pacientes y reconocemos que cada persona es un individuo con necesidades diferentes. En la medida de lo posible, vamos a ofrecer:

1. Una atención equitativa, imparcial, respetuosa y considerada, por personal competente, en un ambiente seguro.
2. Un tratamiento sin discriminación por motivos de raza, edad, religión, género, orientación sexual, nacionalidad, capacidad de pago o enfermedad. A los/las pacientes se les proporciona la intimidad apropiada en relación con los expedientes médicos y las entrevistas, exámenes, tratamiento y consulta. Tenga la seguridad de que recibirá la intimidad física que se adecue a la atención médica. La información médica no será divulgada sin el consentimiento escrito del/ de la paciente.
3. La oportunidad de participar en las decisiones relacionadas con su atención médica.
4. Información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico a usted o a su designado.
5. Un proceso de consentimiento informado para todos y cada uno de los tratamientos y procedimientos (con la excepción de la atención médica de emergencia). El proceso de consentimiento informado incluye una explicación del tratamiento o procedimiento; los tratamientos o procedimientos alternativos; la intención y las posibles complicaciones del tratamiento o procedimiento; y el resultado esperado.
6. Instrucciones de alta completas y adecuadas después del tratamiento para asegurar la continuidad de la atención.
7. Explicación del costo de las pruebas y el tratamiento y la explicación de su factura.
8. La oportunidad de expresar cualquier preocupación por escrito y recibir una respuesta adecuada.
9. La oportunidad, si lo desea, de formular instrucciones anticipadas y nombrar a otra persona para que tome decisiones de atención médica en la medida permitida por la ley.

RESPONSABILIDADES DEL/ DE LA PACIENTE:

El/la paciente potencial tiene ciertas responsabilidades para asegurarse de que estamos preparados para ofrecerle la atención que necesita.

1. Coopere con los médicos y los proveedores de salud. Todos/as los/las pacientes potenciales, hombres o mujeres, tratados en WCFC deben revelar cualquier condición médica actual o pasada, incluyendo el uso de medicamentos de venta con receta, drogas ilícitas o recreativas, tratamientos de rehabilitación, trastornos psiquiátricos, adicción a las drogas pasadas o presentes. Proporcione a nuestros médicos y personal un historial completo y honesto acerca de enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud. Por favor, sea veraz y preciso/a en toda información que nos proporcione.
2. Todas las personas que se someten a pruebas o tratamientos en WCFC deben presentar una identificación con fotografía, emitida por el gobierno actual, válida, que debe ser aceptable para el personal administrativo.
3. Todos/as los/las pacientes tienen que cumplir con las regulaciones reproductivas legales en California.
4. Todos/as los/las pacientes deben comportarse de una manera profesional, tratando al personal de WCFC con respeto y cortesía. WCFC se reserva el derecho de suspender el servicio a cualquier paciente proporcionando un aviso por adelantado de 30 días.
5. Se espera que llegue puntualmente a las citas o que notifique las cancelaciones oportunamente.
6. Por favor, sea paciente cuando una cita se retrase; tenga en cuenta que puede estar ocurriendo una emergencia.
7. Todas las obligaciones financieras se deben cumplir antes de poder iniciar cualquier tratamiento. Si no está seguro, pregunte.
8. Notifique a WCFC si hay algún problema o insatisfacción con la atención o los servicios.
9. Se les pide a los pacientes con niños que respeten los sentimientos de aquellos que están teniendo problemas de infertilidad. Por favor, lleven a cabo los arreglos necesarios para el cuidado de los niños en su hogar.
10. El tiempo de todos es valioso. Al cancelar una cita, requerimos 48 h de antelación para evitar un cargo de \$100.

Nombre

Firma

Fecha

DAVID G. DIAZ, M.D., Inc.
ACUERDO FINANCIERO Y DE PRIVACIDAD

Gracias por elegir West Coast Fertility Centers para su tratamiento especializado.
Para asegurar la confidencialidad, solo le reportamos los resultados de las pruebas a usted o a su designado/a.

Por favor, denos instrucciones sobre cómo le gustaría recibir los resultados de las pruebas.

Teléfono de casa del paciente _____

Telf. Celular _____

Teléfono de casa de la pareja _____

Telf. Celular _____

LOS RESULTADOS Y RECOMENDACIONES PUEDEN SER REPORTADAS A:

AMBOS MIEMBROS DE LA PAREJA **SÍ** **NO**

En caso negativo, indique el nombre y los números de teléfono de la persona que desea que reciba los resultados de las pruebas.

Nombre	Teléfono de casa	Teléfono celular
---------------	-------------------------	-------------------------

¿Tiene alguna Instrucción Anticipada? **Sí** **No**

En caso afirmativo, por favor, proporcione una copia a nuestra oficina. West Coast Fertility Centers **respetará** las Instrucciones Anticipadas de la elección del paciente.

ACUERDO FINANCIERO: Autorizo a David G. Diaz, MD, Inc. y al personal a llevar a cabo las recomendaciones de las pruebas y el tratamiento. Entiendo que puedo hacer preguntas acerca de mis pruebas, tratamiento, riesgos, complicaciones y las opciones de tratamiento.

Acepto toda la responsabilidad por el pago de los servicios que me son prestados y estoy de acuerdo en pagar por ellos en su totalidad EN EL MOMENTO DEL SERVICIO, a menos que se hagan otros arreglos por adelantado con la oficina. Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad de todos y cada uno de los gastos ocasionados por los servicios prestados. Si se requiere cirugía, autorizo cualquier pago de beneficios médicos a DGD MD Inc. Entiendo que cualquier pago pendiente, independientemente del pago de seguro, es mi responsabilidad. Una fotocopia de esta firma es tan válida como el original. También autorizo al médico a divulgar cualquier información necesaria para procesar las reclamaciones del seguro.

He recibido una copia de los derechos y responsabilidades del paciente.

Firma del paciente	Nombre Impreso	Fecha
---------------------------	-----------------------	--------------

Firma de la pareja	Nombre Impreso	Fecha
---------------------------	-----------------------	--------------

DAVID G. DIAZ, M.D., Inc.
ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO-PACIENTE

ARTÍCULO 1: Acuerdo de arbitraje: Se entiende que cualquier disputa en cuanto a negligencia médica o en cuanto a si algún servicio médico prestado en virtud de este contrato fue innecesario, no autorizados, indebido, negligente o incompetente, será determinado por la sumisión a arbitraje conforme a lo dispuesto por la ley de California, y no mediante juicio o proceso judicial, salvo como dispone la ley de California, para la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, están renunciando a sus derechos constitucionales a solucionar esta disputa en un tribunal de justicia ante un jurado y, en su lugar, aceptan el uso del arbitraje.

ARTÍCULO 2: Todos los reclamos deberán ser arbitrados: Es la intención de las partes que este acuerdo obligue a todas las partes en los reclamos que surjan de o estén relacionados con el tratamiento o servicio proporcionado por el médico incluyendo el cónyuge o los herederos del paciente y los hijos, ya nacidos o por nacer, en el momento del acontecimiento que dio lugar a cualquier reclamación. En el caso de una madre embarazada, el término "paciente" en este documento significa tanto la madre como el hijo/a que espera o los hijos/as. Todas las reclamaciones por daños y perjuicios que excedan el límite jurisdiccional de la corte de reclamos menores contra el médico y los socios del médico, asociados, asociación, corporación o sociedad, y los empleados, agentes y estamentos de cualquiera de ellos, deben ser arbitradas, incluyendo, sin limitación, las reclamaciones por pérdida de consorcio, muerte por negligencia, estrés emocional o daños punitivos. La presentación de cualquier acción en cualquier tribunal, por el médico, para recaudar cualquier honorario del /de la paciente no implica renunciar al derecho de recurrir al arbitraje de cualquier demanda por negligencia.

ARTÍCULO 3: Procedimientos y legislación aplicable: Una demanda de arbitraje deberá ser comunicada por escrito a todas las partes. Cada parte designará un árbitro (árbitro de parte) en el transcurso de treinta días, y un tercer árbitro (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes en treinta días a partir de la demanda de un árbitro neutral por cualquiera de las partes. Cada parte del arbitraje deberá pagar la parte proporcional 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 honorarios de abogados u honorarios de testigos u otros gastos incurridos por una parte en beneficio propio de dicha parte. Las partes acuerdan que los árbitros tienen la inmunidad de un funcionario judicial en la responsabilidad civil cuando actúa en calidad de árbitro en virtud de este contrato. Esta inmunidad complementa, y no reemplaza, cualquier otra ley estatutaria o de derecho común. Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de arbitrar por separado las cuestiones de la responsabilidad y los daños, a petición por escrito al árbitro neutral. Las partes aceptan la intervención y acumulación de partes en el presente arbitraje de cualquier persona o entidad, que de otro modo sería una parte adicional apropiada en una acción judicial, y ante tal intervención y acumulación se suspenderá cualquier acción legal existente contra tal persona adicional o entidad a la espera de arbitraje. Las partes convienen en que las disposiciones de la ley de California aplicables a los proveedores médicos se aplicarán a las disputas dentro de este acuerdo de arbitraje, incluyendo, pero no limitado a, el Código de Procedimiento Civil Secciones 340.5 y 667.7 y secciones del Código Civil 3333.1 y 3333.2. Cualquiera de las partes podrá someter a los árbitros una moción de juicio sumario o resumen de adjudicación de conformidad con el Código de Procedimiento Civil. El descubrimiento se llevará a cabo de conformidad con el Código de Procedimiento Civil, sección 1283.5; Sin embargo, las deposiciones pueden ser tomadas sin aprobarse antes del árbitro neutral.

ARTÍCULO 4: Disposiciones generales: Todos los reclamos basados en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas serán arbitrados en un solo procedimiento. Se renunciará a una reclamación y ésta quedará prohibida para siempre si (1) en la misma fecha que se reciba la notificación, la reclamación, si se mantiene en una acción civil, sería excluida por la ley de California de prescripción aplicable, o (2) el demandante no ejerce la demanda de arbitraje de conformidad con los procedimientos establecidos en el presente documento con razonable diligencia. Con respecto a cualquier asunto no previsto expresamente en este documento, los árbitros se regirán por el Código de California de las disposiciones Procedimiento Civil relativas al arbitraje.

ARTÍCULO 5: Revocación: Este acuerdo puede ser revocado mediante notificación escrita entregada al médico hasta 30 días después de la firma. Es la intención de este acuerdo que aplique a todos los servicios médicos prestados en cualquier momento para cualquier condición.

ARTÍCULO 6: Efecto retroactivo: Este acuerdo cubrirá los servicios prestados antes de la fecha de su firma (incluyendo, pero no limitado a, el tratamiento de emergencia). Si alguna disposición de este acuerdo de arbitraje se considera inválida o inejecutable, las provisiones restantes permanecerán en plena vigencia y no se verán afectadas por la nulidad de cualquier otra disposición.

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este acuerdo de arbitraje. Al firmar abajo, reconozco que he recibido una copia. AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED ACEPTA QUE CUALQUIER PROBLEMA DE NEGLIGENCIA MÉDICA SERÁ DECIDIDO POR ARBITRAJE NEUTRAL Y USTED RENUNCIA A SU DERECHO A UN JURADO O TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA. VER ARTÍCULO 1 DEL PRESENTE CONTRATO.

Firma del Paciente o del Representante del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente en Imprenta (Si es representante, nombre en imprenta y relación con el paciente)

A signed copy of this document is to be given to the patient. Original is to be filed in patient's medical records.

David G. Diaz, MD, Inc.

Physician's or Authorized Representative's Signature

Date

West Coast Fertility Centers
Formulario de Admisión de Pacientes

	OFFICE STAFF USE
	B/P : _____ GRAV : _____
	LMP : _____ PARA : _____
	CD : _____ SAB : _____
	Wt : _____ TAB : _____
	BMI : _____ ECTOPIC : _____

HISTORIAL DE LA PACIENTE

NOMBRE DE MUJER: _____

EDAD: _____ ALTURA: _____ ORIGEN ÉTNICO: _____

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS A LOS QUE TIENE ALERGIA Y SUS REACCIONES: _____

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE: _____

¿AÑOS CON PAREJA? _____ ¿AÑOS DE SEXO SIN PROTECCIÓN? _____ ¿PROBADO? Pareja actual Pareja previa

ENUMERE CUALQUIER COMPLIACIÓN DURANTE EMBARAZOS O PARTOS: _____

HISTORIAL GINECOLÓGICO

¿INICIO DEL PERIODO MENSTRUAL MÁS RECIENTE? _____

¿CUÁNTOS DÍAS DURAN SUS PERÍODOS MENSTRUALES? _____

¿CUÁNTOS DÍAS PASAN DESDE EL INICIO DE UN PERIODO Y EL SIGUIENTE? _____

NIVEL DE DOLOR (0 - 10): _____

¿DOLOR DURANTE EL COITO? _____

ÚLTIMO PAPANICOLAU (Fecha/ Resultado): _____

HISTORIAL MÉDICO

POR FAVOR, EXPLIQUE CUALQUIER CONDICIÓN MÉDICA QUE TENGA _____

ENUMERE CON FECHA TODAS LAS CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS PASADOS (Mayores y menores): _____

EMPLEO: _____ NIVEL DE ESTRÉS: _____

EJERCICIO (Tipo / Frecuencia): _____

¿FUMA? _____ SI FUMA, ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS AL DÍA? _____

¿BEBE? _____ SI BEBE, ¿CUÁNTAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS AL DÍA? _____

HISTORIAL FAMILIAR

¿CUÁNTOS HERMANOS TIENE? _____

¿CUÁNTAS HERMANAS TIENE? _____

¿SUS HERMANAS Y HERMANOS TIENEN HIJOS? _____

EDAD Y ESTADO DE SALUD DE LA MADRE: _____

EDAD Y ESTADO DE SALUD DEL PADRE: _____

HISTORIAL FAMILIAR DE CÁNCER: _____

EXPLIQUE EL HISTORIAL FAMILIAR DE DEFECTOS GENÉTICOS O DE NACIMIENTO: _____

ANTERIORES PRUEBAS/ TRATAMIENTOS DE INFERTILIDAD

CAUSA DE LA INFERTILIDAD Y TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD (Fechas / Tipo de procedimiento / Resultados): _____

HYSTEROSCOPY (Date / Result): _____

HYSTEROSALPINGOGRAM (Date / Result): _____

CYCLE DAY 3 **HORMONES**: DATE _____ FSH _____ LH _____ E2 _____ TSH _____

HISTORIAL DE LA PAREJA

NOMBRE DE HOMBRE: _____

EDAD: _____ ORIGEN ÉTNICO: _____

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS A LOS QUE TIENE ALERGIA Y SUS REACCIONES: _____

EMBARAZOS INICIADOS CON LA PAREJA ACTUAL: _____ ¿PAREJA ANTERIOR? _____

¿PROBADO? Pareja actual Pareja anterior

HISTORIAL MÉDICO

POR FAVOR, EXPLIQUE CUALQUIER PROBLEMA MÉDICO QUE TENGA _____

POR FAVOR, ENUMERE CON FECHA TODAS LAS CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS PASADOS (Mayores y menores): _____

EMPLEO: _____ NIVEL DE ESTRÉS: _____

¿USA JACUZZI? _____

EJERCICIO (Tipo / Frecuencia): _____

¿FUMA? _____ SI FUMA, ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS AL DÍA? _____

¿BEBE? _____ SI BEBE, ¿CUÁNTAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS AL DÍA? _____

HISTORIAL FAMILIAR

¿CUÁNTOS HERMANOS TIENE? _____

¿CUÁNTAS HERMANAS TIENE? _____

¿SUS HERMANAS Y HERMANOS TIENEN HIJOS? _____

EDAD Y ESTADO DE SALUD DE LA MADRE: _____

EDAD Y ESTADO DE SALUD DEL PADRE: _____

EXPLIQUE EL HISTORIAL FAMILIAR DE DEFECTOS GENÉTICOS O DE NACIMIENTO: _____

SEMEN ANALYSIS DATE: _____

CONCENTRATION: _____

MOTILITY: _____

MORPHOLOGY: _____

PROGRESSION: _____ VOL: _____

INTAKE BY: _____

PHYSICAL EXAMINATION

HABITUS: _____

SKIN: WNL _____ OTHER _____

THYROID: WNL _____ OTHER _____

ABD: WNL _____ OTHER _____

PELVIC: BUS - WNL _____ OTHER _____

MANUAL: WNL _____ OTHER _____

ULTRASOUND: _____

IMPRESSION: _____

PLAN: _____

