



**NewportCare®**  
**MEDICAL GROUP**  
 NEWPORT BEACH - ORANGE  
 COSTA MESA - LONG BEACH  
 MISSION VIEJO - RIVERSIDE

**INFORMACION DEL PACIENTE  
 PARA ARCHIVOS MEDICOS**

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Número Código Postal \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Número de Licencia de Conducir \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_

Casado                       Soltero                       Divorciado                       Viudo

**DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO:** \_\_\_\_\_

**Conyuge / o Padre Responsable** \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Número de Licencia de Conducir \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia persona que no Vive con Usted:**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

• Por favor complete si el paciente es menor de 21 años de edad o un estudiante

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Nombre de la Madre \_\_\_\_\_

Trabajo del Padre \_\_\_\_\_ Trabajo de la Madre \_\_\_\_\_

Empleador del Padre \_\_\_\_\_ Empleador de la Madre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

**Información del Seguro Médico**

**Suscriptor Principal de Seguros** \_\_\_\_\_ **Segundo Suscriptor del Seguro** \_\_\_\_\_

Empresa de Seguros \_\_\_\_\_ Empresa de Seguros \_\_\_\_\_

Número de Identificación \_\_\_\_\_ Número de Identificación \_\_\_\_\_

Número de Grupo \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_



**HISTORIA DEL PACIENTE  
 PARA ORTOPEDICOS**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_  
 Referido a esta oficina por: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Doctor de Familia: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_  
 Queja Principal: \_\_\_\_\_  
 Está su condición relacionada a un accidente o lesión?  Yes  No  
 Está el accidente/lesión relacionado con un  Auto  Trabajo Otro: \_\_\_\_\_  
 Fecha de accidente/lesión \_\_\_\_\_ Cual es su manodominante?  Mano Derecha  Mano Izquierda  
 Inyección:  Yes  No Ocupación: \_\_\_\_\_ Pasatiempo Favorito: \_\_\_\_\_  
 Ha tenido: Fisioterapia  Yes  No Uso de dispositivos de asistencia: \_\_\_\_\_  
 Ha obtenido un:  CT Scan  MRI  X Rays Other: \_\_\_\_\_

**Historia Médica Corriente/Pasada:**  
 Ninguna  Asma  Cancer  Enfermedad del Corazón  Insuficiencia Cardiaca  
 Enfermedad de Pulmon  Derrame Cerebral  GERD (Reflujo Gastroesofágico)/Acidez  Hipertensión  Convulsión  
 Diabetes  Otro: \_\_\_\_\_

**Historia Quirúrgica Pasada:**  Ninguna Otra: \_\_\_\_\_  
**Historia Familiar:**  No contributivo Otro: \_\_\_\_\_

**Historia Social:**  
 Ninguna  Fumador: \_\_\_\_\_ paquete/día/Años Uso recreativo de drogas  
 Alcohol  a diario  semanalmente  Mensualmente  Raramente

**Revisión de Sistemas:** Todos los sistemas negativos, excepto como se indica a continuación  
 General:  Fatiga  Pérdida de peso inesperada  
 Ojo  Vista nublada  Otro: \_\_\_\_\_  
 ENT  Dolor de Garganta  Drenaje nasal/Congestión Otro: \_\_\_\_\_  
 Pulmonario  Tos  Espujo Otro: \_\_\_\_\_  
 Cardiovascular  Dolor de Pecho  Dificultad para respirar Otro: \_\_\_\_\_  
 GI  Dolor Abdominal  Nausea/vomitando  Incontinencia Otro: \_\_\_\_\_  
 Piel Erupción cutánea  Other: \_\_\_\_\_  
 Genitourinario:  Problemas Urinarios  Descarga abdominal  Incontinencia Otro: \_\_\_\_\_  
 Psicoanalizar  Depresión  Ansiedad Otro: \_\_\_\_\_  
 Hematología  Hematomas (Moretes) Otro: \_\_\_\_\_  
 Endocrino  Temperature Intolerante Otro: \_\_\_\_\_  
 Sistema Inmune  Estado de Asfixia despues de Exposición Ambiental Other: \_\_\_\_\_

Anote todos sus medicamentos corrientes: \_\_\_\_\_ Anote todas sus alergias: \_\_\_\_\_

Información de contacto de farmacia: \_\_\_\_\_



**NewportCare®**

**MEDICAL GROUP**

NEWPORT BEACH - ORANGE

COSTA MESA - LONG BEACH

MISSION VIEJO - RIVERSIDE

## HISTORIA DEL PACIENTE PARA ORTOPEDICOS

Questionario General del Nuevo Paciente Para el Dr. Foster: Fecha \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

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

1. Que parte del cuerpo esta siendo evaluado? \_\_\_\_\_

2. Hace cuanto tiempo ha tenido dolor en esa área: \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Años

3. Tubo una lesión?  Sí  No Describir (Incluir fecha de lesión)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Lo vieron en la sala de Emergencia?  Sí  No

Ubicación del local: \_\_\_\_\_

5. Previos tratamientos recibidos:  Inyecciones  Narcóticos  Tylenol  Cirugía

Medicamentos Antiinflamatorios  Yeso  Muletas  Ferulas o Frenillos  Fisioterapia

6. El dolor irradia?  Sí  No En donde irradia?

\_\_\_\_\_

7. Tipo de dolor:  Agudo  Sordo/dolorido  Hormigueo/Eléctrico  Ardor  Palpitante

8. Gravedad del dolor en escala de 0 – 10 (0 Ninguno, 10 Máximo)

9. Nivel de discapacidad:  Ninguno  Leve/Ocacional  Leve, sin efectos durante mis actividades

Moderado pero tolerable  Marcado con serias limitaciones  Totalmente incapacitante

10. Alguna lesión previa a la área afectada?  Sí  No (Describir) \_\_\_\_\_

11. Factores agravadores: \_\_\_\_\_

12. Factores aliviantes: \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

**NOTA AL PACIENTE:** hay riesgos involucrados en cualquier procedimiento o tratamiento. No es posible garantizar o dar seguridad de un resultado exitoso. Es importante que usted entienda y acepte claramente la cirugía o tratamiento planeado. Autorizo a los proveedores de cuidado de Newport Care y a tales médicos, asociados, asistentes, y otro personal o el hospital o centro médico elegido por el o ella para realizar la práctica de la medicina con la intención de mejorar my bienestar general, como se discute conmigo. En el momento del tratamiento, autorizo cualquier otro procedimiento que en su juicio pueda ser aconsejable a mi bienestar, incluyendo los procedimientos que se consideren médicamente recomendables para remediar las condiciones descubiertas durante el procedimiento.

**RIESGOS Y COMPLICACIONES GENERALES:** estoy satisfecho con mi comprensión de los riesgos y complicaciones mas comunes del tratamiento o procedimiento que me describen en la discusión con mi proveedor. Estos riesgos incluyen, sin embargo, no se limitan a, el riesgo de sangrado, infección, dolor, lesiones a las estructuras neurovasculares que controlan la sensación, la función motora y la viabilidad de la región de procedimiento, así como los riesgos de la anestesia y la muerte.

**RIESGOS Y COMPLICACIONES ESPECIFICOS:** estoy satisfecho con mi comprensión de los riesgos específicos de este procedimiento o tratamiento tal como se me ha descrito en la discusión con mi proveedor.

**METODOS ALTERNATIVOS DE TRATAMIENTO:** estoy satisfecho con mi comprensión de los procedimientos alternativos o tratamientos y sus posibles beneficios y riesgos como se me ha descrito en la discusión con mi proveedor.

**NINGUN TRATAMIENTO:** estoy satisfecho con mi comprensión de las posibles consecuencias, resultados o riesgos si no se presta ningún tratamiento. También entiendo que ningún tratamiento es siempre una opción si no quiero tomar en cuenta los riesgos de procedimiento/tratamiento antes mencionados.

**SEGUNDA OPINION:** se me ha ofrecido la oportunidad de buscar una segunda opinión sobre el tratamiento o procedimiento propuesto.

**PROCEDIMIENTOS ADICIONALES O DIFERENTES DURANTE EL CUIDADO Y EL TRATAMIENTO:** entiendo que pueden surgir condiciones que no están previstas en este momento y que puede ser necesario y recomendable realizar operaciones y procedimientos diferentes de, o además, del procedimiento descrito. Autorizo y consiento el desempeño de las operaciones y procedimientos adicionales o diferentes que se consideren necesarios y recomendables.

**OTROS SERVICIOS:** doy mi consentimiento para el desempeño de los servicios de patología y radiología según sea necesario y además autorizo la eliminación de cualquier tejido cortado, hardware (postizo) o miembro, de acuerdo con la práctica hospitalaria o de instalaciones médicas consuetudinarias.

**FOTOGRAFIA:** consiento en fotografiar, filmar o grabar en video el tratamiento o procedimiento para uso educacional o diagnóstico.

**NO HAY GARANTIAS:** entiendo que hay riesgos involucrados en cualquier procedimiento o tratamiento, y no es posible garantizar o dar seguridad de un resultado exitoso.

**OTRAS PREGUNTAS:** estoy satisfecho con mi comprensión de la naturaleza del procedimiento o los tratamientos y todas mis preguntas adicionales sobre el tratamiento o el procedimiento han sido contestados.

**He leído esta forma a fondo.**

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ AM/PM

ESCRIBA NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ (Del Paciente, Padre, o Guardian Legal)

TRADUCIDO POR (SI ESTO APLICA): \_\_\_\_\_

MEDICO: \_\_\_\_\_

TESTIGO: \_\_\_\_\_

## PHYSICIAN-PATIENT ARBITRATION AGREEMENT

**Article 1: Agreement to Arbitrate:** It is understood that any dispute as to medical malpractice, that is as to whether any medical services rendered under this contract were unnecessary or unauthorized or were improperly, negligently, or incompetently rendered, will be determined by submission to arbitration as provided by California law, and not by a lawsuit or resort to court process except as California law provides for judicial review of arbitration proceedings. Both parties to this contract, by entering into it, are giving up their constitutional rights to have any such dispute decided in a court of law before a jury, and instead are accepting the use of arbitration.

**Article 2: All Claims Must be Arbitrated:** It is the intention of the parties that this agreement bind all parties whose claims may arise out of or relate to treatment or service provided by the physician including any spouse or heirs of the patient and any children, whether born or unborn, at the time of the occurrence giving rise to any claim. In the case of any pregnant mother, the term "patient" herein shall mean both the mother and the mother's expected child or children.

All claims for monetary damages exceeding the jurisdictional limit of the small claims court against the physician, and the physician's partners, associates, association, corporation or partnership, and the employees, agents and estates of any of them, must be arbitrated including, without limitation, claims for loss of consortium, wrongful death, emotional distress or punitive damages. Filing of any action in any court by the physician to collect any fee from the patient shall not waive the right to compel arbitration of any malpractice claim.

**Article 3: Procedures and Applicable Law:** A demand for arbitration must be communicated in writing to all parties. Each party shall select an arbitrator (party arbitrator) within thirty days and a third arbitrator (neutral arbitrator) shall be selected by the arbitrators appointed by the parties within thirty days of a demand for a neutral arbitrator by either party. Each party to the arbitration shall pay such party's pro rata share of the expenses and fees of the neutral arbitrator, together with other expenses of the arbitration incurred or approved by the neutral arbitrator, not including counsel fees or witness fees, or other expenses incurred by a party for such party's own benefit. The parties agree that the arbitrators have the immunity of a judicial officer from civil liability when acting in the capacity of arbitrator under this contract. This immunity shall supplement, not supplant, any other applicable statutory or common law.

Either party shall have the absolute right to arbitrate separately the issues of liability and damages upon written request to the neutral arbitrator.

The parties consent to the intervention and joinder in this arbitration of any person or entity which would otherwise be a proper additional party in a court action, and upon such intervention and joinder any existing court action against such additional person or entity shall be stayed pending arbitration.

The parties agree that provisions of California law applicable to health care providers shall apply to disputes within this arbitration agreement, including, but not limited to, Code of Civil Procedure Sections 340.5 and 667.7 and Civil Code Sections 3333.1 and 3333.2. Any party may bring before the arbitrators a motion for summary judgment or summary adjudication in accordance with the Code of Civil Procedure. Discovery shall be conducted pursuant to Code of Civil Procedure Section 1283.05, however, depositions may be taken without prior approval of the neutral arbitrator.

**Article 4: General Provisions:** All claims based upon the same incident, transaction or related circumstances shall be arbitrated in one proceeding. A claim shall be waived and forever barred if (1) on the date notice thereof is received, the claim, if asserted in a civil action, would be barred by the applicable California statute of limitations, or (2) the claimant fails to pursue the arbitration claim in accordance with the procedures prescribed herein with reasonable diligence. With respect to any matter not herein expressly provided for, the arbitrators shall be governed by the California Code of Civil Procedure provisions relating to arbitration.

**Article 5: Revocation:** This agreement may be revoked by written notice delivered to the physician within 30 days of signature. It is the intent of this agreement to apply to all medical services rendered any time for any condition.

**Article 6: Retroactive Effect:** If patient intends this agreement to cover services rendered before the date it is signed (including, but not limited to, emergency treatment) patient should initial below:

Effective as of the date of first medical services

\_\_\_\_\_  
Patient's or Patient Representative's Initials

If any provision of this arbitration agreement is held invalid or unenforceable, the remaining provisions shall remain in full force and shall not be affected by the invalidity of any other provision.

I understand that I have the right to receive a copy of this arbitration agreement. By my signature below, I acknowledge that I have received a copy.

**NOTICE: BY SIGNING THIS CONTRACT YOU ARE AGREEING TO HAVE ANY ISSUE OF MEDICAL MALPRACTICE DECIDED BY NEUTRAL ARBITRATION AND YOU ARE GIVING UP YOUR RIGHT TO A JURY OR COURT TRIAL. SEE ARTICLE 1 OF THIS CONTRACT.**

By: \_\_\_\_\_  
Physician's or Authorized Representative's Signature      Date

By: \_\_\_\_\_  
Patient's or Patient Representative's Signature      Date  
By: \_\_\_\_\_  
Print Patient's Name

**NewportCare Medical Group**

\_\_\_\_\_  
Print or Stamp Name of Physician,  
Medical Group, or Association Name

\_\_\_\_\_  
(If Representative, Print Name and Relationship to Patient)