

## HIPPA FORMA PACIENTE DEL CONSENTIMIENTO

Nuestro aviso de las prácticas de la aislamiento proporciona la información sobre cuántos podemos utilizar y divulgar la información protegida de la salud sobre usted. El aviso contiene una sección paciente de las derechas que describe las sus derechas bajo ley. Usted tiene la derecha de repasar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia revisada entrando en contacto con nuestra oficina.

Usted tiene la derecha de solicitar que restringimos cómo la información protegida de la salud sobre usted se utiliza o se divulga para el tratamiento, el pago, o las operaciones del cuidado médico. Nos no requieren convenir esta restricción, sino que si lo hacemos, honraremos ese acuerdo.

Firmando esta forma, usted consiente a nuestro uso y acceso de la información protegida de la salud sobre usted para el tratamiento, el pago y las operaciones del cuidado médico. Usted tiene la derecha de revocar este consentimiento, en la escritura, firmada por usted. Sin embargo, tal revocación no afectará ninguna accesos que hemos hecho ya en confianza en usted consentimiento previo. La práctica proporciona esta forma para conformarse con la portabilidad del seguro médico un acto de la responsabilidad de 1996 (HIPAA).

### El paciente entiende eso: .

- La información protegida de la salud se puede divulgar o utilizar para el tratamiento, el pago, o las operaciones del cuidado médico.
- La práctica tiene un aviso de las prácticas de la aislamiento y ésa el paciente tiene la oportunidad de repasar este aviso.
- La práctica reserva la derecha de cambiar el aviso de las prácticas de la aislamiento.
- El paciente tiene la derecha de restringir las aplicaciones de su información pero la práctica no tiene que convenir esas restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento en la escritura en cualquier momento y todos los accesos futuros entonces cesarán.
- La práctica puede condicionar el recibo del tratamiento sobre la ejecución de este consentimiento.

**Esta forma fue firmada por:**

\_\_\_\_\_

Printe el nombre- Paciente o Representante

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma

Fecha

Relacion al paciente  
(si no es el paciente):

**Testigo:**

\_\_\_\_\_

Printe el nombre

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma

Fecha

## ACUERDO DE ARBITRAJE DE PHYSICIAN-PATIENT

Artículo 1: Acuerdo de arbitrar: Se entiende que cualquiera disputa en cuanto a negligencia médica, eso es si cualquier servicio médico rendido bajo este contrato era innecesario o desautorizado o fue rendido incorrectamente, negligente, o incompetentemente, será determinado por la sumisión al arbitraje en la manera prevista por la ley de California, y no por un pleito o un recurso de cortejar proceso a menos que como California la ley prevea procedimientos judiciales de la revisión o del arbitraje. Ambas partes a este contrato, entrando en él, están dando encima de las sus derechas constitucionales para tener cualquier conflicto decidido sobre una corte de la ley ante un jurado, y en lugar de otro están aceptando el uso del arbitraje.

Artículo 2: Todas las demandas deben ser arbitradas: Es la intención de los partidos que este lazo del acuerdo todos los partidos fuera de las cuales demandas puedan presentarse o relacionado con el tratamiento o mantener proporcionado por el médico incluyendo cualquier esposo o heredero del paciente y de cualesquiera niños, si bron o unborn, a la hora de la ocurrencia que da lugar a cualquier demanda. En el caso de cualquier madre embarazada, el término "paciente" adjunto significará a madre y el niño previsto o los niños de la madre.

Todas las demandas para los daños monetarios que exceden el límite jurisdiccional de la corte pequeña de las demandas contra el médico, y los socios del médico, asociados, asociación, corporación o sociedad, y los empleados, los agentes y los estados de cualesquiera si, se deben arbitrar incluyendo, sin la limitación, las demandas para la pérdida de consorcio, muerte ilícita, señal de socorro emocional o los daños punitivos. La limitadura de ninguna corte del médico para recoger ningún honorario del paciente no renunciará la derecha de obligar el arbitraje de ninguna demanda de la negligencia.

Artículo 3: Procedimientos y ley aplicable: Una demanda para el arbitraje debe comunicarse en escribir a todos los partidos. Cada partido seleccionará a árbitro (árbitro del partido) en el plazo de treinta días y a los árbitros seleccionará a un tercer árbitro (árbitro neutral) designados por los partidos en el plazo de treinta días de una demanda para un árbitro neutral por cualquier parte. Cada partido al arbitraje pagará la favorable parte del rata de tal partido de los costos y de los honorarios del árbitro neutral, junto con otros costos del arbitraje incurrido en o aprobado por el árbitro neutral, no incluyendo honorarios de los consejos u honorarios del testigo, u otros costos incurridos en por un partido propia ventaja de tal partido. Los partidos convienen que los árbitros tienen la inmunidad de un oficial judicial de la responsabilidad civil al actuar en la capacidad del árbitro bajo este contrato. Esta inmunidad suplirá, nit suplanta, cualquier otra ley estatutaria o común aplicable.

Cualquier parte hará que el ti derecho absoluto arbitre por separado las aplicaciones la responsabilidad y daños por requerimiento escrito al árbitro neutral.

Los partidos consienten a la intervención y al joinder en este arbitraje de cualquier persona o de la entidad que sería de otra manera un partido adicional apropiado en una acción legal, y sobre tal intervención y joinder cualquier acción legal existente contra tal persona o entidad adicional será permanecida hasta que finalice el arbitraje.

Los partidos convienen que las provisiones de la ley de California aplicables a los abastecedores del cuidado médico se aplicarán a los conflictos dentro de este acuerdo de arbitraje, incluyendo, pero no limitado a, del código de la sección civil 340.5 y 667.7 y secciones 3333.1 y 3333.2 del procedimiento del código civil. Cualquier partido puede traer antes de los arbitrajes un movimiento para el juicio sumario o el juicio del resumen de acuerdo con el código del procedimiento civil. El descubrimiento será conducido conforme a código de la sección civil 1283.05 del procedimiento, sin embargo, las deposiciones se pueden tomar sin la aprobación anterior del árbitro neutral.

Artículo 4: Disposiciones Generales: Todas las demandas basadas sobre el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas serán adentro una vez el proceder arbitrado. Una demanda será renunciada y barrada por siempre si (1) fecha el aviso de eso se recibe, la demanda, si está afirmada en una acción civil, sería barrada por el estatuto aplicable de California de limitaciones, o (2) el demandante no puede perseguir la demanda del arbitraje



# Michael T. Lin, MD

Dermatology and Laser Surgery  
www.DrMichaelLin.com

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

Fecha: \_\_\_\_\_

(CC) Razón de la visita: \_\_\_\_\_

Área de la Piel Implicada: \_\_\_\_\_

Cuánto tiempo: \_\_\_\_\_

Síntomas Asociados: 1) \_\_\_\_\_

-> Severidad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tiene Usted Dolor? 2) \_\_\_\_\_

-> Severidad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tiene Usted Comeson? 3) \_\_\_\_\_

-> Severidad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tratamientos Anteriores: 1) \_\_\_\_\_

-> Eficacia: Ningunos Bueno Justo Pobre

2) \_\_\_\_\_

-> Eficacia: Ningunos Bueno Justo Pobre

Otro: \_\_\_\_\_

## Revisión de sistemas:

## Historia Médica:

Estado De Salud General (Círculo Uno)

Buen Excelente Muy Bueno Justo Pobre

	Si	NO
Problemas Del Acné		
Dificultades De Respiración		
Problemas o síntomas cardiovasculares del pecho		
Actualmente embarazado (espacio en blanco masculino de la licencia)		
Descoloración		
Piel seca		
Marcapasos		
Enfermedad Reciente		

	Si	NO
Diabetes		
Eczema		
Hepatitis C		
HIV/SIDA		
Psoriasis		
Cáncer De la Piel		
Úlceras Del Estómago		
Tuberculosis		

Describa las condiciones comprobadas sí arriba y/o otros problemas médicos (si es aplicable):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historia De Cirugía (describa por favor) (qué año?):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

familiares del cáncer de la piel y/o enfermedad de la piel (describa por favor):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Historia social

Usted utiliza: Alcohol: Sí No

Socialmente Debesencuando Mucho

Tabaco: Si No

Cuantos Paquetes fuma por semana: \_\_\_\_\_

Drogas: Si No

A esta sobre expuesto al sol: Si No

Alergias (alergias incluyendo a las medicaciones) (síntomas de la alergia?):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicaciones que son tomadas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Asistente:

Fecha: