

Ruben M. Ruiz, III M.D.

Registro De Paciente

Fecha: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: (____) _____ Casa Celular Correo Electrónico: _____

Cual es la major manera de comunicarnos: Texto Casa Correo Electrónico

Sexo: Masculino Femenino

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Menor de edad

Idioma Preferido: _____ Raza: _____

Origen Etnico: _____ Religión: _____

Fuma: Nunca a Fumado Todos los Días Cada Otro Día Ex Fumador

Frecuencia: 1 Paquete Diario 2 Paquetes Diarios Otro: _____

Forma De Pago (marque todas las que apliquen):

Efectivo/ Privado Seguro Medical Medicare Medical y Medicare

Nombre Del Seguro: _____ Grupo #: _____

Nombre Del Asegurado: _____ Nombre del Dependiente: _____

En Caso De Emergencia:

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Número de Teléfono: _____ casa celular

3012 N. San Gabriel Blvd.
Rosemead, Ca 91770

3342 Whittier Blvd.
Los Angeles, Ca 90023

Reason for Visit

What brings you to the office today?

Current Medications

What medications are you currently taking?

Name _____

Dosage _____ Frequency _____

Name _____

Dosage _____ Frequency _____

Name _____

Dosage _____ Frequency _____

Past Medical History

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alcoholism | <input type="checkbox"/> Back Problems | <input type="checkbox"/> Ear Problems |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder | <input type="checkbox"/> Eating Disorder |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Blood Disease | <input type="checkbox"/> Epilepsy |
| <input type="checkbox"/> Anxiety Disorder | <input type="checkbox"/> Blood Transfusion | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Gout |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Heart Disease |
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Heart Problems |

How is your general health?

Excellent Good Fair Poor

Do you have any other concerns you would like to address?

Allergies

Are you allergic to any of the following?

- Adhesive Tape Antibiotics Latex
 Barbiturates(Sleeping Pills) Aspirin Iodine
 Codeine Sulfa Local Anesthetics

Do you have any other allergies?

Name: _____ Reaction: _____
Name: _____ Reaction: _____

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis - A, B, C | <input type="checkbox"/> Measles | <input type="checkbox"/> Skin Disorder |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Migraines | <input type="checkbox"/> Stomach Ulcer |
| <input type="checkbox"/> High Cholesterol | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Substance Abuse |
| <input type="checkbox"/> Joint Disorder | <input type="checkbox"/> Pneumonia | <input type="checkbox"/> Thyroid Disorder |
| <input type="checkbox"/> Kidney Disease | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Liver Disorder | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever | <input type="checkbox"/> Venereal Disease |
| <input type="checkbox"/> Lung Disease | <input type="checkbox"/> Stroke | |

Women Only:

of pregnancies _____ # of Miscarriages _____ # of Abortions _____ # of Living _____ Last Pap Smear _____
Last Mammogram _____ Birth Control Method _____

Lifestyle Factors

Are you sexually active? Yes No # of partners in past year _____

Do you wish to check for STDs? Yes No

Has anyone in your home physically or verbally hurt you?

Yes No

Have you ever smoked? Yes No # of years _____
packs/day _____

Do you smoke now? Yes No # packs/day _____

Do you use recreational drugs? Yes No
types? _____ # times/week _____

How much alcohol do you drink per week? #drinks/week _____

How much caffeine do you drink per day? #drinks/day _____

How often do you exercise? #times/week _____

Family History

Has anyone in your family ever had any of the following conditions?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholism | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Joint Disorder |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Kidney Disease |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Liver Disease |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Epilepsy | <input type="checkbox"/> Lung Disease |
| <input type="checkbox"/> Anxiety | <input type="checkbox"/> Generic Disorder | <input type="checkbox"/> Migraines |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Psychiatric Dis. |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Heart Disease | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder | <input type="checkbox"/> High Cholesterol | <input type="checkbox"/> Substance Abuse |
| <input type="checkbox"/> Blood Disorder | <input type="checkbox"/> High Blood Press. | <input type="checkbox"/> Thyroid Disorder |

Details: _____

General Consent Form

I hereby request and consent to diagnostic procedures, including x-rays, blood test, urine test, physical exams, and medical treatments that may include injection, inhalation, or ingestion of medications that are deemed advisable by the professional staff Ruben M. Ruiz III MD Inc. I accept any sequel that may result from my refusal of any procedure or laboratory exam that was recommended by the staff of Ruben M. Ruiz III MD Inc.

I acknowledge that I agree to this consent form and understand its consents. I have had an opportunity to discuss this consent and any questions i have had been answered to my complete satisfaction

Patient Signature _____

Date _____

Parent/Guardian _____

Date _____

Assignment of Benefits Form

Financial Responsibility

All professional services rendered are charged to the patient and are due at the time of service, unless other arrangements have been made in advance with our business office. Necessary forms will be completed to file for insurance carrier payments.

Assignment of Benefits

I hereby assign all medical and surgical benefits, to include major medical benefits to which I am entitled. I hereby authorize and direct my insurance carrier(s), including Medicare, private insurance and any other health/medical plan, to issue payment check(s) directly to Dr. Ruben M. Ruiz III medical services rendered to myself and/or my dependents regardless of my insurance benefits, if any. I understand that I am responsible for any amount not covered by insurance.

Authorization to Release Information

I hereby authorize Dr. Ruben M. Ruiz III: (1) release any information necessary to insurance carriers regarding my illness and treatments; (2) process insurance claims generates in the course of examination or treatment; and (3) allow a photocopy of my signature to be used to process insurance claims for the period of lifetime. This order will remain in effect until revoked by me in writing. I have requested medical services from Dr. Ruben M. Ruiz III on behalf of myself and/or my dependents, and understand that by making this request, I become fully financially responsible for any and all charges incurred in the course of the treatment authorized.

I further understand that fees are due and payable on the date that services are rendered and agree to pay all such charges incurred in full immediately upon presentation of the appropriate statement. A photocopy of this assignment is to be considered as valid as the original.

I understand and agree that I am responsible for the following expenses: any service my insurance plan deems "non-covered", all coinsurance and/or co-payment amounts, all deductibles, any amount that exceeds benefit limits under my insurance plan and any amount my insurance plan deems not covered because I was not insured on the date of service.

Patient/Responsible Party Signature _____

Date _____

ACUERDO DE ARBITRAJE ENTRE MÉDICO Y PACIENTE

Artículo 1: **Acuerdo de someterse a arbitraje:** Por el presente se acuerda que cualquier disputa referente a negligencia profesional, es decir, en lo que se refiere o si cualquiera de los servicios médicos efectuados bajo éste acuerdo fueron innecesarios o no autorizados o fueron llevados acabo, inadecuado, negligente o incompetente, se determina por medio de un arbitraje en conformidad con las leyes de California y no por medio de un juicio o recurso o procedimiento de corte, con excepción de la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje conforme a las leyes de California. Ambos participantes en éste contrato, por el hecho de entrar a este contrato, ester renunciando a sus derechos constitucionales que cualquier disputa sea decidida en corte frente a un jurado, y, en su lugar, aceptan el uso de arbitraje.

Artículo 2: **Todos los reclamos deben someterse a arbitraje:** Es la intención de los participantes que por medio de este acuerdo sea obligatorio por todos aquellos cuyos reclamos surjan o esten vinculados por el tratamiento de los servicios prestados por el médico incluyendo a cualquier cónyuge o heredero del paciente y o cualquier hijo que haya nacido o no en el momento en que ocurrió el acontecimiento que dió lugar a dicho reclamo. En el caso de una madre embarazada, el término "paciente" se refirirá tanto a la madre como al bebé o los bebés que la madre espera.

Todos los reclamos por daños y perjuicios monetarios que excedan el límite de la jurisdicción de la corte de reclamos de menor cantidad contra el médico, y los socios del médico, asociados, corporación o sociedad colectiva, y los empleados, agentes o propiedad de cualquiera de ellos, deben someterse a arbitraje incluyendo pero no limitándose, a reclamos por pérdida de consorcio conyugal, muerte por negligencia, tratamientos emocionales o daños punitivos. Que el médico haya entablado una acción judicial en cualquier corte con fin de cobrar honorarios del paciente no significará una renuncia al derecho de someter al arbitraje cualquier reclamo por negligencia médica.

Artículo 3: **Procedimientos y Derechos Aplicables:** Se requiere que todos los participantes sean notificados por escrito en caso de una solicitud de arbitraje. Cada uno de los participantes deberá escoger un árbitro (árbitro del participante) dentro de un plazo de treinta días, y los árbitros nombrados por los participantes escogerán un tercer árbitro (árbitro neutral) dentro del plazo de treinta días después de la solicitud por un árbitro neutral de cualquiera de las dos partes. Cada participante del arbitraje deberá pagar su porción prorrata correspondiente de los costos y honorarios del árbitro neutral, además de otros gastos de arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, excluyendo los honorarios de los abogados o de los testigos u otros gastos incurridos por uno de los partes para el beneficio propio del participante. Los participantes estipulan que los árbitros tendrán la inmunidad de un oficial judicial contra responsabilidad civil, mientras estén actuando en capacidad de arbitraje bajo este contrato. Esta inmunidad suplementaria y no reemplazara, cualquier otra ley, sea común o estatutaria, que se oblique.

Por medio de una petición escrita al árbitro neutral, cada uno de los participantes podrá ejercer un derecho absoluto de someter separadamente al arbitraje los asuntos de responsabilidad por daño y perjuicios.

Los participantes ascede a que toda persona o entidad que, de otra manera, sería una parte adicional oportuna en una acción judicial, pueda intervenir y participar en este arbitraje, y en caso de que tal intervención o participación ocurra, toda acción jurídica existente contra dicha persona o entidad adicional se suspenderá hasta el momento del arbitraje.

Los participantes estipulan que las disposiciones de las leyes de California aplicables a los profesionales que suministro atención médica se aplicaran a las disputas incluidas en este acuerdo de arbitraje, incluyendo, pero sin limitarse a, las Secciones 340.5 y 667.7 del Código de Procedimientos Civiles y Secciones 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Cualquier participante puede presentar a los árbitros una solicitud para una decisión sumaria o una adjudicación sumaria en conformidad con el Código de Procedimientos Civiles. El proceso de descubrimiento conducido en conformidad con el Código de Procedimientos Civiles de California, Sección 1283.05, sin embargo, las deposiciones se pueden llevar a cabo sin antes tener el permiso de árbitro neutral.

Artículo 4: **Disposiciones Generales:** Todos los reclamos basados en el mismo incidente transacciones o circunstancias vinculadas deberán ser sometidas al arbitraje en el mismo procedimiento. Se renunciará al reclamo o este se anulará para siempre si (1) en la fecha en que se reciba su notificación, en reclamo, en caso de ser parte de una acción civil, fuera excluido bajo el estatuto de limitaciones de California correspondiente o (2) el reclamante no demuestra diligencia razonable en llevar adelante el reclamo de arbitraje en conformidad con los procedimientos aquí descritos. Con respecto a cualquier otro asunto que no esté estipulado expresamente en el presente, el arbitraje se regirá por las disposiciones relativas al arbitraje del Código de Procedimientos Civiles de California.

Artículo 5: **Revocación:** Este acuerdo puede revocarse por medio de notificación escrita entregada al médico dentro de un plazo de treinta (30) días de su firma y si no es revocada regirá todos los servicios médicos recibidos por el paciente. La intención de este acuerdo, es que se aplique a todos los servicios médicos efectuados en cualquier momento y por cualquier medicación.

Artículo 6: **Vigencia Retroactiva:** Si el paciente desea que este acuerdo cubra los servicios efectuados antes de la fecha de su firma (incluyendo, pero sin limitarse a, tratamiento de urgencia), el paciente deberá poner las iniciales de su nombre abajo.

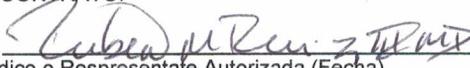
Entro en vigencia en la fecha de los servicios médicos iniciales.

Iniciales del Paciente o del Representante de Paciente

En caso de que cualquiera de las disposiciones del presente acuerdo de arbitraje sea declarado inválido o imposible de cumplir, las disposiciones restantes quedarán en pleno vigor y no serán afectadas por la invalidez de cualquiera de las otras disposiciones.

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este acuerdo de arbitraje, mi firma al pie de la página representa mi acuerdo de recibir una copia del acuerdo.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED SE COMPROMETE A SOMETER CUALQUIER ASUNTO RELATIVO A NEGLIGENCIA MEDICA A UNA DECISION POR ARBITRAJE NEUTRAL Y ESTA RENUNCIANDO A SU DERECHO A UN JUICIO POR JURADO O POR JUEZ, VEA EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

POR:  de Médico o Representante Autorizada (Fecha)

POR: _____ Nombre del Médico, Grupo Médico o Asociación Firma
POR: _____ Nombre del Paciente en letra de Molde

POR: _____ Nombre del Médico, Grupo Médico o Asociación en letra de molde o sello
Nombre del Paciente en Letra de Molde

Una copia firmada de este documento debe entregarse al paciente
El original deberá archivarse con el expediente médico del paciente

POR: _____ Si es representante del paciente, nombre en letra de Molde y
su relación al paciente

Bienvenidos A Nuestra Práctica

ACERCA DE NUESTRO DOCTOR

Rubén M. Ruiz III MD se entreno en práctica general, el se especializa en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de adultos y niños.

Los tipos de enfermedades incluyen desórdenes del estomago, colon, corazón, artrosis, diabetes, condiciones glandulares, sistema nervioso, enfermedades de los pulmones, tubos bronquiales y condiciones respiratorias.

El Dr. Ruiz también esta certificado en HCG pérdida de peso y Botox.

Dr. Ruiz será su doctor familiar dc cabecera y manejará la mayoría de su cuidado de salud y belleza.

Su personal le ofrece la más alta calidad al cuidado de su salud posible. El está altamente entrenado y continuamente se mantiene al tanto de los adelantos del cuidado de su salud.

CITAS

Los pacientes son vistos a base de citas. Por favor haga cita para todas sus consultas llamando al Tel. 626 572-8692 de 9am a 5pm de Lunes a Viernes de 9am a 1pm el primer y tercer Sábado de cada mes. Por favor describa su problema a la recepcionista o enfermera.

Si tiene un problema que necesita atención inmediata será atendido(a) lo más pronto posible. Si no puede asistir a su cita por favor avisenos lo más pronto posible. Recuerde traer todas las medicinas que esté tomando incluyendo las no recetadas. También recuerde traer una lista de sus problemas de salud y discutirlas con el Dr. Ruiz.

Siempre tratamos de verlo a la hora de su cita, apreciamos el valor de su tiempo yharemos lo posible de que no espere mucho.

Llamadas Telefónicas Y SUS RECETAS

Contestamos el teléfono durante horas de servicio regulares. Nuestros empleados están instruidos para manejar todas sus llamadas. Normalmente el Dr. Ruiz está ocupado consultando pacientes pero nuestra enfermera está entrenada para contestar la mayoría de sus preguntas. Esto es para asegurarnos que cada paciente reciba atención apropiada del Dr. Ruiz. Al llamarnos nos ayudaría mucho

si nos da número de teléfono donde encontrarle en el día y después de las 5:00pm.

Cuando necesite renovar una receta, por favor llámenos durante nuestras horas de visitas regulares, algunas veces aprobar su renovación puede requerir un examen y, o nuevas instrucciones.

PAGOS DE HONORARIOS

Visitas al consultorio: Nos esforzamos en controlar el costo de nuestros servicios. Una manera importante de lograrlo es eliminando el envío de cobros a sus casas. Por lo tanto le rogamos su pago total a la hora de su visita. Puede pagar con efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

Medicare: Si usted cubierto por Medicare nuestros cargos serán enviados por nuestra oficina y aceptaremos traspaso de beneficios. Usted debe presentarnos tarjeta de identificación en cada visita. También es usted responsable de cubrir el deducible y cualquier cargo que no cubra Medicare.

HMOs/PPOs: El Doctor Ruiz participa en varios planes de Salud y Grupos Médicos. Por favor llámenos al tel. 626 572-8692 para obtener nuestra lista.

CARGOS DE HOSPITAL

Seguro Privado: Aceptamos traspaso de beneficios por todos los cargos mientras este internado y le mandaremos los cobros a la Compañía de su Seguro. Se le notificará sobre cualquier balance no cubierto.

Medicare: El Dr. Ruiz acepta asigna miento de todos los cargos cuando usted esté en el hospital. Esto quiere decir que Medicare nos pagara directamente por 80% de los cargos. Si usted tiene Seguro Suplemento les cobraremos el balance de 20%. De otra manera usted será responsable por el balance así como también el deducible. Si usted tiene Seguro Secundario, es necesario que les cobre directamente.

Arreglos De Pago: Si no le es posible cubrir su balance en total, por total, por favor póngase en contacto con Nancy Torres con quien podrá trabajar en un plan de pago.

DESPUES QUE CERRAMOS

Para problemas médicos puede llamarnos al 626 572-8692. Le informaremos que hacer y como comunicarse con el Dr. Ruiz. Si es una verdadera emergencia, proceda al servicio de EMERGENCIA, del hospital más cercano. Ahí e atenderán y notificaran al Dr. Ruiz.

HORAS DE OFICINA

Rosemead

Lunes a Viernes 9am a 5pm

Jueves 9am a 6pm

Sábados 9am a 1pm (primer y tercer Sábados del mes)

Este De Los Angeles

Lunes a Viernes 9am a 5pm

HOSPITALACION

El Dr. Ruiz trabaja con Los Angeles Community Hospital. El puede admitirlo(a) y hacer visitas diarias. Si prefiere otro hospital, con mucho gusto le recomendaremos su cuidado a otro doctor en el hospital que usted escoja.

SUS RECOMENDACIONES

Sabemos que el mayor cumplimiento que podemos recibir de usted es que nos recomienda con sus amigos y conocidos y se lo vamos a agradecer de gran manera. Tenga usted la seguridad que el Dr. Ruiz siempre hará tiempo para recibir dignamente cualquier paciente recomendado por usted.