



Efectivo 01/01/2015

Si usted esta aqui para establecer atencion medica como un nuevo paciente, se le informa de que no podremos realizar ningun fisico en su primera visita a esta oficina . Por favor, lea atentamente la siguiente explicacion .

En su visita inicial, se tomara un historial completo y lo mas probable es que se le dara una requisicion de laboratorio. El examen fisico podra llevarse a cabo en su proxima cita cuando se hayan recibido los resultados de laboratorio. Tambien, despues de haber establecido como paciente en esta oficina , le pedimos sea claro al hacer su cita para un examen físico anual con el personal de la oficina con la que este hablando. Por la poliza de seguro, problemas de salud no podran ser tratados en la visita del examen fisico anual. El examen fisico de cortesia que la mayoría de seguros medicos ofrecen no se aplica a una visita al consultorio donde se tratan problemas de salud o anomalías . Por definición, una visita de enfermedad es una reunion entre un profesional de salud y un paciente con fines diagnosticos , terapeuticos o de consulta. Si usted desea hablar de otros problemas medicos o inquietudes y usted esta aquí para un examen físico, entonces tendremos que cambiar su cita para el examen fisico para una visita de enfermedad o programar una cita a futuro. Ademas, si en cualquier momento el proveedor medico observa un hallazgo adnormal que tenga prioridad sobre su examen fisico y debe ser abordado ahora, su fisico sera reprogramado. Ejemplos de esto incluyen los signos vitales anormales, resultados de laboratorio anormales, etc. Si usted tiene preguntas adicionales, por favor no dude en preguntar por uno de los supervisores de la oficina para obtener mas ayuda.

GUILLERMO SAENZ-ZAVALA M.D.
BOARD CERTIFIED FAMILY PRACTICE



Aviso de Practicas de Privacidad

Este aviso describe como su informacion medica puede ser usada y divulgada y como usted puede tener acceso a esta informacion. Porfavor revisela cuidadosamente.

Estamos obligados por ley a propocionarle este aviso que explica nuestras practicas de privacidad con respecto a su informacion medica y como podemos utilizar y divulgar su informacion de salud protegida para tratamientos, pagos y operaciones de atencion medica, asi como para otros propositos que sean permitidos y requeridos por la ley. 'este aviso es efectivo Agosto 7, 2007 y aplica a toda la informacion de salud protegida como es definido por las regulaciones federales. Usted tiene ciertos derechos con respecto a la privacidad de su informacion de salud protegida y nosotros tambien los describimos en este aviso.

Cada vez que usted visite Temecula Valley Family Physcians se hace un registro de su visita. Tipicamente, este registro describe sus sintomas, resultados de pruebas, diagnosticos, tratamientos, y un plan para el cuidado futuro o tratamiento. A esta informacion se le es referida a menudo como sus registros medicos.

Formas en las que podemos usar y divulgar su informacion de salud protegida

Los siguientes parrafos describen diferentes formas que usaremos para divulgar su informacion de salud protegida. Le hemos proporcionado un ejemplo para cada categoria, pero estos ejemplos no estan destinados a ser exhaustivos. Le aseguramos que todas las formas en que se nos permite usar y divulgar su informacion de salud caen dentro de una de estas categorias.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su informacion de salud protegida para proveer, coordinar y manejar su salud y cualquier servicio relacionado. Tambien divulgaremos su informacion de salud a otros medicos que esten contribuyendo a su tratamiento. Ademas, de vez en cuando revelaremos su informacion de salud a otros medicos que hayan pedido estar involucrados en su tratamiento. Por ejemplo - Divulgariamos su informacion de salud a un especialista al lo hemos referido por un diagnostico para ayudar en su tratamiento.

Pagos: Usaremos y divulgaremos su informacion de salud protegida para obtener el pago de los servicios de salud que le proporcionamos. For example - Podemos incluir informacion con una factura a un tercer pagador que lo identifique, su diagnostico, procedimientos realizados, y suministros utilizados en la prestacion de los servicios.

Operaciones De Cuidado De La Salud: Usaremos y divulgaremos su informacion de salud protegida para apoyar las actividades comerciales de nuestra practica. For example - usaremos informacion medica para revisar y evaluar su tratamiento y evaluar el desempeno de el personal que lo atendio. Ademas, divulgaremos su informacion a asociados de negocios ajenos que realizan la facturacion, consultoria y de servicios de transcripcion para nuestra practica.

Recordatorios De Citas: Usaremos y divulgaremos su informacion de salud protegida para informale de proximas citas en nuestra oficina un dia antes de la cita.

Otros involucrados en su cuidado: usaremos y divulgaremos su informacion de salud protegida a un familiar, a un pariente, a un amigo cercano o cualquier otra persona q usted identifique por escrito que esta involucrado en su cuidado medico o en el pago de la atencion.

Investigacion: Usaremos y divulgaremos su informacion de salud protegida a investigadores siempre y cuando la investigacion haya sido aprobada por una junta de revision institucional que haya revisado la propuesta de revision y haya establecido protocolos para asegurar la privacidad de su informacion de salud.

Como Requerido Por La Ley: Usaremos y divulgaremos su informacion de salud protegida cuando sea requerido por leyes federales, estatales, o locales. Usted sera informado de tales revelaciones.

Al Anuncio De Una Amenaza Grave Para La Salud o Seguridad Publica: Divulgaremos su informacion de salud protegida a agencia de salud publica que sea autorizada para coleccionar o recibir esta informacion con el objetivo de controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Si es indicado por la agencia de salud tambien divulgaremos su informacion de salud a agencias gubernamentales extranjeras que esten colaborando con la autoridad de salud publica.

Compensacion al Trabajador: Usaremos y divulgaremos su informacion de salud protegida para compensacion al trabajador o programas similares que proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Reclusos: Usaremos y divulgaremos su informacion de salud protegida a instituciones correccionales o a los funcionarios encargados de hacer cumplir si usted es un recluso de esta institucion correccional o bajo la custodia del oficial de la ley. Esta informacion es necesaria para que la institucion le proporcione atencion a su salud; para proteger la salud, y seguridad de la institucion correccional.

Sus Derechos De Informacion Sanitaria

Aunque su expediente medico es propiedad del profesional de la salud de la instalacion en cual se cumplio, la informacion le pertenece a usted. Usted tiene el derecho a:

Una Copia En Papel De Este Aviso: Usted tiene el derecho a recibir una copia en papel de este aviso a su peticion. Usted puede obtener una copia pidiendosela a nuestro personal de la oficina en su proxima visita o llamando y pidiendo que le enviemos una copia por correo.

Inspeccionar y copiar: Usted tiene el derecho a inspeccionar o copiar su informacion de salud protegida que mantenemos sobre usted en nuestro registro designado por el tiempo que mantengamos esa informacion. Este conjunto de registros designados incluye registros medicos de facturacion, asi como cualquier otro registro que usamos para tomar decisiones sobre usted. Cualquier nota de psicoterapia que haya sido incluida en el archivo que nosotros hayamos recibido sobre usted no estan disponibles para su inspeccion o para copiar por ley. Nosotros podemos cobrarle el costo por copiar, envio, o otros suministros usados para cumplir con su pedido. Si usted desea inspeccionar su registro medico, usted debe presentar su pedido por escrito a:

Temecula Valley Family Physicians, Inc.
126 Avocado Ave STE #201
Perris, Ca 92571

Usted puede enviar su pedido o llevarlo a nuestra oficina. Nosotros tenemos 30 dias para responder a su pedido de informacion que mantenemos en nuestro sitio de practica. Si la informacion es guardada fuera del sitio, tenemos hasta 60 dias para responder, pero usted sera informado de esta tardanza.

Solicitud De Enmienda: Usted tiene el derecho a pedir que enmendemos su informacion medica si usted siente que esta incompleta o incorrecta. Usted debe presentar este pedido por escrito, declarando claramente que informacion esta incompleta o incorrecta y las razones que apoyen su pedido. Nosotros tenemos el derecho a negar su pedido si no esta por escrito o no incluye una razon que apoye su pedido. Nosotros tambien podemos negar su pedido si: la informacion no fue creada por nosotros o la persona que la creo ya no esta disponible para hacer el cambio, la informacion no es parte de el registro que usted puede inspeccionar y copiar, la informacion no es parte de el registro designado guardado por esta practica, o si es la opinion de el proveedor de salud que la informacion es correcta y completa.

Solicitud de Restricciones: usted tiene a pedir restricciones o limitaciones en como usamos y divulgamos su informacion medica para tratamiento, pago o operaciones de cuidado a la salud. Por ejemplo: Usted puede pedir que no divulguemos su informacion anterior a algun familiar o amigo cercano que este involucrado con su atencion medica o sobre pagos. Su pedido debe ser por escrito. No estamos obligados a aceptar su solicitud si nosotros creemos que es por su mejor interes usar o divulgar esa informacion. Sin embargo, cumpliremos su pedido al menos que la informacion sea necesaria para tratamiento de emergencia.

Una Contabilidad de accesos: Usted tiene el derecho a pedir una lista de las divulgaciones que nosotros hemos hecho fuera de nuestra practica que no fueron por tratamiento o pago de los servicios. Su pedido debe ser por escrito y debe decir el periodo de tiempo del cual esta pidiendo informacion. Usted no puede pedir informacion de cualquier fecha antes de Abril 14, 2003 (la fecha de cumplimiento de la regulacion federal) o para un periodo de tiempo de mas de seis anos (nuestra obligacion para retener informacion). Su primer pedido de divulgaciones en un periodo de 12 meses sera gratis. Si usted hace otro pedido en los 12 meses podemos cobrarle por los costos por proveer la lista subsecuente. Le informaremos de cualquier costo y le daremos la oportunidad de retirar su pedido.

Solicitar Comunicaciones Confidenciales: Usted tiene el derecho de decidir como nos comunicamos con usted para mantener su privacidad. Por ejemplo - usted puede pedir que le llamemos solo a su numero de trabajo, por correo, a alguna direccion especial, o caja postal. Su pedido debe ser por escrito y debe especificar como y cuando quiere que lo contactemos. Acomodaremos todos los pedidos razonables.

Presentar Una Queja: Si usted cree que hemos violado sus derechos de privacidad de su informacion medica, usted tiene el derecho a presentar una queja hacia nuestra practica directamente la Secretaria de Salud y Servicios humano de los Estados Unidos Americanos. Para presentar una queja de con nuestra practica, la debe presentar por escrito dentro de 180 dias de sospechar la violacion. Provea tanta informacion como sea posible sobre la violacion sospechada y mandela a:

Temecula Valley Family Physicians, Inc.
126 Avocado Ave STE #201
Perris, Ca 92571

Usted debe saber que no se tomara represalias por presentar una queja.

Uso y Divulgaciones no Cubiertas: Usos y divulgaciones de su informacion de salud, no cubiertas por este aviso de las leyes que aplican hacia nosotros, lo informaremos solo con su autorizacion escrita. Usted puede revocar la autorizacion cuando sea y no divulgaremos informacion medica por las razones declaradas en su autorizacion escrita. Usos y divulgaciones hechas antes, no son afectadas por la revocacion.

Para Mas Informacion: Si tiene preguntas sobre este aviso o le gustaria mas informacion, usted puede contactar a el administrador de la practica al (951) 302-4700



Registration Form

Account # _____

Favor De Completar Para Actualizar Su Archivo

Informacion Del Paciente

Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms.	Estado Marital(Circle One) Single / Mar / Div / Sep / Wid
Correo Electronico (email)	Numero de telefono preferido Cell/ Home/ Business () -	Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Direccion:		SSN: (Requerido para accede a la in informacion de salud en linea (###-##-####) - -	Numero Alterno: Cell/ Home/ Bussiness	
P.O. Box:	Ciudad:	Estado:	Codigo postal:	
Ocupacion:	Empleador:	Numero de telefono del empleador () -		
Race:	Idioma preferido:	Etnicidad:		
Referido a la clinica por: <input type="checkbox"/> otro doctor <input type="checkbox"/> seguro medico <input type="checkbox"/> hospital <input type="checkbox"/> familia <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> cerca de casa o trabajo <input type="checkbox"/> internet <input type="checkbox"/> otro				

INFORMACION DEL SEGURO
(POR FAVOR DE SU TARJETA DE SEGURO Y DE IDENTIFICACION A LA RECEPCIONISTA)

Responsable de bill:	Cumpleanos: (mm/dd/yyyy) / /	Direccion: (si es diferente)	Numero de telefono: () -		
Nombre de suscriptor:	SSN:	FECHA DE NACIMIENTO (MM/MM/YYYY):	GROUP NO:	POLICY NO:	CO-PAGO:

RELACION DE PACIENTE A SUSCRIPTOR: Self Spouse Child Other

SIN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE DE PARIENTE O AMIGO LOCAL:	Relacion con el paciente	Telefono preferido: () -
-----------------------------------	--------------------------	------------------------------

LA INFORMACION ANTERIOR ES VERDAERA A LO MEJOR DE MI CONOSIMIENTO. AUTORIZO QUE MIS BENEFICIOS DE SEGURO MEDICO SE PAGUEN DIRECTAMENTE AL MEDICO. YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR CUALQUIER SALDO. TAMBIEN AUTORIZO A TEMECULA VALLEY FAMILY PHYSICIANS INC. O A MI COMPANIA DE SEGURO MEDICO PARA LIBERAR CUALQUIER INFORMACION REQUERIDA PARA PROCESAR RECLAMOS. POR LA PRESENTE HAGO CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO A CUALQUIER ATENCION MEDICA INCLUYENDO LOS PROCEDIMIENTOS DE RUTINA Y OTROS TRATAMIENTOS HECHOS POR TEMECULA VALLEY FAMILY PHYSICIANS. SOY CONCIENTE DE QUE LAS PRACTICAS DE MEDICINA, CIRUGIA, Y OTRA DISCIPLINA DE SALUD NO CONSTITUYEN CIENCIAS EXACTAS. RE CONOZCO QUE NO HAY GARANTIA PARA MI COMO RESULT ADO DE TRATAMIENTOS O EXAMENES HECHOS EN TEMECULA VALLEY FAMILY PHYSICIANS.

Firma del paciente:

Fecha:



Política Financiera de la Oficina

Un pago es esperado el día que los servicios le sean prestados. Recuerde que el pago es su responsabilidad sin tener en cuenta la aseguraza.

- Todos los copagos son debidos en el momento de su visita.
- Si es beneficiario de Medicare, se le mandara un cobro a Medicare por usted. Usted sera responsable por los deducibles, y todos los servicios no-cubiertos, etc., como acordado en las reglas de Medicare. Nosotros debemos tener una copia de tarjeta de Medicare y cualquier aseguranza secundaria que usted tenga cada visita a la oficina.
- Por favor este informado que ciertas companias de seguros, exámenes de rutina, y servicios preventivos no son servicios cubiertos.
- Si Temecula Valley Physicians, Inc. Tiene un contrato con compania de seguro, nosotros mandaremos un cobro por usted. Si recibimos una notificacion declarando que no es elegible para cobertura, usted va a ser responsable por todos los cargos incurridos.
- Para PPO y otras aseguranzas privadas debemos tomar una copia de su tarjeta de aseguranza cada visita.
- Cobros vencidos por 60 dias por la compania de seguros inmediatamente pasan a ser responsabilidad de el paciente. Cobros vencidos por 90 dias estan sujetos a los procedimientos de coleccion, los cuales pueden incluir corte de reclamos menores o un cargo de servicios de 1 1/2 veces el saldo pendiente de pago por mes.
- Si usted tiene dificultades financieras, por favor notifique a cualquiera de nuestros empleados en Temecula Valley Family Physicians, Inc. Estamos dispuestos a hacer arreglos para nuestros pacientes que necesitan ayuda extra.

Autorizacion para divulgar informacion para efectos del seguro:

- Por la presente autorizo a mi medico a divulgar cualquier informacion obtenida en mi examinacion/tratamiento.
- Yo autorizo a mi medico a iniciar una queja para el Comisionado de aseguranza de mi parte.
- He leido y entendido las declaraciones anteriores.
- Estoy de acuerdo en cumplir las politicas financieras de esta oficina y yo tomo responsabilidad de mi cuenta.

Firma: _____

Fecha: _____



Asignaciones De Seguros

Por la presente autorizo el pago de beneficios que se hizo a Temecula Valley Family Physicians, Inc. por los servicios prestados a mi por Temecula Valley Family Physicians, Inc. Yo entiendo que yo soy responsable para Temecula Valley Physicians, Inc. Por cargos no cubiertos por el seguro asignado. Esta autorizacion estara en efecto hasta que sea revocada por el firmante. .

Declaracion De Situacion Financiera

La declaracion de situacion financiera esta en conformidad con la Verdad Federal en Acto de Prestamo. Usted puede pagar su pago completo cuando sea. Usted es responsable por pagos a su cuenta sin tener en cuenta su seguro medico. Temecula Valley Physicians, Inc. No puede aceptar la responsabilidad para recoger sus reclamaciones o negociaciones de un acuerdo sobre una declaracion de disputa. Temecula Valley Physicians, Inc. No adquirira o retendra cualquier interes de seguridad en cualquier propiedad para garantizar el pago de el credito extendido por los servicios. Sin embargo Temecula Valley Physicians, Inc. Tiene el derecho a obtener asignaciones de pago para los saldos acumulados del grupo. Certifico que he

leido esta declaracion y he tenido la oportunidad de revisar la declaracion con el personal del grupo cualquier pregunta que he tenido.

Firma del

Paciente: _____ Fecha: _____
(Si el paciente es menor de edad se requiere firma de la persona/representante responsable.)

Solamente Para Uso de la Oficina: Si el paciente o el representante del paciente se niega a firmar reconocimiento de haber recibido este aviso, Por favor documente la hora y fecha en la que este aviso le fue presentado al paciente y firme abajo.

Presentado en: (fecha y hora): _____ By: (nombre y titulo) _____



Consentimiento Del Paciente Nuevo Para el Uso y Divulgacion de Informacion de Salud para Tratamiento, Pagos y Operaciones de Atencion Medica.

Yo _____, entiendo que como parte de mi cuidado de salud, Temecula Valley Family Physicians, Inc. Origina y mantiene papel y/o electronicos registros describiendo mi historial de salud, sintomas, exámenes, resultados de prueba, diagnostico, tratamientos y planes para el cuidado futuro o tratamiento. Yo entiendo que esta informacion sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento.
- Como un medio de comunicacion entre los muchos profesionales que contribuyen a mi cuidado.
- Una fuente de informacion para aplicar mi diagnostico e informacion quirurgica a mi cuenta.
- Un medio de comunicacion por el cual un tercer pagador puede verificar que los servicios cobrados fueron efectivamente prestados.
- Una herramienta para el cuidado de salud de rutina como para evaluar la calidad y para la revision de la competencia de la asistencia sanitaria.

Se me ha proporcionado el aviso de las politicas de informacion que proporciona una descripcion mas completa de la informacion, uso y divulgacion. Yo entiendo que yo tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar este aviso antes de firmar el consentimiento.
- El derecho a oponerse al uso de mi informacion de salud para los propositos del directorio.
- El derecho a solicitar restricciones en cuanto a como mi informacion medica puede ser usada o revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago, u operaciones de la salud.

Yo entiendo que Temecula Valley Physicians, Inc. No tiene que estar de acuerdo con las restricciones pedidas. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organizacion ya haya tomado medidas en relacion a lo mencionado. Yo tambien entiendo que negandome a firmar este aviso, esta organizacion se puede reusar a tratarme como es permitido por la Seccion 164.506 de el Codigo Federal de Regulaciones.

Ademas, entiendo que Temecula Valley Family Physicians, Inc. Tiene el derecho a cambiar este aviso y practicas. Antes de implementar el cambio, de acuerdo con la Seccion 164.520 de el Codigo Federal de Regulaciones, Temecula Valley Family Physicians, Inc. A pedido mandara una copia de el aviso revisado a la direccion que les he proporcionado (either U.S. Mail or if I agree, via email).

Yo deseo las siguientes restricciones con respecto a el uso o divulgacion de mi informacion de salud:

Yo entiendo que como parte de esta organizacion el tratamiento, pago, y operaciones de salud, puede convertirse divulgar la informacion de salud protegida a otra entidad, y yo doy consentimiento a esa divulgacion para estos usos permitidos, incluyendo divulgaciones via fax.

Yo entiendo completamente y acepto los terminos de este consentimiento.

(Firma del paciente)

(Fecha)

Si usted entiende y rechaza los terminos de este aviso, por favor consulte la recepcionista.



Estado Directiva Avanzada

Yo he sido informado de mi derecho a formular un Advanced Directive y me han proporcionado la informacion con respecto a la ejecucion de un Advanced Directive.

Por favor marque una de las siguientes:

Yo he completado previamente un Advanced Directive y he proporcionado una copia para su inclusion en mi historial.

Una copia de mi Advanced Directive se encuentra archivado con _____

(Physician or healthcare facility)

No he ejecutado un Advanced Directive y no estoy interesado en cualquier informacion adicional.

Yo estoy interesado en formular un Advanced Directive y discutire mis opciones con mi medico de atencion primaria.

Firma del paciente

Fecha

Comentarios:

El paciente recibio un folleto de informacion sobre el Advanced Directive.

Firma del personal

Fecha

Nombre del Paciente:	DOB:
----------------------	------



Temecula Valley Family Physicians, Inc.

Consentimiento para Uso y Divulgacion de Informacion de Salud Protegida

Por la presente, autorizo a Temecula Valley Family Physicians, Inc. a usar y divulgar informacion de salud protegida sobre mi para llevar acabo tratamiento, pagos y operaciones de atencion medica. Temecula Valley Family Physicians, Inc. El aviso de practicas de privacidad me proporciona una descripcion mas completa de tales usos y divulgaciones.

Yo he leído el aviso de practicas de privacidad antes de firmar este formulario de consentimiento. Yo entiendo que la practica de Temecula Valley Family Physicians, Inc. tiene el derecho a revisar su aviso de practicas de privacidad cuando sea. La regla de privacidad permite a los proveedores de atencion medica cubiertos a comunicarse electronicamente, como puede ser por correo electronico, con sus pacientes, siempre y cuando se apliquen salvaguardias razonables. Vea 45 C.F.R. 164.530. Yo puedo obtener una version revisada mandando un pedido por escrito a:

Temecula Valley Family Physicians, Inc. Privacy Officer
Temecula Valley Family Physicians, Inc.
126 Avocado Ave STE #201
Perris, Ca 92571

Iniciales del paciente: _____

Con este consentimiento, doy permiso para Temecula Valley Family Physicians, Inc. a:

Llamar a mi casa o otra locacion y dejar mensaje en el buzón de voz, o en persona, en referencia a cualquier informacion que asista a la practica para llevar acabo tratamiento, pagos y operaciones de la salud y no limitados a recordatorios de citas, preguntas sobre su seguro, y llamadas pertenecientes a mi cuidado clinico incluido, pero no limitados a resultados de laboratorios.

Correo u otros medios electronicos, cualquier informacion que asista la practica para llevar acabo tratamiento, pago, o informacion sobre su salud. Entidades cubiertas no son responsables acceso no autorizado a informacion de salud protegida mientras en transmission de la persona sobre la base de la peticion individual. Ademas, entidades cubiertas no son responsables por salvaguardar la informacion cuando sea liberada al individuo.

Comunicarse por telefono o por escrito cualquier informacion que asista a la practica para llevar acabo tratamiento, pagos, o informacion de salud con mi esposa, miembro de la familia, o otro representante que e indicado abajo: **FAVOR DE ESPECIFICAR PRIMER NOMBRE Y APELLIDO Y LA RELACION CON EL PACIENTE**

SU CORREO ELECTRONICO: _____

Yo tengo el derecho a pedir que Temecula Valley Family Physicians, Inc. para restringir como usa y divulga mi informacion de salud protegida para llevar acabo tratamiento, pagos, y/o operaciones de salud. Yo puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto al grado que la practica ya haya hecho divulgaciones en dependencia con mi autorizacion anterior. Si yo no firmo este aviso o despues lo revoco, Temecula Valley Family Physicians Inc. puede denegar a proporcionar el tratamiento.

(Nombre del paciente)

(Firma del paciente)

Date: _____ Date of Birth: _____ Chart Number: _____



Temecula Valley Family Physicians

Guillermo Saenz-Zavala, M.D.
Temecula Valley Family Physicians, Inc.
126 Avocado Ave STE #201
Perris, Ca 92571

Politica de Terminacion del Paciente

Dr. Guillermo Saenz y personal se esfuerzan para crear un ambiente de trabajo agradable. Nosotros entendemos que habran veces cuando usted este frustrado debido a sus sintomas o situacion personal. Vamos a hacer todo lo posible para ayudarlo. Sin embargo, esta practica, bajo no circunstancias, tolerara:

- Abuso verbal por ninguna razon.
- Abuso fisico.
- Citas falladas repetidamente.
- Negativa del paciente a ir a la sala de emergencias como indicado por Dr. Saenz
- Incumplimiento de las indicaciones del Dr. Saenz en relacion con laboratorios y referencias.
- Incumplimiento del paciente a seguir indicaciones del medicamento, o el discontinuar los medicamentos sin avisar a Temecula Valley Family Physicians, Inc.
- A el abandono de la sala de emergencia o el hospital encontra de el consejo medico (AMA).

CUALQUIER VIOLACION DE LAS CIRCUMSTANCIAS NOMBRADAS O CUALQUIER FORMA DE ABUSO ES MOTIVO DE TERMINACION DE TEMECULA VALLEY FAMILY PHYSICIANS. SI EL PACIENTE ES TERMINADO TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE EL DICHO PACIENTE SERAN TERMINADOS DEBIDO A LAS DIFICULTADES DE OBJETIVIDAD Y EL RESULTADO DE EL CUIDADO DE TRATAMIENTO DE LOS INDIVIDUOS.

Guillermo Saenz-Zavala, M.D.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____