



**NewportCare®**

**MEDICAL GROUP**

3300 WEST COAST HIGHWAY  
NEWPORT BEACH, CA 92663

**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 \_\_\_\_\_



**NewportCare<sup>®</sup>**  
**MEDICAL GROUP**  
 3300 WEST COAST HIGHWAY  
 NEWPORT BEACH, CA 92663

**INFORMACION DEL PACIENTE  
 PARA ORTOPEDIOS**

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

**Referido a esta oficina por** \_\_\_\_\_

¿Que se está examinando hoy? \_\_\_\_\_ En que lado \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo ha tenido esta enfermedad / problema / síntomas \_\_\_\_\_

Como ocurrió la enfermedad / problema / síntoma / accidente \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ha visto a un médico por este problema?  Sí  No  
 Doctor \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Tratamiento (exámenes especiales, inyecciones, medicamentos, etc.) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ha tenido problema en esta área anteriormente?  Si  No

Si es asi, describa \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ha perdido tiempo del trabajo debido a esta lesión / problema actual?  Si  No

De ser asi, cual es la fecha de la última vez que trabajó \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo que hace \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Si esta es una lesión, ¿cuando y como sucedió? \_\_\_\_\_

En el Hogar  Trabajo  Automóvil  Otro \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Cuando trabajó por última vez \_\_\_\_\_

Seguro de Automóvil \_\_\_\_\_ Número de Póliza de Seguro de Automóvil \_\_\_\_\_

Si es una lesión de trabajo, nombre y dirección del empleador en el momento de la lesión \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Información del Abogado \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



**NewportCare®**  
**MEDICAL GROUP**  
3300 WEST COAST HIGHWAY  
NEWPORT BEACH, CA 92663

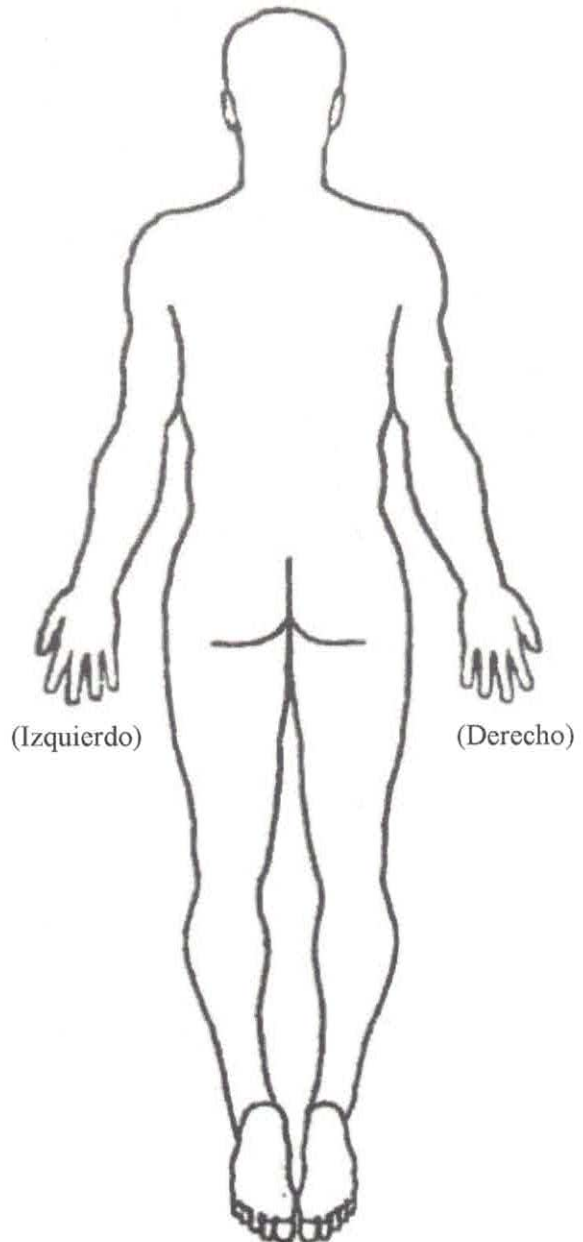
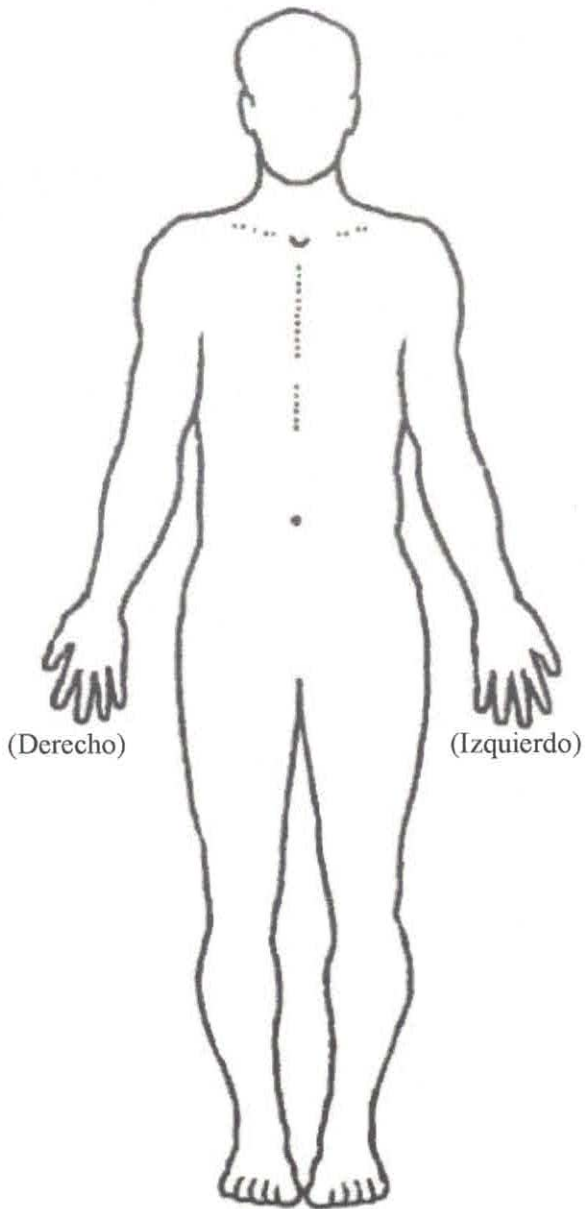
## DIBUJO DE DOLOR PARA ORTOPEDIA

Indique dónde está presentando síntomas usando los símbolos y flechas apropiados para mostrar dónde va o se dispara el dolor. Asegúrese de mostrar todas las áreas involucradas e indicar dónde está peor el dolor.

Adolorido /Dolor (XXXX)  
Entumecimiento / Hormigueo (OOOO)  
Alfileres / Agujas (:::)  
Ardiendo (///)  
Espasmo / Calambre (ΔΔΔΔ)

Frente

Atras





**NewportCare®**

**MEDICAL GROUP**

3300 WEST COAST HIGHWAY

NEWPORT BEACH, CA 92663

**¿Donde está su dolor?**

- Locación
- Cabeza
- Cuello
- Hombro I / D
- Brazo I / D
- Mano I / D
- Media Espalda
- Espalda Baja
- Gluteos I / D
- Cadera I / D
- Pierna I / D
- Pie I / D

**¿Cuanto tiempo ha estado allí?**

- Duración (Semanas / Años)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Al tener dolor es generalmente...**

- Malestar Leve
- Dolor Sordo y Dolorido
- Dolor duro y dolorido, frecuentemente peor
- Dolor severo, agudo / disparos a veces
- Dolor que quema
- Muy severo, agudo, apuñalado
- Extremadamente incapacitante

**¿Con que frecuencia le duele?**

- Raramente, si es que acaso alguna vez
- Ocasional (si es asi, cada cuanto? \_\_\_\_\_)
- Recurrente (pocos días todos los meses)
- Frecuente (mas de la mitad del tiempo)
- Muy frecuente (casi todos los días)
- Constantemente

¿Cuanto dolor está en su cuello / espalda y cuanto está en su Brazo/ pierna? (debe sumar a un total de 100%)

\_\_\_\_\_ % cuello/ espalda + \_\_\_\_\_ % brazo /pierna = 100%

**Califica tu dolor en lo peor y en lo mejor:**

( 0 = Sin dolor, 10 = En lo peor del dolor)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A lo peor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A lo mejor

**¿Que tratamiento ha recibido?**

- Ninguno
- Terapia Física
- Quiropráctica
- Tracción
- Acupuntura
- Medicina Anti-inflamatoria
- Relajantes Musculares
- Medicamentos Narcóticos
- Inyecciones Epidurales
- Otro: \_\_\_\_\_

Ha tenido una cirugía ortopédica previa?  No  Si

En caso afirmativo, ¿que tipo de cirugía, quien fué el cirujano y cuando se realizó? \_\_\_\_\_

**EVALUACION DE DOLOR PARA ORTOPEDICOS**

**Ha experimentado algo de lo siguiente:**

- Entumecimiento / Hormigueo en los brazos: (I), (D)
- Entumecimiento / Hormigueo en las manos: (I), (D)
- Entumecimiento / Hormigueo en las piernas: (I), (D)
- Entumecimiento / Hormigueo en los pies: (I), (D)
- Debilidad en las piernas (I), (D)
- Debilidad en los brazos (I), (D)
- Torpeza de las manos (I), (D), (ambas)
- Problemas de equilibrio
- Problemas de la vejiga: \_\_\_\_\_
- Problemas intestinales: \_\_\_\_\_
- Dolor que lo despierta del sueño (dolor de noche)

**¿Que hace que su dolor Mejore?**

- Acostado
- Sentado
- Acostado
- De pie
- Caminar
- Levantar
- Durmiendo
- Hielo
- Otro: (describa): \_\_\_\_\_
- Mirando hacia arriba / abajo
- Mirando a la I / D
- Mirando hacia arriba / abajo
- Doblandome hacia el frente
- Doblandome hacia atrás
- Estornudar / Toser
- Retorciendo
- Calor

**¿Que hace que su dolor empeore?**

- Sentado
- De pie
- Caminando
- Levantando
- Hielo
- Otro (describa) \_\_\_\_\_
- Mirando a la I / D
- Doblado hacia el frente
- Doblado hacia atrás
- Estornudo / tos
- Calor

**¿A que hora del día su dolor generalment es peor?**

- Mañana
- Mediodía
- Al anochecer
- Lo mismo todo el día
- Por la noche

**Describe el curso de tu condicion como:**

- Rápidamente peor
- Lentamente peor
- Sin alterar
- Rápidamente mejor
- Lentamente mejor

**¿Que estudios se han hecho?**

- Ninguno
- MRI Tomografía computarizada
- Myelogram
- Escaneo DEXA
- Rayos X
- CT Scan Resonancia Magnética
- Escaneo de Huezos
- EMG

Le ayudó?  No  Si





**NewportCare®**  
**MEDICAL GROUP**  
 3300 WEST COAST HIGHWAY  
 NEWPORT BEACH, CA 92663

**ANTECEDENTES MEDICOS  
 PARA ORTOPEDIA**

**Califica tu salud general:**

- Excelente                       Justa  
 Buena                               Pobre

**¿Que problemas médicos tiene?**

- Ninguno  
 Cancer (¿Que tipo?) \_\_\_\_\_  
 Enfermedad del Corazón  
 Enfermedad Pulmonar (es decir, neumonía, asma, CPOD)  
 Enfermedad hepática (es decir, ictericia, hepatitis)  
 Diabetes  
 Presión Arterial Alta (hipertensión)  
 Fiebre Reumática  
 Colesterol Alto  
 Anemia o problemas de Sangrado  
 Enfermedad de Tiroides  
 Enfermedad del Riñon  
 Enfermedades del Tracto Urinario  
 Otros Problemas Serios de Salud \_\_\_\_\_

**Historia Pasada de Cirugía:**

- ¿Ha tenido alguna cirugía previa?  
 Ninguna  
 Amigdalectomía  
 Apendectomía  
 Colectomía (Vesicular biliar)  
 Revascularización (Cardíaca)     Cirugía de Tiroides     Reemplazo de Cadera     Reemplazo de Rodilla  
 Artroscopia de Rodilla     Marcapasos     Cirugía de Cancer (Describe) \_\_\_\_\_  
 Otro (anote) \_\_\_\_\_

Medicamentos: Ninguno

**Escriba todos los medicamentos que toma y la dosis:**

\_\_\_\_\_

¿Con quien vive? \_\_\_\_\_ Fuma?  No     Si; \_\_\_\_\_ paquetes por día \_\_\_\_\_ años  
 Solía, pero dejé de fumar

¿Bebe alcohol (cerveza, vino, licor)?    No    Si; ¿cuanto? /¿a menudo? \_\_\_\_\_

Alergias:                       Ninguna  
 Anote todas las alergias y reacciones a los  
 medicamentos:

\_\_\_\_\_

**Historia Familiar:**

Tiene algunos de los siguientes problemas médicos  
 en su familia? Si es asi, anote que miembro de familia:

- Ninguno  
 Enfermedad del Corazón  
 Diabetes  
 Hipertensión  
 Colesterol Alto  
 Enfermedad de tiroides  
 Enfermedad Renal (Renal)  
 Enfermedad Pulmonar (Pulmonar)  
 Enfermedad del Hígado  
 Cancer  
 Escoliosis  
 Osteoporosis  
 Otros Problemas Serios de Salud; anote:

\_\_\_\_\_ ¿Cual es tu Altura? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Cuanto Pesa? \_\_\_\_\_

Solo mujeres: ¿Esta embarazada? \_\_\_\_\_



**NewportCare®**

**MEDICAL GROUP**

3300 WEST COAST HIGHWAY  
NEWPORT BEACH, CA 92663

## REVISIÓN DE SISTEMAS PARA ORTOPEDIOS

Verifique y describa cualquier signo o síntoma que experimente actualment en cualquiera de los siguientes sistemas de órganos; Si no tiene ninguno, escriba, "NINGUNO."

Anote cualquier otro problema que pueda estar experimentando y que no vea en la lista.

### Síntomas Constitucionales:

- Fiebre    Escalofríos    Noches Sudorosas    Pérdida de Peso    Fatiga    Pérdida de Apetito

### Ojos:

- Lentes Correctivos    Cataratas    Visión Borrosa    Visión Doble

### Orejas, Nariz, Boca, Garganta :

- Pérdida Auditiva    Congestión Nasal    Voz Ronca    Dolorosa / Dificultad para Tragar

### Cardiovascular (Corazón, circulación):

- Dolor en el Pecho    Extremidades Frías (mala circulación)    Sensibilidad al Frío

### Respiratorio (Pulmones):

- Dificultad Respiratoria    Respiración Dolorosa    Respiración Súbita / Sibilancias    Cancer

### Genitourinario (es decir, infección del tracto urinario, próstata):

- Frecuencia Urinaria    Incontinencia Urinaria    Orina Dolorosa  
 Disfunción Sexual    Próstata Agrandada    Cancer

### Gastrointestinal:

- Reflujo    Ulcera    Cancer  
 Diarrea    Constipación    Heces con Sangre  
 Nausea    Vomitando

### Musculoeskélético:

- Dolor Articular? ¿Donde?  
 Inflamación de Articulaciones  
 Rigidez de Articulaciones    Fibromialgia

### Piel / Mama:

- Cancer ¿Donde? \_\_\_\_\_ ¿Que Tipo? \_\_\_\_\_  
 Bultos o Masas, donde? \_\_\_\_\_  
 Erupciones

### Psiquiátrico:

- Depresión    Maníaco  
 Desorden Alimenticio

### Neurológico:

- Derrame Cerebral    Dificultad para Hablar    Trastorno del Nervio Periférico, ¿Anote? \_\_\_\_\_  
 Problemas de Equilibrio    Convulsiones    Temblor    Distrofia Simpatica Refleja

### Endocrino:

- Diabetes    Hipoglucemia    Tiroides  
 Paratiroides    Adrenal    Osteoporosis

### Hematológico:

- Anemia    Trastorno de la Coagulación  
 Trastorno Plaquetario    Célula Falciforme  
 Lynfedema  
 Nodulos Lynfaticos Inflamados ¿Adonde? \_\_\_\_\_  
 Tiernos Ganglios Lynfaticos ¿Adonde? \_\_\_\_\_

### Inmunológico:

- Reumatoide    Lupus



**NewportCare<sup>®</sup>**

**MEDICAL GROUP**

3300 WEST COAST HIGHWAY  
NEWPORT BEACH, CA 92663

**CHECKOUT ORDERS**  
**DOCTOR'S USE ONLY**

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **DOB:**     /     /     **Date:**     /     /

**Exam:**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Normal Cervical     | <input type="checkbox"/> Normal Thoracic | <input type="checkbox"/> Normal Lumbar             | <input type="checkbox"/> Abnormal Gait |
|  |  | <input type="checkbox"/> + Straight Leg Raise      |  |
| <input type="checkbox"/> Normal Shoulder     | <input type="checkbox"/> Normal Hip      | <input type="checkbox"/> Normal Knee               |  |
| <input type="checkbox"/> + Impingement Signs |  | <input type="checkbox"/> Crepitus, Joint Line Pain |  |
| <input type="checkbox"/> Other: _____        |  |  |  |

**Xray:**

- WNL
- Abnormal:
- Degenerative changes without spondy

**MRI:**

- WNL
- Abnormal:

**Notes:**

- PT \_\_\_\_\_
- Chiro \_\_\_\_\_
- Injections \_\_\_\_\_

**Plan:**

- Online Review

**IM in office injection:**

- B12
- Toradol \_\_\_\_\_ mg
- Demerol \_\_\_\_\_ mg
- Trigger Point \_\_\_\_\_

**Medications Given:**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mobic 15mg       | <input type="checkbox"/> Norco 5/325mg | <input type="checkbox"/> Steroid Taper | <input type="checkbox"/> Neurontin 300g |
| <input type="checkbox"/> Percocet 5/325mg | <input type="checkbox"/> Flexeril 5mg  | <input type="checkbox"/> Other: _____  | <input type="checkbox"/> Naproxen 500g  |

**Devices Ordered:**

- NMES
- TENS
- H-wave
- Lumbar Brace
- Cervical Collar
- KneeHab

**MRI:**

- Right     Left     w/ & w/o contrast
- Cervical Spine     Thoracic Spine     Lumbar Spine     Other: \_\_\_\_\_
- Shoulder     Hip     Knee     Ankle     Foot

**Physical Therapy:**

- Cervical Spine     Thoracic Spine     Lumbar Spine     Other: \_\_\_\_\_
- Shoulder     Hip     Knee     Ankle     Foot    Frequency \_\_\_\_\_ /wk for \_\_\_\_\_ wks

**Injection/ Procedure**

- Epidural \_\_\_\_\_
- SNB \_\_\_\_\_
- Facet \_\_\_\_\_
- RFA \_\_\_\_\_
- Surgery \_\_\_\_\_
- Dictated
- Transcribed

**Signature:** \_\_\_\_\_



# Physician Order Rx/Request for Authorization: Prescription Form/ Certificate of Medical Necessity

Patient Name \_\_\_\_\_ Physician Name \_\_\_\_\_

Surgery Center \_\_\_\_\_ Primary ICD-9 Code(s) \_\_\_\_\_ DOI: \_\_\_\_\_  Right  Left

Product Description  <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> Place Sticker Here
---

Product Description  <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> Place Sticker Here
---

Product Description  <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> Place Sticker Here
---

**Narrative Report:**

My signature below acknowledges that, in my judgment, the prescribed item is medically indicated & necessary and consistent with current accepted standards of medical practice and treatment of this patient's physical condition. My signature also serves to confirm the veracity of all information included in this document.

- Products:**  Compression Stocking  Walker Boot  Post-Op Shoe  Knee Immobilizer  Post-Op Knee  
 LSO  Abdominal Binder  Sling  Shoulder Immobilizer  Cervical Collar  Wrist Brace  Crutches  
 Thumb Spica  Front Wheel Walker  Other \_\_\_\_\_

**Pneumatic Intermittent Compression (PIC) Device with bilateral calf wraps**

TAKE HOME PORTABLE DEVICE

*Place Label With Serial # Here*

**DEVICE:** Pneumatic Intermittent Compression Device - Duration 1-30 Days  
**APPLIANCE(S):** Segmental Gradient Pressure Pneumatic Appliance(s) X2 - Duration 1-30 Days  
**MEDICAL COMPLICATIONS:**  CVI  Diabetes  DVT  Lymphedema  Other: \_\_\_\_\_

**Narrative Report:** In my evaluation of this patient. I have noted there is a higher risk of developing Deep Venous Thrombosis (DVT), due to the type of surgery performed combined with other risk factors. I am Prescribing DVT Prophylaxis involving the use of a pneumatic compression device and the necessary appliances. This patient will have decreased ability and duration of ambulation following surgery, which will significantly increase the risk factors associated with DVT, Pulmonary Embolism (PE), DVT and PE can be major complications associated with these surgeries, resulting in significant morbidity and mortality rates, as stated by the American College of Chest Physicians.

Significant published data is available on the incidents of DVT/PE, the effectiveness of various prophylactic techniques and the risks of hemorrhage when heparin is used, all of which provide positive and compelling evidence in support for the use of intermittent compression devices in DVT prevention. The plantar and lower leg wraps have added the advantage of reproducing the physiological mechanism of venous return. Impaired venous blood flow in post abdominal/orthopedic surgeries, trauma, and other conditions that impede or significantly decrease ambulation of patients most certainly will decrease circulation which can result in edema, pain, delayed healing and increased risk of DVT and PE. The clinical trials show clear evidence that these complications and risk factors can be significantly minimized with the use of the PIC devices.

For these reasons, PIC device and compression wraps are prescribed for this patient to maximize the most positive outcome of surgery and minimize the potential for serious complications. I have successfully used this device in my practice and my patients tolerate the treatment protocol with a very high degree of compliance. I feel this protocol is the most beneficial and cost effective treatment of my patients in greatly reducing the development of DVT, which when ignored can result in significant increase in morbidity and mortality and increased utilization of health care resources and dollars.

**Rental to Purchase Option**

NewportCare Medical Group makes every effort to provide you with equipment that is yours to keep. However, from time to time your doctor may prescribe a rental piece of equipment such as T.E.N.S. If you need a T.E.N.S. prescribed by your doctor, you may know your insurance may help pay for it. T.E.N.S. are normally rented on a monthly basis. If you wish to purchase the T.E.N.S. because you may need it for extended use, we will apply any daily rental rates to the purchase price. In making your decision to rent or purchase this equipment, you should know that you will be responsible for 20% of the service charge. If you choose the purchase option, you will be responsible for the purchase amount less than the rental.

Option <input type="checkbox"/> Rental <input type="checkbox"/> Purchase
--

**Patient Acknowledgment & Authorization to Assignment of Benefits(PA/AOB)**

I acknowledge receiving instruction, have demonstrated or verbalized my understanding in the proper use and care of the equipment or supplies received today described on this document & will follow them. I understand company business hours and a NewportCare Medical Group representative will be contacting me regarding my financial responsibilities related to this agreement. I acknowledge receipt & understand the Company Patient Information Privacy Notice and that all information on this document is correct. I understand and agree that I am responsible for payment or products and services provided by NewportCare Medical Group. I agree to make payment, in full, upon receipt of payment from insurance company to policy holder if not endorsed and forwarded to NewportCare Medical Group. I authorize release of any medical information necessary to process this claim and certify the above information is correct. I authorize any and all payments of medical benefits to NewportCare Medical Group for the products and services rendered.

Patient Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Product Delivery Acknowledgment (Required for Medicare Claims)

Patient Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Patient Sticker Here  <hr style="width: 80%; margin: auto;"/>
---

License# \_\_\_\_\_ NPI# \_\_\_\_\_ Physician Signature \_\_\_\_\_







**NewportCare®**

**MEDICAL GROUP**

3300 WEST COAST HIGHWAY

NEWPORT BEACH, CA 92663

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Entiendo que, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1966 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para lo siguiente:

- Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar infravalorados en el tratamiento directa e indirectamente.
- Obtenga el pago de los pagadores de terceros.
- Realizar operaciones de atención médica normales, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Solo a pedido, su organización proporcionará una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción mas detallada de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Se me ha dado el derecho de revisar dicho Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar a esta organización en cualquier momento en esta dirección anterior para obtener una copia actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinjan como se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo tratamientos, pagos de operaciones de atención médica. También entiendo que estan obligados a aceptar mis solicitudes, y al aceptar tales solicitudes, estan obligados a cumplir con esas restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que su organizacion haya tomado una decisión basada en el consentimiento.

**SITIO WEB Y LIBERACION DE LOS MEDIOS SOCIALES**

Yo, \_\_\_\_\_, (déjalo en blanco si no quieres involucrarte) por este medio autorizo a NewportCare Medical Group, a sus asociados y afiliados a publicar la historia, foto u otro artículo de mi hijo /a, en lo sucesivo referido como “Materiales,” que yo envió al sitio web de NewportCare Medical Group, cuenta de Twitter, cuenta de Instagram, cuenta de LinkedIn, cuenta de YouTube y cuenta de Facebook.

Por la presente le libero a su representante, empleados, gerentes, miembros, funcionarios, compañías matrices, subsidiarias y directores, de todas las reclamaciones y demandas que surjan de o en conexión con cualquier uso de dichos “Materiales,” incluyendo, sin limitación, todos los reclamos por invasión de privacidad, infracción de mi derecho de publicidad, difamación y cualquier otro derecho personal o de propiedad.

Reconozco y acepto que no me corresponderan sumas como resultado del uso y /o explotación de los “Materiales” ni de ningún derecho en ellos.

Nombre del Paciente

Firma

Relación con el Paciente

Fecha



**NewportCare<sup>®</sup>**  
**MEDICAL GROUP**  
3300 WEST COAST HIGHWAY  
NEWPORT BEACH, CA 92663

## LIBERACION DE REGISTROS

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a NewportCare Medical Group a consultar mi condición médica y los resultados de las pruebas con:

Indique todos los nombres y números de teléfono según corresponda.

Esposa \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_

Hermana (s) \_\_\_\_\_

Hermano (s) \_\_\_\_\_

Hijo (s) \_\_\_\_\_

Hija (s) \_\_\_\_\_

Cuidador \_\_\_\_\_

Contestador automático en el número de teléfono \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Nadie más que paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente (Imprimir)**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



**NewportCare®**  
**MEDICAL GROUP**  
3300 WEST COAST HIGHWAY  
NEWPORT BEACH, CA 92663

### RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

La práctica se reserva el derecho de modificar los esquemas de prácticas de privacidad en este aviso.

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

**Nombre del Paciente (Imprimir)** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Relación con el Paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

### DOCUMENTACION DEL INTENTO PARA OBTENER RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Intento de Obtener Acuse de Recibo

Se intentó obtener un Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad en

El Acuse de Recibo no se obtuvo porque:

\*El paciente estaba en tratamiento de emergencia

\*El paciente se negó a firmar el Acuse de Recibo.

\*Otro \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente (Imprimir)** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Relación con el Paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_





**NewportCare<sup>®</sup>**

**MEDICAL GROUP**

3300 WEST COAST HIGHWAY  
NEWPORT BEACH, CA 92663

**CONSENTIMIENTO DE INTERES FINANCIERO**

Yo, \_\_\_\_\_ (paciente), reconozco y acepto que mi(s) médico(s) pueden tener interés financiero en hospitales, centros de cirugía, centros de imágenes, terapias físicas y / o dispositivos quirúrgicos que el o ella opte por utilizar. Por la presente reconozco mis derechos para elegir otro médico o para solicitar que se utilicen los servicios de otra instalación o dispositivo.

---

**Nombre del Paciente (Imprimir)**

---

**Firma**

---

**Relación con el Paciente.**

---

**Fecha**



**NewportCare®**  
**MEDICAL GROUP**  
3300 WEST COAST HIGHWAY  
NEWPORT BEACH, CA 92663

**NEWPORTCARE MEDICAL GROUP  
POLITICA FINANCIERA DE LA OFICINA**

Gracias por elegir NewportCare Medical Group. Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento. Esperamos que entienda que el pago de sus facturas son consideradas parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera que requerimos que lea, acepte, y firme antes de cualquier tratamiento. Esta política financiera se aplica a todos los servicios prestados for los médicos y fisioterapeutas.

Es nuestra política que el paciente, en lugar de la compañía de seguros, sea responsable del pago completo de nuestros cargos. Todos los pacientes con cobertura de seguro estan obligados a pagar los servicios no cubiertos, cualquier monto de deducible que no se haya cumplido anteriormente, y cualquier monto de copago adeudado, al momento de los servicios prestados. Para los pacientes con cobertura de seguro dual, le facturaremos el seguro primario y el segundo seguro si nos ha proporcionado la información necesaria.

Los pacientes asegurados con planes con los que NO estamos contratados deberán pagar por la primera visita en su totalidad. Para cualquier visita de seguimiento, deberá pagar un 30% en el momento en que se presten los servicios. Habrá un pago inicial del 30% antes de cualquier cirugía necesaria.

Si está asegurado con un plan con el que estamos contratados (incluso Medicare), deberá pagar por los servicios no cubiertos, cualquier deducible pendiente y su cantidad de copago al momento de cada visita. Si por alguna razón la compañía de seguros no pagó, el paciente será responsable del saldo total.

Se espera que los pacientes sin cobertura de seguro paguen por los servicios en el momento en que dichos servicios han sido prestados.

Si no se hacen los arreglos de pago o pagan saldos pendientes dentro de los 60 días de la notificación o vencimiento, puede resultar en la terminación del cuidado por NewportCare Medical Group.

Nuestros métodos de pago aceptados son efectivo, cheque, Visa, MasterCard o Discover Card. Si se solicita, se puede programar un breve pago para aquellos pacientes que tienen condiciones financieras especiales.

Nuevamente, gracias por confiarnos su cuidado. Si tiene alguna pregunta sobre la responsabilidad financiera de las opciones de pago, comuníquese con nuestro departamento de seguros.

**“He leído, entiendo, y estoy de acuerdo con las disposiciones de esta política.”**

---

**Nombre del Paciente (Imprimir)**

---

**Firma del Paciente / Garante**

---

**Fecha**

## 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)