



Jeffery A. Muller, M.D. & Associates
 2815 S. Main Street, Suite 210, Corona, CA 92882

Phone 951-735-9211



<https://www.facebook.com/CoronaFamilyCare/>

Are you on Facebook? YES NO

Fecha de Hoy: _____

¿Como se entero de nuestra oficina? _____

Informacion de Paciente:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona: _____

No. de Seguro: _____

Licencia de Conducir #: _____

Estado civil: Casado Soltero Divorciado Viudo
 Separado

Fecha de Nacimiento: _____

Telefono de Casa: _____

Telefono de Trabajo: _____

Telefono de Celular: _____

E-mail: _____

Sexo: Hombre Mujer

Employer Information:

Empleador _____

Telefono #: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona: _____

Informacion de Seguro Primario:

Nombre de Seguro: _____

Domicilio fisico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona: _____

Nombre de Persona Primaria: _____

Fecha Efectiva: _____

Fecha de Nacimiento: _____

No. de Identificacion: _____

No. de Telefono: _____

No. de Grupo: _____

Contacto de Emergencia

Persona de contacto: _____

Parentesco con el paciente: _____

Telefono de Casa: _____

Telefono de Celular: _____

Informacion de Seguro Secundario:

Nombre de Seguro: _____

Domicilio fisico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona: _____

Nombre de Persona Primaria: _____

Fecha Efectiva: _____

Fecha de Nacimiento: _____

No. de Identificacion: _____

No. de Telefono: _____

No. de Grupo: _____

Informacion demografica del paciente (requerido para los centros de servicios de Medicare y Medicaid):

Etnicidad: Hispano(a) No Hispano o Latino Desconocido(a)

Idioma preferido:

- | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Arabica | <input type="radio"/> Aleman(a) | <input type="radio"/> Japones | <input type="radio"/> Espanol(a), Castellano | <input type="radio"/> Frences |
| <input type="radio"/> Bulgaro(a) | <input type="radio"/> Haitiano(a) | <input type="radio"/> Coreano(a) | <input type="radio"/> Tailandes | <input type="radio"/> Italiano |
| <input type="radio"/> Chino(a) | <input type="radio"/> Hebreo(a) | <input type="radio"/> Polaco(a) | <input type="radio"/> Urdu | <input type="radio"/> Ruso |
| <input type="radio"/> Ingles | <input type="radio"/> Hindi | <input type="radio"/> Portugues(a) | <input type="radio"/> Vietnamita | <input type="radio"/> Otra |

Raza: Indio Americano(a)/Nativo de Alaska Afroamericano Caucasico
 Asiatico(a) Hawaiano native/Otra Pacifico Otro raza _____

Directiva Avanzada para La Salud

Como su medico, tengo la obligacion de pedirle a todos mis pacientes mayores de los 18 anos, si ya ha formulado una Directiva Avanzada para la salud. Asi poder incorporarla a su expediente medico. No esta obligado a proporcionar esta informacion, pero si tenemos que pedirsela. Por favor de regresar esta forma a la recepcionista al completarla. ¿Recuso contestar estas preguntas? NO YES

¿Ha formulado usted una Directiva Avanzada? NO YES

Si ya ha formulado una Directiva Avanzada marque el tipo que tiene: Durable Power of Attorney for Health Care/California Natural Death Act/Living Health Care Will/Other _____

¿Acepta entregarnos una copia de su directive? NO YES

Firma: _____

Fecha: _____



Jeffery A. Muller, M.D. & Associates
 2815 S. Main Street, Suite 210, Corona, CA 92882
 Phone 951-735-9211

Nombre de Paciente: _____	Fecha de Hoy: _____
Fecha de Nacimiento: _____	Altura: _____ Peso: _____

Por favor de listas todas sus sintomas corrientes: _____

Check any of the following for illness or conditions you have had:

Perdido de audicion	Tiroides	Agruras	Orina frecuente	Ronchas
Zumbido de oidos	Bronquitis	Ulcera peptic	Sangre en la urina	Nerviosidad
Infecciones de oidos	Dolor de pecho	Dolor de abdomen	Piedra de rinon	Sinusitis
Vertigo/Mareos	Palpitaciones	Diarrea	Cancer	Depresion
Dolor de los ojos	Soplo de Corazon	Estrenimiento	Diabetis	Fatiga frecuente
Infecciones de ojos	Gota	Excremento con sangre	Temblor de mano	Alta/baja presion
Fracturas por trauma	Derrame cerebral	Alergias	Adormecimiento	Paperos
Prob. De pasar comida	Enfermedad venereas	Perdida de memoria	Hormigueos	Polio
Problemas de dormer	Vena varicose	Hemoroides	Dolor de cabeza	Sarampion
Dolores de garganta	Dolor de pie/piernas	Hernia	Fractura de hueso	Tuberculosis
Varicela	Enfermedad mental	¿Tiene otros problemas medicales? _____		

<u>Cirugias (tipo de cirugia y fecha):</u> <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Corazon <input type="checkbox"/> Ortopedico <input type="checkbox"/> Apendice <input type="checkbox"/> Ginecologico <input type="checkbox"/> Prostata <input type="checkbox"/> Otra cirugia: _____	Por favor enumere cualquier otra enfermedad que no requiera operacion por la cual fue hospitalizado: _____ _____ ¿Ha tenido una transfusion de sangre? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ¿Cuando? _____
--	---

MEDICAMENTOS: Por favor liste todos los medicamentos que esta tomando ahora (Incluyendo pildoras anticonceptivas, laxativos, aspirina, etc.)

Medicamento: _____	Dosis: _____	¿Tome for que razon?: _____	Doctor que prescribe: _____

FARMACIA:

Nombre de Farmacia: _____	Telefono: _____
Ciudad/Calle: _____	

<u>¿Tome estos medicamentos?</u> Aspirina/medicamentos for la sangre: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ Vitaminas: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ Laxantes: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ Esteroides: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ Prueba de la Tuberculosis: Fecha _____ Resultados: Positivo ____ Negativo _____ ¿Radiografia de pecho? _____	<u>ALERGIAS: Escribe todas sus alergias.</u> ¿Tiene alergia a latex? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES ¿Tiene alergia a iodine? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES ¿Tiene alergia a algun medicamento? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Por favor nombrelas con la reaccion que sufre: _____ _____
---	--



Jeffery A. Muller, M.D. & Associates
2815 S. Main Street, Suite 210, Corona, CA 92882

Phone 951-735-9211

<p style="text-align: center;"><u>Solamente Mujeres:</u></p> <p>¿Podria estar embarazada? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI # de hijos: _____ # de aborto natural: _____ ¿Complicaciones? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> YES _____ La primeria dia de su menstruacion ultimo: _____ Detalle algun problema que tenga con su ciclo menstrual: _____ ¿Has pasado por la menopausia? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI Fecha de su ultimo Mamografia: _____ <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Abnormal Fecha de su ultimo Papanicolaou (PAP): _____ <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Abnormal</p>	<p style="text-align: center;"><u>Solamente Hombres:</u></p> <p>¿Cuando fue su ultimo analisis de sangre de prostate? _____</p>
<p style="text-align: center;"><u>Historial Medico de Familia</u></p> <p>¿Si un pariente ha tenido uno de lo siguiente, de cual pariente? Cancer: Pariente: Tipo de Cancer: ¿Cuanto anos tienes cuando se diagnostic? ¿Todavia viviendo? ¿Ellos murieron de cancer? _____ _____</p> <p>Infarto de Miocardio o Carrera: Pariente: Infarto de Miocardio/Carrera: ¿Cuanto anos Tiene? ¿Todavia viviendo? ¿Ellos murieron de este? _____ _____</p> <p>Cualquier otro problema de salud o enfermedad entre sus parientes consaguineos? Tuberculosis Diabetis Gota Apoplejia Cancer Migrana Alta presion Glaucoma Alergia Enfermedad Mental Arthritis Baja presion</p>	
<p style="text-align: center;"><u>Historial de Vacunacion:</u></p> <p>Por favor diganos la fecha de sus ultimas vacunas: Tetanos Difteria Ano: _____ Paperas de sarampion Ano: _____ Pneumovax Ano: _____ ¿Vacuna contra la polio en los ultimos dos anos? Ano: _____ Influenza Ano: _____</p>	<p style="text-align: center;"><u>Historia de la Infancia:</u></p> <p>Por favor circule cualquiera de los siuientes que ha tenido: Varicela Polio Difteria Fiebre reumatica Sarampion Aleman Escarlatina Sarampion Tos ferina Paperas Ninguno</p>
<p style="text-align: center;"><u>Habitos Sociales – Si estos aplican a usted, por favor de indicar la cantidad:</u></p>	
<p>Ocupacion: _____</p> <p>¿Has viajado fuera de los estados unidos? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI ¿Cuando y adonde? _____ ¿Fuma o mastica tabaco? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI ¿Si fuma, ¿cuanto y durante cuanto tiempo? _____ _____ _____</p> <p>¿Como dejarlo? _____</p>	<p>¿Bebe alcohol? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI Si bebe, ¿cuanto y con que frecuencia? _____</p> <p>¿Usa otra clase de drogas (marihuana, cocaine, pastillas? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI Si toma, ¿cuanto y con que frecuencia? _____</p>



REVISION DE SISTEMAS

¿En el ultimo ano habia tenido cualquiera de los siguientes?

<p>PIEL: Cambio en la textura del cabello Cambio en la textura de la piel Cualquier erupcion cutanea Cualquier Nuevo or cambio en lunares</p> <p>HEENT: Vision borrosa Vision doble Manchas delante de los ojos Ojos infectados Dolor detras de los ojos Cualquier cambio en la vision ¿Usas lentes? ¿Cuando fue la ultima vez que revisaron su vision? _____ Dolor de oidos Secrecion de los oidos Zumbidos en los oidos Disminucion de la audicion Hemorragias nasals recurrentes Resfriados recurrentes Problema sinusal Fiebre del heno Olores extranos persistentes Sabor extrano o perdida de sabor Ronquera persistente Dificultad para tragar Glandulas agrandadas Dolor de garganta recurrente Llagas recurrentes en la boca Dolor o sangrado de las encias al cepillarse</p> <p>RESPIRATORIO: Dificultad para respirar Sudores nocturnos Tos cronica o frecuente Tos cronica o frecuente al acostarse Jadeo Tosio sangre</p>	<p>SI NO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> </table> <p>SI NO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> </table> <p>SI NO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> </table> <p>SI NO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>																																							<p>CARDIOVASCULAR: Dolor en el pecho Dolor en los brazos Despertarse por la noche sin aliento ¿Cuantas almohadas de cama usas? Dificultad para respirar: Un tramo de escaleras Al acostarse Labios o dedos morados Palpitaciones o aleteo del corazon Manchado de manos, pies o tobillos ¿A que hora del dia? _____ Calambres en las piernas al caminar o de noche Venas dilatadas en las piernas</p> <p>GASTROINTESTINAL Dolor de estomago recurrente Eructos de acidez estomacal Aliviado por alimentos o medicamentos Apetito: Bueno Justo Pobre Nausea o vomitos Sangre vomitada Evitar algunos alimentos ¿Que tipos? _____ Evitar las especias Evacuacion intestinal negra Culaquier sangre en el movimiento intestinal Dolor rectal con deposiciones Evacuaciones medias _____ Frecuencia por dia _____ Cambio de tamano, forma o textura BM</p> <p>ENDOCRINO: Coto Sofocos Cansancio sin razon aparente Fragilidad de las unas Sequedad de la piel Incapacidad para soportar el calor Incapacidad para soportar el frio</p>	<p>SI NO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> </table> <p>SI NO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> </table> <p>SI NO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> </table> <p>SI NO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> </table> <p>SI NO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>																																																		



Jeffery A. Muller, M.D. & Associates
2815 S. Main Street, Suite 210, Corona, CA 92882
Phone 951-735-9211

REVISION DE SISTEMAS CONTINUADO...

<u>MUSCULO-SKELETAL:</u> Recurrent back pains Backaches Joint pains Swelling of any joints Redness or heat of any joint	SI NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									<u>GENITOURINARIO:</u> Perder orina al toser o estornudar Secrecion del pene Dolor al orinar Dificultad para comenzar a orinar ¿Te levantas por la noche para orinar? ¿En caso afirmativo, cuantas veces? _____	SI NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>										
<u>NEUROLOGICO:</u> Frequent or severe headaches Fainting spells Dizziness on change of position Unconscious spells Tingling or weakness of hands or feet Muscle spasms Loss or change of sensation in hands/feet Trembling of any extremity	SI NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>															¿Cualquier sangre en la orina? ¿Senacion complete de vejiga, pero solo una pequena cantidad de miccion?	SI NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
<u>SIGMOIDOSCOPIA O COLONOSCOPIA:</u> Sigmoidoscopy When? _____ Colonoscopy When? _____ Do you know the findings?	SI NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					<u>HEMATOLOGICO:</u> Moretones con facilidad Problemas de sangrado	SI NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>														
<u>EKG:</u> Ever had an electrocardiogram? Were the results abnormal?	SI NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																				
<u>ECO:</u> Ever had an echocardiogram? Were the results abnormal?	SI NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																				
<u>PRUEBA DE ESTRES:</u> Ever had a treadmill stress test? Were the results abnormal?	SI NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																				



Jeffery A. Muller, M.D. & Associates
2815 S. Main Street, Suite 210, Corona, CA 92882
Phone 951-735-9211

ACUERDO DE CONSENTIMIENTO DE COMUNICACION DEL PACIENTE POR LEY FEDERAL HIPAA

I, _____, POR LA PRESENTE DOY MI CONSENTIMIENTO A Corona Family Care, Inc., Dr. Jeffery Muller, and Associates y su personal para contactarme con respect a cualquiera de mi tratamiento con su oficina incluyendo resultados de laboratorio, radiografias, referencias y citas a traves de:

Por favor marque todos los que apliquen:

_____ Mensaje detallado o discussion con el conyuge/otra significativa/miembro de la familia. Por favor enumere los nombres y las relaciones a continuacion:

Nombre:

Relacion:

Numero de telefono:

_____ Correo

_____ Contestador automatico

_____ Numero celular # _____

_____ No contacte personalmente a nadie mas que a mi.

NOMBRE DE PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

FIRMA: _____



Jeffery A. Muller, M.D. & Associates
 2815 S. Main Street, Suite 210, Corona, CA 92882
 Phone 951-735-9211

*****PLEASE FAX RECORDS TO: 877-714-5449*****

AUTORIZACION PARA LA ENTREGA U OBTEN

Nombre de Paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Numero de telefono: _____

Autorizo la divulgacion de mis registros medicos a Corona Family Care, Inc., para revision y continuacion de mi atencion medica. Autorizo a los siguientes consultorios medicos, clinicas, consultorios legales, centros de diagnostic y proveedores medicos a proporcionar copias de mis registros medicos a Corona Family Care, Inc.

PERSONAS O ENTIDADES PUEDEN ENTREGAR LA INFORMACION MEDICA:

(Enumerar todas las instalaciones, clinicas y oficinas desde las cuales se puede solicitar informacion)

Persona/Entidad:	Direccion:	Numero de Telefono:

Restricciones: Marque la casilla e inicial para especificar que tipo de informacion se publicara:

- Expediente Medico Completo (Notas de consultorio medico, informes de consultas externas, informes diagnosticos, resultados de laboratorio e informes hospitalarios de todas las ubicaciones mencionadas anteriormente, durante el periodo de los ultimos años)

O: Seleccione elementos:

- Informes Diagnosticos _____ Fechas: _____
- Notas de consultorio medico _____ Fechas: _____
- Resultados de laboratorio _____ Fechas: _____
- Otro (Especifique) _____ Fechas: _____

Esta autorizacion se vencera un año después de la firma a menos que se indique lo contrario abajo:

- Otra fecha de vencimiento específica (especificar): ____/____/____
- Esta autorizacion nunca se vencera.

Firma del paciente/representante del paciente: _____

FECHA: _____



Jeffery A. Muller, M.D. & Associates
2815 S. Main Street, Suite 210, Corona, CA 92882
Phone 951-735-9211

Poliza de "No Show" (No Presentarse)

Nombre de Paciente: _____

La atención de calidad a nuestros pacientes es nuestra prioridad. Por favor, tomese unos minutos para revisar nuestra poliza de no presentarse y firmar en la parte inferior del formulario. Si usted tiene alguna pregunta, por favor haganoslo saber.

Definición de "No-Show" (No Presentarse)

Corona Family Care define una cita a la que no se presenta como cualquier cita en la cual el paciente:

- No llega a su cita
- Cancela con menos de 24 horas de aviso
- Llega mas de 10 minutos tarde y en consecuencia, no puede ser visto

El Impacto de un "No-Show"

No presentarse a una cita tiene un impacto negativo importante en nuestra practica y la atención medica que brindamos a nuestro pacientes. Cuando un paciente no se presenta a una cita:

- Potencialmente pone en peligro la salud del paciente que no se presenta
- Es injusto (y frustrante) a los otro pacientes que con gusto hubieran tomado la cita
- Es irrespetuoso no solo al tiempo del proveedor, pero tambien al tiempo de todo el personal de la clinica

Como Evitar un "No Show"

1. **Confirme** su cita
2. **Llegue 5-10** minutos temprano
3. **De 24 horas** de aviso para cancelar citas

1. Confirmar Citas

Corona Family Care intentara ponerse en contacto con usted dos dias de negocio antes de su cita para confirmar su cita. Si no logramos hablar con usted y tenemos que dejar un mensaje, necesitara ponerse en contacto con Corona Family Care de 2:30 p.m.m del dia habil anterior a la cita—de lo contrario la cita se cancelara y se marca como "no show".

2. Siempre Llegue 5-10 Minutos Temprano

Quando usted programa una cita con nosotros, esperamos que llegue a nuestra oficina 5 a 10 minutos antes de su cita. Esto da tiempo para que usted y nuestro personal aclaren cualquier pregunta sobre el seguro medico o si tiene preguntas de la facturacion y para completar cualquier papeleo necesario antes de la cita.

3. De 24 Horas de Aviso si Necesita Cancelar

Si necesita cancelar o cambiar la fecha de una cita, esperamos que se comunice con nuestra oficina a mas tardar 24 horas antes de la cita. Esto nos permite una cantidad razonable de tiempo para determinar la forama mas adecuada para redirgir su cuidado , asi comob tambien nos da la oportunidad de ocupar la cita ahora vacante con otro paciente. Si es menos de 24 horas antes de su cita y surge algo, por favor denos la cortesia de una llamada telefonica.

Consecuencias de un "No Show"

Si usted pierde 3 o mas citas dentro de un an ousted sera castigado por seis meses. Castigo significa que:

1. **Sus otras citas se cancelaran.**
2. Solo se le puede brindar cuidado medico de emergencia.
3. El tratamiento que tenga que no este hecho nada mas se puede hacer cuando haya cancelaciones y solamente a la discrecion de proveedor medico.

He leído y entendido la Poliza de Corona Family Care sobre "No Show" como se ha descrito anteriormente.

FECHA: _____ FIRMA: _____



Jeffery A. Muller, M.D. & Associates
2815 S. Main Street, Suite 210, Corona, CA 92882
Phone 951-735-9211

PERMISO Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

(Initials) Yo por este medio, consiento a tratamiento medico de Jeffery A. Muller, MD yAssociates.

(Initials) Yo entiendo que todos los cargos tiene que ser recibidos al tiempo de servicio a menos que Jeffery A. Muller, M.D. y Associates. son proveedores contratos de mi plan de seguro. Si son proveedores contratos, yo entiendo que mis co-pagos, deductibles, y otros cargos que son requeridos de mi seguro tienen que ser recibidos al tiempo de servicio. Yo entiendo que hay una posibilidad que mi seguro medico no pagara todos mis cargos. Si mi seguro no paga, yo acepto toda la responsabilidad financier por todos mis cargos que son incurrido en el tratamiento de Jeffery A. Muller, M.D. y Associates.

(Initials) Yo entiendo que yo recibire una factura mensual de la parte del balance de que soy reasonable. Si no pago toda la "Due form Patient" porcion antes de la fecha escrita en la facture, yo sere cobrado 1.5% interes cada mes de la parte que no esta pagado.

FECHA: _____ **FIRMA:** _____

Si desea, nuestra oficina puede mandar la facture de los cargos incurridos a su seguro. Pero, tiene que firmar esta asignacion de Beneficios y Autorizacion de Informacion que esta abajo. Esta asignacion aplicara a todos las facturas en el future a menos que yo notifico la oficina en escritura al contrario.

Yo, por este medio, autorizo que los pagos de mi seguro son pagado directamente a Jeffery A. Muller, M.D. y Associates, pueden obtener toda la informacion requerido para procesar los cargos en cruidos.

FECHA: _____ **FIRMA:** _____

Si usted va firmar este contacto como la persona responsable para un nino/a que es menor de edad, por favor de llenar declaracion abajo:

Yo, _____, acepto toda la responsabilidad financier como descrito
(Su nombre) (Pariente a Paciente)

arriba y consiento a tratamiento medico de Jeffery A. Muller, M.D. y Associates, para _____,
un nino/a que es menor de edad.



Jeffery A. Muller, M.D. & Associates
2815 S. Main Street, Suite 210, Corona, CA 92882
Phone 951-735-9211

Pacientes que Pagan de su Bolsillo

Por favor tenga en cuenta que la cita de hoy es para una consulta con el medico. Una consulta es para diagnosticar su condicion y para determinar el plan de tratamiento mas adecuado y eficaz para su condicion.

No hay ninguna garantia de que el medico le recete medicamentos o le de refills de medicamentos previamente recetados por otro medico.

Su pago por la visita de hoy es la de una consulta.

Solamente tomamos dinero en efectivo, tarjeta de credito o tarjeta de debito con el logo de Visa o MasterCard.

NO Habra DEVOLUCION de su dinero.

Estoy de acuerdo a los terminus mencionados arriba:

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE