



**Jeffery A. Muller, M.D. • Lisa Rogers- PA-C**  
 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

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Telefono de Casa: \_\_\_\_\_

Telefono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Telefono de Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer

**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. • Lisa Rogers- PA-C**  
 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? _____		

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

**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: _____	

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



**Jeffery A. Muller, M.D. • Lisa Rogers- PA-C**  
 2815 S. Main Street, Suite 210, Corona, CA 92882

Phone 951-735-9211

<p style="text-align: center;"><b><u>Solamente Mujeres:</u></b></p> <p>¿Podria estar embarazada? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI</p> <p># de hijos: _____ # de aborto natural: _____</p> <p>¿Complicaciones? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> YES _____</p> <p>La primeria dia de su menstruacion ultimo: _____</p> <p>Detalle algun problema que tenga con su ciclo menstrual: _____</p> <p>¿Has pasado por la menopausia? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI</p> <p>Fecha de su ultimo Mamografia: _____</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Abnormal</p> <p>Fecha de su ultimo Papanicolaou (PAP): _____ <input type="radio"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Normal <input type="radio"/> Abnormal</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Solamente Hombres:</u></b></p> <p>¿Cuando fue su ultimo analisis de sangre de prostate? _____</p>														
<p><b><u>Historial Medico de Familia</u></b></p>															
<p>¿Si un pariente ha tenido uno de lo siguiente, de cual pariente?</p> <p>Cancer:</p> <p>Pariente: Tipo de Cancer: ¿Cuanto anos tienes cuando se diagnostic? ¿Todavia viviendo? ¿Ellos murieron de cancer?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>															
<p>Infarto de Miocardio o Carrera:</p> <p>Pariente: Infarto de Miocardio/Carrera: ¿Cuanto anos Tiene? ¿Todavia viviendo? ¿Ellos murieron de este?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>															
<p>Cualquier otro problema de salud o enfermedad entre sus parientes consaguineos?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>Tuberculosis</td> <td>Diabetis</td> <td>Gota</td> <td>Apoplejia</td> <td>Cancer</td> <td>Migrana</td> <td>Alta presion</td> </tr> <tr> <td>Glaucoma</td> <td>Alergia</td> <td>Enfermedad Mental</td> <td></td> <td>Arthritis</td> <td>Baja presion</td> <td></td> </tr> </table>		Tuberculosis	Diabetis	Gota	Apoplejia	Cancer	Migrana	Alta presion	Glaucoma	Alergia	Enfermedad Mental		Arthritis	Baja presion	
Tuberculosis	Diabetis	Gota	Apoplejia	Cancer	Migrana	Alta presion									
Glaucoma	Alergia	Enfermedad Mental		Arthritis	Baja presion										
<p style="text-align: center;"><b><u>Historial de Vacunacion:</u></b></p> <p>Por favor diganos la fecha de sus ultimas vacunas:</p> <p>Tetanos Difteria      Ano: _____</p> <p>Paperas de sarampion      Ano: _____</p> <p>Pneumovax      Ano: _____</p> <p>¿Vacuna contra la polio en los ultimos dos anos?</p> <p style="padding-left: 40px;">Ano: _____</p> <p>Influenza      Ano: _____</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Historia de la Infancia:</u></b></p> <p>Por favor circule cualquiera de los siuientes que ha tenido:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>Varicela</td> <td>Polio</td> </tr> <tr> <td>Difteria</td> <td>Fiebre reumatica</td> </tr> <tr> <td>Sarampion Aleman</td> <td>Escarlatina</td> </tr> <tr> <td>Sarampion</td> <td>Tos ferina</td> </tr> <tr> <td>Paperas</td> <td>Ninguno</td> </tr> </table>	Varicela	Polio	Difteria	Fiebre reumatica	Sarampion Aleman	Escarlatina	Sarampion	Tos ferina	Paperas	Ninguno				
Varicela	Polio														
Difteria	Fiebre reumatica														
Sarampion Aleman	Escarlatina														
Sarampion	Tos ferina														
Paperas	Ninguno														
<p><b><u>Habitos Sociales – Si estos aplican a usted, por favor de indicar la cantidad:</u></b></p>															
<p>Ocupacion: _____</p> <p>¿Has viajado fuera de los estados unidos? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI</p> <p style="padding-left: 40px;">¿Cuando y adonde? _____</p> <p style="padding-left: 40px;">¿Fuma o mastica tabaco? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI</p> <p style="padding-left: 40px;">¿Si fuma, ¿cuanto y durante cuanto tiempo? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Como dejarlo? _____</p>	<p>¿Bebe alcohol? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI</p> <p>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> <p>_____</p>														



Jeffery A. Muller, M.D. • Lisa Rogers- PA-C  
 2815 S. Main Street, Suite 210, Corona, CA 92882  
 Phone 951-735-9211

## REVISION DE SISTEMAS

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

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



Jeffery A. Muller, M.D. • Lisa Rogers- PA-C  
 2815 S. Main Street, Suite 210, Corona, CA 92882  
 Phone 951-735-9211

## REVISION DE SISTEMAS CONTINUADO...

<p><b><u>MUSCULO-SKELETAL:</u></b>            Recurrent back pains            Backaches            Joint pains            Swelling of any joints            Redness or heat of any joint</p>	<p>SI NO  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><b><u>GENITOURINARIO:</u></b>            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? _____            ¿Cualquier sangre en la orina?            ¿Senacion complete de vejiga, pero solo una pequena cantidad de miccion?</p>	<p>SI NO  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p><b><u>NEUROLOGICO:</u></b>            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</p>	<p>SI NO  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><b><u>HEMATOLOGICO:</u></b>            Moretones con facilidad            Problemas de sangrado</p>	<p>SI NO  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p><b><u>SIGMOIDOSCOPIA O COLONOSCOPIA:</u></b>            Sigmoidoscopy When? _____            Colonoscopy When? _____            Do you know the findings?</p>	<p>SI NO  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
<p><b><u>EKG:</u></b>            Ever had an electrocardiogram?            Were the results abnormal?</p>	<p>SI NO  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
<p><b><u>ECO:</u></b>            Ever had an echocardiogram?            Were the results abnormal?</p>	<p>SI NO  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
<p><b><u>PRUEBA DE ESTRES:</u></b>            Ever had a treadmill stress test?            Were the results abnormal?</p>	<p>SI NO  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		



**Jeffery A. Muller, M.D. • Lisa Rogers- PA-C**  
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 Lisa Rogers, PA-C 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. • Lisa Rogers- PA-C**  
 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. • Lisa Rogers- PA-C**  
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 háganoslo 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 más 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 práctica y la atención médica que brindamos a nuestros 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 otros pacientes que con gusto hubieran tomado la cita
- Es irrespetuoso no solo al tiempo del proveedor, pero también al tiempo de todo el personal de la clínica

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 intentará ponerse en contacto con usted dos días de negocio antes de su cita para confirmar su cita. Si no logramos hablar con usted y tenemos que dejar un mensaje, necesitaremos ponernos en contacto con Corona Family Care de 2:30 p.m. del día hábil anterior a la cita—de lo contrario la cita se cancelará y se marca como "no show".

2. Siempre Llegue 5-10 Minutos Temprano

Cuando 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 médico o si tiene preguntas de la facturación 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 comuniquen con nuestra oficina a más tardar 24 horas antes de la cita. Esto nos permite una cantidad razonable de tiempo para determinar la forma más adecuada para redirigir su cuidado, así como también 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 cortesía de una llamada telefónica.

Consecuencias de un "No Show"

Si usted pierde 3 o más citas dentro de un año usted será castigado por seis meses. Castigo significa que:

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

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. • Lisa Rogers- PA-C
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, and Lisa Rogers, PA-C.

(Initials) Yo entiendo que todos los cargos tiene que ser recibidos al tiempo de servicio a menos que jeffery A. Muller,M.D. y Lisa Rogers, PA-C. 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 Lisa Rogers, PA-C.

(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 Lisa Rogers, PA-C, 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, (Su nombre) (Pariente a Paciente), acepto toda la responsabilidad financier como descrito arriba y consiento a tratamiento medico de Jeffery A. Muller, M.D. y Lisa Rogers, PA-C, para un nino/a que es menor de edad.



**Jeffery A. Muller, M.D. • Lisa Rogers- PA-C**  
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