

## CUESTIONARIO DE SALUD

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE ENFERMEDAD: A Tenido

#### Emermedad de infancia:

Sarampion	No	Si	Trombosis	.....No	Si	Fiebre reumatica o enfermedad del corazon	.....No	Si
Paperas	.....No	Si	Cancer	.....No	Si	Anormalidad hereditaria	.....No	Si
Varicela	.....No	Si	Tuberculosis	.....No	Si	Otra grave enfermedad	.....No	Si
Diabetes	.....No	Si	Enfermedad Venerea	.....No	Si			

#### Adulto:

A tenido alguna enfermedad grave? ..... No Si  
 A estado en un hospital o en tratamiento por algun problema medico por mucho tiempo? ..... No Si  
 Si marca que si, por que razon? \_\_\_\_\_

#### Operaciones:

Ha tenido cirujia grave? .....No Si  
 Que clase: \_\_\_\_\_

#### Daño perjuicio:

A tenido algun hueso fracturado? ..... No Si  
 A tenido daño perjuicio a la cabeza o concusion? ..... No Si  
 A estado inconscience? ..... No Si

HISTORIA FAMILIAR:	Vivo		Muerto		Algun pariente consanguineo ha tenido:		
	Edad	Salud	Edad	Causa de muerte			
Padre					Cancer	No	Si
Madre					Tuberculosis	No	Si
Hermano/Hermana					Diabetes	No	Si
					Problemas del corazon	No	Si
					Presion alta	No	Si
					Trombosis	No	Si
Esposo/Esposa					Convucion	No	Si
Hijo/Hija					Suicidio	No	Si
					Efermedad Mental	No	Si
					Tendencia a sangrar	No	Si
					Gota o otra clase de artritis	No	Si
					Defectos hereditarios	No	Si

### HISTORIA SOCIAL:

Circulo Una: Soltero Casado Separdo Divorciado Vi

Usted vive con su esposo o esposa? ..... No Si  
 Tiene usted dependientes en su casa? ..... No Si

Bebidas Alcoholicas: Nunca \_\_\_ Causalmente \_\_\_ Moderadamente \_\_\_ Diariamente \_\_\_ ..... No Si

Tabaco: Cigarros \_\_\_ Cuantos Paquetas al dia? \_\_\_ No fumo \_\_\_ Fumado alguna vez \_\_\_ ..... No Si

Esta usted empleado? Tiempo Completo \_\_\_ Tiempo Parcial \_\_\_

Cual es su ocupacion? \_\_\_\_\_

Esta usted expuesto a vapores, polvo o solventes? \_\_\_\_\_

#### Educacion: (Años)

Escuela Primaria \_\_\_ Universitaria \_\_\_ Postgraduado \_\_\_

Cunto tiempo en el ultimo ano usted a perdido de trabajar por su salud?  
 Seis Meses \_\_\_ Un Ano \_\_\_ Cinco Años \_\_\_

### REVICION GENERAL:

#### General:

Cambio de peso reciente? ..... No Si  
 A estado bien de salud general la mayoria de su vida? No Si

#### Piel:

Enfermedad de piel ..... No Si  
 Ictericia ..... No Si  
 Urticaria eccema o salpullido ..... No Si  
 Infeccion o ampollas ..... No Si  
 Anormalidad en pigmentación ..... No Si

#### Cabeza-Ojos-Oidos-Nariz-Garganta:

Enfermedad de ojos o daño perjuicio a los ojos ..... No Si  
 Usa usted lentes? ..... No Si  
 Vista doble ..... No Si  
 Dolor de cabeza ..... No Si  
 Glaucoma ..... No Si  
 Comezon en los ojos o nariz ..... No Si

#### Cabeza-Ojos-Oidos-Nariz-Garganta: (continuado)

Estornudo o Góteo Nasal ..... No Si  
 Hemorragia Nasal ..... No Si  
 Problemas cronicos de las sinusitis ..... No Si  
 Enfermedad De Los Oidos ..... No Si  
 Oido deteriorado ..... No Si  
 Mareado o episodios momentaneos a causa de inconsciencia ..... No Si

#### Cuello:

Tiesura ..... No Si  
 Problemas de la tiroides ..... No Si  
 Glandula agrandada ..... No Si

#### Respiratorio:

URI (tiene catarro ahora en esta circunstancias) No Si  
 Escupe sangre ..... No Si

**Respiratorio Cont:**

Asma o respirar asmaticamente..... No Si
Dificultad para respirar..... No Si
Problemas del pulmon..... No Si
Pleuresia o pulmonia ..... No Si

**Cardiovascular:**

Dolor de pecho o angina de pecho..... No Si
Escasez cuando respirar si caminar o esta acostado..... No Si
Dificultad cuando camino dos bloque..... No Si
Problemas del corazon o ataque del corazon ..... No Si
Presion alta..... No Si
Se le hincha sus manos, los pie o tobillos..... No Si
Se despierta de noche asfixiante o sofocante..... No Si
Murmulo del corazon..... No Si

**Gastrointestinal:**

Ulcer peptico (estomago o duodenal)..... No Si
Vomitir sangre o comida..... No Si
Enfermedad de la visicula..... No Si
Hepatitis..... No Si
Evacuacion doloroso ..... No Si
Evacuacion con sangre..... No Si
Heces negro..... No Si
Hemorroide..... No Si
Reciento cambios en habito de evacuacion..... No Si
Diarrea frecuente..... No Si
Acidez o indigestion..... No Si
Calambre o dolor en el abdomen ..... No Si
La comida se le pega a la garganta ..... No Si

**Genitourinario:**

Perdida de orina..... No Si
Orina amenuado..... No Si
Orina de noche..... No Si
Quemazon o dolor cuando orina..... No Si
Sangre en orine..... No Si
Problemas con los rinones..... No Si
Piedra Nefritica..... No Si
Tumour en los rinones..... No Si

**Ginecologia:**

Edad de primer menstrual? \_\_\_\_\_
Que tiempo le durar \_\_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_

**Alergia y Sensibilidad**

1. Tienes historia de alguna reaccion a su piel o enfermedad despues de alguna administracion oral o inyeccion de:

Penicilina o otros antibioticos..... No Si No Se
Morfina, Codeina, Demerol o otro narcotico..... No Si No Se
Aspirina, Empirin, o otro remedios para dolor..... No Si No Se
Drogas de sulfa..... No Si No Se
Tetanos o otro suero..... No Si No Se
Esparadrapo..... No Si No Se
Yodo o merthiolate..... No Si No Se
Otra drogas o medicinas..... No Si No Se
A comida como leche, huevos o chocolate..... No Si No Se

2. Drogas que a tomado en los ultimos seis mes:

Cortisona..... No Si No Se
Acth..... No Si No Se
Anticoagulants..... No Si No Se
Calmantes..... No Si No Se
Hipotensivo (Medicina para presion alta).. No Si No Se
El paciente a recibirdo tratamiento para:..... No Si No Se
Asma, reumatismo o fiebre reumatica?..... No Si No Se
Aspirina..... No Si No Se

Numero de embarazos \_\_\_\_\_
Numero de aborto \_\_\_\_\_
Fecha y resultado de su ultimo examen de cancer \_\_\_\_\_
Que frecuente venir su menstrual, cada \_\_\_\_\_ dias.
Teine dolor cuando venir su mensrral?..... No Si
Cuanto hijos teine? \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_
Fecha de premer dia de su ultimo menstrual? \_\_\_\_\_

**Lacomotriz-Musculoskeletal:**

Venas varicosas..... No Si
Debil en los musculo o juntura..... No Si
Dificultad cuando camina..... No Si
Dolor en las pierna o nalgas que es relieve cuando descansa..... No Si

**Neuro-Psiquiatrico:**

Usted a tenido tratamiento para psiquiatrico ..... No Si
Usted le an recomendardo que consulte con un psiquiatra..... No Si
Usted a tenido o tienes desmay..... No Si
Convucion..... No Si
Paralisis..... No Si

**Hematologia:**

Usted se demora en curar cuando se corta..... No Si
Enfermedad de sangre..... No Si
Anemia..... No Si
Flebitis..... No Si
Usted teine dificultad de sangrar cuando a tenido
Extraccion de diente o cirugia..... No Si
Usted teine anomalidad con magullar o sangrando..... No Si

**Alergia:**

Tienes alergias o esta alergico a medicinas ..... No Si

**Endocrino:**

Enfermedad de tiroideo..... No Si
Terapia hormona..... No Si
Cambios en el tamano de guantes o sombrero..... No Si
A tenido cambios en el crecimiento de su cabello..... No Si
Su piel esta mas seca o tienes mas frio..... No Si
ALTURA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_

Informacion fundamento si no es el paciente: \_\_\_\_\_
Firma de persona tomando esta informacion: \_\_\_\_\_

# WESTERN MEDICAL GROUP

21081 S. Western Avenue, #150 • Torrance, CA 90501

(310) 782-3333 • FAX: (310) 212-6230

## DEMOGRAPHICS FOR PHYSICAL & DRUG SCREENING

Please print clearly  
Escriba claro

Mr.  
 Miss. Patient's Marital Status S  M  Wid.  Div.  Sep.   
 Mrs. Estado Civil S  M  Viudo  Div.  Sep.

Date \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

PATIENT'S NAME  
NOMBRE DEL PACIENTE

First Nombre	Initial Inicial	Last Apellido	Age Edad	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Birthplace Lugar de Nacimiento
-----------------	--------------------	------------------	-------------	--------------------------------------	-----------------------------------

HOME ADDRESS  
DIRECCION DEL PACIENTE

Street & No. CALLE Y NUMERO	City & State CIUDAD Y ESTADO	Zip Code ZONA POSTAL
--------------------------------	---------------------------------	-------------------------

Social Security No.  
# Seguro Social

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

HOME PHONE  
TELEFONO DE CASA

Number Number  
OK To Call  
OK To Call

Best Time To Call  
Best Time To Call

Email Address  
Correo electrónico

WORK PHONE  
TELEFONO DE SU EMPLEO

Drivers License No.  
# Licencia de Manejo

CELL PHONE  
CELL

EMPLOYER  
PATRON

EMPLOYER'S ADDRESS  
DIRECCION DE SU EMPLEO

Street & NO. # CALLE	City & State CIUDAD Y ESTADO	Zip Code ZONA POSTAL
-------------------------	---------------------------------	-------------------------

OCCUPATION  
OCCUPACION

# WESTERN MEDICAL GROUP

21081 S. Western Avenue, #150 • Torrance, CA 90501

(310) 782-3333 • Fax: (310) 212-6230

<input type="checkbox"/>	<b>PHYSICAL - CONSENT</b>
NAME: _____	(Please Print)
DATE: _____	
<p>I consent freely and voluntarily for <b>WESTERN MEDICAL GROUP</b> to perform any of the following services that include but are not limited to: physical examination, x-rays, laboratory testing, or treatment. I hereby and herewith release <b>WESTERN MEDICAL GROUP</b>, their employees, agents and contractors from any liability whatsoever arising from this request. I understand that I have a right to receive a copy of this authorization upon request. I hereby authorize <b>WESTERN MEDICAL GROUP</b> to release all results or any information relating from this examination to:</p>	
_____ COMPANY'S NAME	
_____ PATIENT'S SIGNATURE	
_____ WITNESS SIGNATURE	

<input type="checkbox"/>	<b>CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN FISICO</b>
NOMBRE: _____	(Letra de molde)
FECHA: _____	
<p>Yo doy mi consentimiento libre y voluntariamente para <b>WESTERN MEDICAL GROUP</b> desempeñ cualquiera de los servicios siguientes que incluyen el examen físico, radiografías, y laboratorio. <b>WESTERN MEDICAL GROUP</b> y sus empleados, agentes, y los contratistas no tendrán ninguna responsabilidad sobre estos resultados proviniendo desde este pedido. Yo comprendo que tengo derecho de recibir una copia de esta autorización sobre el pedido. Yo autorizo a <b>WESTERN MEDICAL GROUP</b> a que de cualquiera de los resultados o cualquier información que relaciona sobre este examen:</p>	
_____ NOMBRE DE LA COMPAÑIA:	
_____ FIRMA DEL PACIENTE:	
_____ FIRMA DEL TESTIGO:	

# WESTERN MEDICAL GROUP

ASSIGNMENT: I hereby assign my insurance benefits to be paid directly to the undersigned physician. I am financially responsible for non-covered services.  
Signed: (Patient or parent, if minor)

DATE:

RELEASE: I hereby authorize the undersigned physician to release to my insurance carriers any information required to process this claim.  
SIGNED: (Patient or parent, if minor)

DATE:

## INFORMATION REQUIRED FOR CASE HISTORY FILE

Please print clearly  Mr.  Miss. Patient's Marital Status S  M  Wid.  Div.  Sep.  Date \_\_\_\_\_  
Escriba claro  Mrs. Estado Civil S  M  Viudo  Div.  Sep.  Fecha \_\_\_\_\_

PATIENT'S NAME \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE First Nombre Initial Inicial Last Apellido Age Edad Date of Birth Fecha de Nacimiento Birthplace Lugar de Nacimiento

HOME ADDRESS \_\_\_\_\_  
DIRECCION DEL PACIENTE Street & No. CALLE Y NUMERO City & State CIUDAD Y ESTADO Zip Code ZONA POSTAL

Social Security No.    -   -     HOME PHONE \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
# Seguro Social TELEFONO DE CASA

Email Address \_\_\_\_\_ WORK PHONE \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
Correo electrónico TELEFONO DE SU EMPLEO

Drivers License No. \_\_\_\_\_ CELL PHONE \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
# Licencia de Manejo CELL

PATIENT EMPLOYED BY \_\_\_\_\_  
EMPLEO DE PACIENTE

EMPLOYER'S ADDRESS \_\_\_\_\_ OCCUPATION \_\_\_\_\_  
DIRECCION DE SU EMPLEO Street & No. # CALLE City & State CIUDAD Y ESTADO Zip Code ZONA POSTAL OCCUPACION

PERSON TO CONTACT IN CASE OF EMERGENCY \_\_\_\_\_  
PERSONA PARA CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA

ADDRESS \_\_\_\_\_ PHONE \_\_\_\_\_  
DIRECCION Street & No. # CALLE City & State CIUDAD Y ESTADO Zip Code ZONA POSTAL TELEFONO

NAME OF PATIENT'S SPOUSE / GUARDIAN \_\_\_\_\_ HOME PHONE \_\_\_\_\_  
Name of [HUSBAND OR WIFE OR GUARDIAN] If different from above.  
NOMBRE DE ESPOSO O ESPOSA O GUARDIÁN TELEFONO DE CASA  
Tel. # si es diferente de arriba.

SPOUSE'S EMPLOYER \_\_\_\_\_ OCCUPATION \_\_\_\_\_  
[HUSBAND OR WIFE] OCCUPACION  
EMPLEO DE ESPOSO O ESPOSA O GUARDIÁN

EMPLOYER'S ADDRESS \_\_\_\_\_ WORK PHONE \_\_\_\_\_  
DIRECCION DE EMPLEO Street & no. # Calle City & State Ciudad y Estado Zip Code Zona Postal TELEFONO DE EMPLEO

MEDICAL INSURANCE? Yes  No  IF YES, GIVE GROUP & POLICY NUMBERS. \_\_\_\_\_  
ASEGURANZA MEDICA? Si  No  DE NUMERO DE POLIZA Y GRUPO #

Insurance Company \_\_\_\_\_  
Aseguranza de Compania Name Nombre Address Direccion City Ciudad State Estado Zip Code Zona Postal Group & Policy no. # Poliza y grupo

Medicare No. \_\_\_\_\_ Medical No. \_\_\_\_\_  
Medicare # Medical #

IF MINOR, NAME OF PERSON RESPONSIBLE \_\_\_\_\_ Referred by \_\_\_\_\_  
SI ES MINOR DE EDAD. Referido por  
PERSONA RESPONSABLE

NO. I

NO. II

NO. III

## ACUERDO DE ARBITRAJE ENTRE MÉDICO Y PACIENTE

**Artículo 1: Acuerdo de arbitraje:** Se sobrentiende que todo conflicto relacionado con la mala praxis médica, ya sea si los servicios médicos prestados según este contrato eran innecesarios o no autorizados, o se prestaron inadecuada, negligente o incompetentemente, o no, será resuelto mediante arbitraje, conforme a las leyes del Estado de California, y no mediante demanda o recurso de acción judicial, con excepción de la revisión judicial de las diligencias de arbitraje, conforme a las leyes del Estado de California. Ambas partes, al firmar este contrato, renuncian a su derecho constitucional de que tal conflicto se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en su lugar, aceptan someterse a arbitraje.

**Artículo 2: Toda reclamación ha de someterse a arbitraje:** Es la intención de las partes que este acuerdo vincule a todas aquellas partes cuyas reclamaciones surjan o estén relacionadas con el tratamiento o el servicio prestado por el médico, incluyendo todo cónyuge o heredero del paciente y a todos sus hijos, hayan nacido o no, en el momento en que ocurrió el acontecimiento del cual surge dicha reclamación. En el caso de una madre embarazada, el término "paciente" aquí se refiere tanto a la madre como al bebé o a los bebés que ella espera.

Toda reclamación por daños y perjuicios monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de demandas de menor cuantía en contra del médico, de sus socios y adjuntos, de la agrupación, de la persona jurídica o de la sociedad, y de los empleados, agentes o patrimonio de cualquiera de ellos, deben someterse a arbitraje incluyendo, pero sin limitarse a, reclamaciones por pérdida de consorcio conyugal, muerte por negligencia de un tercero, daños psicológicos o daños punitivos. El hecho de que el médico o el paciente inicie una acción judicial en cualquier tribunal para recaudar o refutar honorarios médicos, no significa que se renuncie al derecho de que se imponga el arbitraje para resolver toda reclamación por mala praxis. Sin embargo, tras alegar una reclamación de mala praxis, toda disputa de honorarios, bien sea o no el sujeto de cualquier acción judicial existente, también deberá resolverse mediante arbitraje.

**Artículo 3: Procedimiento y Derecho Aplicable:** Una demanda de arbitraje ha de ser notificada por escrito a todas las partes. Cada parte elegirá un árbitro (árbitro de esa parte) dentro del plazo de treinta días y un tercer árbitro (árbitro neutral) deberá ser elegido por los árbitros nombrados por las partes dentro del plazo de treinta días desde que se haya hecho una demanda de árbitro neutral por cualquiera de las partes. Cada parte involucrada en el arbitraje deberá pagar una parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos de arbitraje en los que se haya incurrido o que hayan sido aprobados por el árbitro neutral, sin incluir honorarios de letrado ni de testigo u otros gastos en los que se haya incurrido por una de las partes para su propio beneficio. Las partes acuerdan que los árbitros tienen la inmunidad de un agente judicial en lo que se refiere a responsabilidad civil cuando estén actuando en su calidad de árbitro según este contrato. Esta inmunidad deberá suplementar, no suplantar, cualquier otro derecho, jurisprudencial o legislado, que proceda.

Cada parte tendrá el derecho absoluto a arbitrar por separado los asuntos de responsabilidad civil y daños y perjuicios mediante petición por escrito al árbitro neutral.

Las partes consienten la intervención y asociación en este arbitraje de quien de otra manera sería una parte adicional adecuada en una acción judicial y, tras dicha intervención y asociación, toda acción judicial existente en contra de tal persona o entidad adicional deberá ser suspendida pendiente del arbitraje.

Las partes acuerdan que las disposiciones de derecho del Estado de California aplicables a los proveedores de asistencia médica se aplicarán también a los conflictos en el seno de este acuerdo de arbitraje incluyendo, pero sin limitarse a, los artículos 340.5 y 667.7 del Código de Procedimiento Civil y los artículos 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Toda parte puede interponer una petición ante los árbitros, solicitando se dicte un fallo judicial sumario o un fallo extrajudicial sumario de conformidad con el Código de Procedimiento Civil del Estado de California. La divulgación de pruebas deberá llevarse a cabo según el artículo 1283.05 del Código de Procedimiento Civil; sin embargo, se pueden llevar a cabo declaraciones juradas verbales sin que hayan sido aprobadas previamente por el árbitro neutral.

**Artículo 4: Disposiciones Generales:** Toda reclamación basada en el mismo incidente, transacción o circunstancia afín deberá arbitrarse en un sólo proceso. Deberá renunciarse a la reclamación y ésta se anulará para siempre si (1) en la fecha en que se reciba notificación dicha reclamación y una vez alegada en una demanda civil, fuera anulada según lo dispuesto por la ley de prescripción del Estado de California procedente o (2) la parte demandante no prosigue con la reclamación de arbitraje con diligencia razonable, de conformidad con los procedimientos aquí establecidos. En lo que respecta a cualquier otro asunto no previsto aquí expresamente, los árbitros serán regulados por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil del Estado de California relacionadas con el arbitraje.

**Artículo 5: Cancelación:** Este acuerdo puede cancelarse mediante notificación por escrito entregada al médico dentro del plazo de treinta (30) días desde la fecha de su firma. El propósito de este acuerdo es que sea pertinente para todos los servicios médicos prestados en todo momento por cualquier enfermedad.

**Artículo 6: Vigencia Retroactiva:** Si el paciente pretende que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha de su firma (incluyendo, pero sin limitarse a, tratamiento de emergencia), el paciente deberá escribir sus iniciales a continuación:

**Entra en vigencia en la fecha en que se prestaron los servicios médicos iniciales**

\_\_\_\_\_  
Iniciales del Paciente o del Representante del Paciente

Si alguna de las disposiciones del presente acuerdo de arbitraje se considera inválida o imposible de hacer cumplir, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y no serán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición.

Entiendo que tengo derecho a una copia de este acuerdo de arbitraje. Al firmar al pie de la página acuso recibo de dicha copia.

**AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED SE COMPROMETE A QUE TODO ASUNTO RELACIONADO CON NEGLIGENCIA PROFESIONAL MÉDICA SE DECIDA MEDIANTE ARBITRAJE NEUTRAL Y RENUNCIA A SU DERECHO A JUICIO ANTE UN JURADO O ANTE UN JUEZ. VEA EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.**

Por: \_\_\_\_\_  
Firma del Médico o Representante Autorizado (Fecha)

Por: \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del Representante del Paciente (Fecha)

Western Medical Group  
Nombre del Médico, Grupo Médico o Nombre de la Asociación en letras mayúsculas o Sello  
21081 S. Western Ave #150  
Torrance, CA 90501  
(310) 782-3333

Por: \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente en letras mayúsculas  
(o Nombre del Representante del Paciente, en letras mayúsculas y su relación con el mismo)