

CUESTIONARIO DE PRE-EVALUACION DEL COVID-19

La corte está tomando precauciones y ahora requiere que cada persona que entra a un Tribunal de Justicia complete este cuestionario de pre-evaluación, antes de salir de su casa, cuando tiene que ir a una corte. Este cuestionario es solo para su revisión y autoevaluación, y no necesita imprimirlo o presentarlo a la corte.

Si está asistiendo a una audiencia de corte, el juez le requerirá que certifique que ha revisado este cuestionario de pre-evaluación.

Si responde "Sí" a cualquiera de las siguientes preguntas:

- Y es un participante en un caso, contacte al secretario adjunto para el caso.
- Y es un miembro del jurado, contacte al secretario adjunto para el caso.
- Y es un posible miembro del jurado, comuníquese con la Oficina del Jurado.
- Y es un empleado, contacte a su supervisor o juez.

1. ¿Tiene actualmente o ha tenido en los últimos 14 días, uno de los siguientes síntomas?

Fiebre (de 100.4°F o más)	Sí	No
Tos	Sí	No
Dificultad para respirar	Sí	No
Dolores de músculo o cuerpo	Sí	No
Pérdida reciente de gusto u olfato	Sí	No
Náuseas o vómitos	Sí	No
Diarrea	Sí	No
Fatiga, además de otros síntomas	Sí	No
Dolor de cabeza, además de otros síntomas	Sí	No
Dolor de garganta, además de otros síntomas	Sí	No
Congestión o secreción nasal, además de otros síntomas	Sí	No

2. ¿Está usted o un miembro de su hogar en autoaislamiento, esperando los resultados de una prueba para el COVID-19, o se le ha pedido a usted o a un miembro de su hogar que se autoaisle?

Sí No

3. ¿En las últimas dos semanas, ha recibido usted o alguien en su hogar un resultado positivo para COVID-19 y se le ha informado que debe permanecer en casa?

Sí No

INFORMACION DEL PACIENTE

FACILITY: _____

Nombre del Paciente (Primer nombre) _____ (Apellido) _____

Email _____ Opte por no aceptar correos electrónicos educativos / mercadeo.

Direccion actual del Paciente _____ # de Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

de Telefono () _____ # de Telefono Celular () _____ # Telefono del Trabajo () _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ # de Licencia de Manejar _____

Nombre de su Trabajo/Escuela _____ Si es estudiante, tiempo Completo _____ Parte de tiempo _____

Direccion de su Trabajo _____

Nombre de su Doctor _____ # de Telefono () _____

Direccion _____ Ciudad, Estado, Zona Postal _____

Padece de Alergias a Medicinas/Alimentos? _____

Persona a notificar en caso de Emergencia _____ Parentesco _____

de Telefono () _____ Direccion _____

Su visita al Doctor esta relacionada a un accidente o herida? Si _____ No _____

Accidente de Auto _____ Accidente de Trabajo _____ Otra razon _____

Si el paciente es mujer, esta usted embarazada? _____ Si _____ No _____

Informacion de la Persona Responsable (Por favor completar si la persona con seguro medico es el esposo(a), Pareja, Padre/Tutor)

Parentesco entre el paciente y la persona con seguro medico _____ Nombre _____

Direccion _____ Ciudad, Estado, Zona Postal _____

de Telefono() _____ # de Telefono Celular() _____ # de Telefono del Trabajo() _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ # de Licencia de Manejar _____

Nombre y Direccion de su Trabajo _____

Yo autorizo el tratamiento Medico de mi hijo/a _____

Firma del Padre/Tutor del menor de edad

Informacion del Seguro Medico (Por favor entregar esta forma completa y su tarjeta de seguro medico)

Nombre de la Compania de Seguro _____ #de telefono () _____

Direccion _____ Ciudad, Estado, Zona Postal _____

de Poliza _____ #de Grupo _____

Seguro Medico Secundario _____ Ciudad, Estado, Zona Postal _____

de Poliza _____ # de Grupo _____

Nombre de la persona Asegurado(a) _____ Parentesco con el paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ # de Licencia de Manejar _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS Y AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO

TODAS LAS AUTORIZACIONES DEBEN DE SER FIRMADAS PARA PODER PROCESAR SU RECLAMO CON LA COMPANIA DE SEGURO MEDICO

[] **AUTORIZACION Y CONTRATO:** Por este medio autorizo a mi Compania de Seguro Medico a pagar directamente a este proveedor por los servicios medicos y beneficios que esten cubiertos bajo mi plan de Seguro Medico. Yo acepto a pagar el balance de los gastos que no esten cubiertos bajo mi plan medico, tambien autorizo a este proveedor a ceder a mi Compania de Seguro Medico cualquier informacion medica que se considere necesaria. Si mi cuenta es referida a un abogado para poder recibir pago de mis gastos, yo entiendo que soy responsable de los gastos del abogado. SI NO TENGO SEGURO MEDICO, yo entiendo que soy completamente responsable de todos los gastos.

Firma _____ Fecha _____

[] **AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO:** Yo voluntariamente doy mi consentimiento para permitir a este Imaging Center a dar tratamientos medicos y quirurgicos, dicho tratamiento puede incluir Radiografias, Pruebas de Laboratorio, Anestesia y Medicamentos que puedan ser requeridos por el Doctor, asistentes o enfermeras. Estoy consciente que la practica medica y quirurgica no es una ciencia exacta y entiendo que no hay garantia a los resultados del tratamiento en este Imaging Center.

Firma _____ Fecha _____

[] **AUTORIZACION DE MEDICARE B:** Yo autorizo a esta clinica/persona autorizada a ceder informacion medica a la Administracion del Seguro Social, a sus intermediarios o a las personas particulares que profesionalmente sean parte de este Imaging Center para el proceso de este u otro reclamo relacionado con Medicare. Una copia de esta autorizacion es considerada tan valida como la original para recibir pago por los servicios medicos. Yo entiendo que soy responsable financieramente por todos los gastos que no fueran pagados por mi Seguro Medico. **NOTA: LA OFICINA DE MEDICARE SOLAMENTE CUBRE UNA MAMOGRAFIA POR ANO Y SOLO PARA LAS PERSONAS MAYORES DE 65 ANOS.**

Firma _____ Fecha _____

CONTRATO DE ARBITRAJE ENTRE EL DOCTOR Y EL PACIENTE

Artículo 1: Contrato de Arbitraje: Se acuerda que cualquier disputa con respecto a negligencia médica, es decir, para determinar si los servicios médicos prestados bajo este contrato fueron innecesarios o no fueron autorizados, o fueron prestados en forma negligente o incompetente, será determinada sometiéndola a un arbitraje tal como lo provee las leyes de California, y no por medio de un juicio o procedimiento judicial, excepto en lo que respecta a una revisión judicial de los procedimientos de arbitraje de acuerdo a los procedimientos de arbitraje a las leyes de California. Las partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian su derecho constitucional a que dicha disputa sea decidida en un juzgado y aceptan el someterse a un arbitraje.

Artículo 2: Todo las Reclamaciones deben ser Arbitradas: Es la voluntad de las partes que este contrato cubrira todas las reclamaciones o controversias, o si el agravio es indemnizable, el contrato u otra forma, y debiera ligar las partes cuyas reclamaciones puedan surgir de cualquier forma relacionados al tratamiento o servicios brindados o no brindados por el Doctor identificado abajo, grupo medico o asociación, sus asociados, sociedades, corporaciones, consorcios, empleados, agentes y sus suplidores (colectivamente de aquí en adelante referido como Doctor) a un paciente, incluyendo a cualquier cónyuge o herederos del paciente y cualquier niño nacido o no nacido en la fecha del suceso que dio lugar a una reclamación. En caso de una madre embarazada, al termino "paciente" en el presente significara la madre y el niño o niños que la madre espera tener. Todas las reclamaciones por daños y perjuicios monetarios que excedan el limite de jurisdicción de la corte de reclamaciones de los empleados y el caudal hereditario de cualesquiera de ellos, deben ser arbitradas, incluyendo pero sin estar limitadas a reclamaciones por pérdida de consorcio, muerte por negligencia, perturbación emotiva o daños punitivos. La presentación de cualquier acción en un juzgado hecha por el doctor para cobrar una factura al paciente no elimina el derecho a obligar a un arbitraje por una reclamación de negligencia médica. Sin embargo, después de asentar la reclamación contra el doctor, cualquier disputa por honorarios, aunque esté o no esté sujeta a una acción judicial, será resuelta por medio de un arbitraje.

Artículo 3: Procedimiento y Ley Pertinente: La petición de arbitraje debe ser comunicada por escrito a todas las partes. Cada una de las partes seleccionará un tercer árbitro (árbitro neutral). Cualquiera de las partes tiene el derecho absoluto para someter a un arbitraje separado los asuntos de responsabilidad y daños y perjuicios solicitándolo por escrito al árbitro neutral. Las partes acuerdan que las estipulaciones de las leyes de California aplicables a los que proveen cuidado de la salud, se aplicaran a disputes comprendidas en este contrato de arbitraje incluyendo, pero sin estar limitadas al Código de Procedimientos Civiles §§ 1280 – 1295 y la Arbitración Federal Acta (9 U. S. C. §§ 1 – 4). Las partes deberan costear sus propios costos, gastos y honorarios, junto con una porción de los costos, gastos y honorarios del arbitro neutral.

Artículo 4: Revocación: Este contrato puede ser revocado por medio de una notificación por escrito dirigida al doctor dentro de los 30 días de la firma del mismo, y si no es revocado , este contrato, regirá para todos los servicios médicos recibidos por el paciente.

Artículo 5: Efecto retroactivo: Si el paciente desea que este contrato cubra todos los servicios recibidos antes de la fecha en que ha sido firmado (por ejemplo, tratamiento de emergencia) el paciente debe poner sus iniciales al calce.

Artículo 6: Provisión de separacion: En caso de cualquier provición o proviciones de este acuerdo es declarado invalido, y/o sin vigor, tal provisión o proviciones seran considerados suspendidos desde entonces hasta el resto del contrato ejecutado de acuerdo con la ley de California.

NOTA: AL FIRMAR ESTE CONTRATO UD ESTA DE ACUERDO EN QUE CUALQUER PROBLEMA DE NEGLIGENCIA MEDICA SERA DECIDIDO POR UN ARBITRAJE NEUTRAL Y QUE UD RENUNCIA A SU DERECHO DE TENER UN JURADO O UN JUICIO. VER ARTICULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Firma del Doctor o del representante autorizado

Nombre o Estampa del Doctor, Grupo Medico o Assoc.

Firma del Traductor (si es aplicable) (Fecha)

Nombre del Traductor

Firma del Paciente (Fecha)

Nombre del Paciente

Firma del representante del Paciente (Fecha)
(si es aplicable)

Nombre y relación con el paciente

Una copia firmada de este documento debe ser entregada al paciente. El original debe ser archivado en el record medico de paciente.