

COMPLIANCE & TEAMWORK

PATIENT NAME _____ DATE OF BIRTH _____

We want you to receive excellent care. The best way to meet this goal is to work together. The doctor-patient relationship is a teamwork scenario. Predictable outcomes depend on both parties understanding and working towards the same goals.

Patient Responsibilities:

- Ask questions, share your feelings, and be part of your care
- Be honest about your history, symptoms, and other important information about your health Tell your doctor about any changes in your health and well-being
- Schedule accordingly based on the recommended care plan and follow your doctor's advice Make healthy decisions about your daily habits and lifestyle
- Prepare for and keep scheduled visits or reschedule visits in advance whenever possible Be respectful to office staff and healthcare providers
- End every visit with a clear understanding of your doctor's expectations, treatment goals, and future plans.

Healthcare Provider Responsibilities:

- Explain diagnosis, treatment recommendations, and outcomes in an easy-to-understand way Listen to your questions and help you make decisions about the direction of your care
- Keep treatments, discussions, and records private
- Provide instructions on how to meet your health care needs when the office is not open Determine when a breakdown of the doctor-patient relationship is justification for terminating care Determine when referral to another provider or specialist is appropriate
- End every visit with clear instructions about expectations, treatment goals, and future plans Share patient information with other providers involved in your health care, as appropriate

I certify that I have read or had read to me the contents of this form. I understand the possible advantages that compliance with professional healthcare recommendations can provide as well as the potential consequences of non-compliance. I attest that I have had the opportunity to ask questions and all of my questions have been answered to my satisfaction.

Patient's or Patient Representative's Signature Date

Provider's or Provider Representative's Signature Date

Andrew S. Florea M.D. Inc. Medical Group

RESOLUTION AGREEMENT, MEDIATION, AND YOUR CARE

We encourage open communication and ask our patients to sign this agreement in which we make contract commitments to each other. It is no surprise that frivolous malpractice claims have a negative impact on healthcare care and can harm the practice and livelihood of a healthcare provider.

Therefore, as additional consideration for professional care provided to me by Provider, I, the patient/guardian, and/or my representative agree not to advance, directly or indirectly, any false, meritless, and/or frivolous claim(s) of healthcare malpractice against Provider.

Furthermore, in the event of a meritorious malpractice case or cause of action, I (the patient) and/or my representative agree to use expert healthcare witness(es) practicing in the same specialty as Provider. I agree that these expert witnesses will be members in good standing of their state board.

In further consideration of this, Provider agrees to the same stipulations.

Patient/guardian and Provider acknowledge that monetary damages may not provide an adequate remedy for breach because such breach may result in irreparable harm to Provider's reputation and business. Patient/guardian and Provider agree in the event of a breach to allow specific performance and/or injunctive relief.

MEDIATION

While we do not anticipate any issues during the course of your treatment if any arise, you and your healthcare provider agree to meet with a neutral mediator for a voluntary conversation before starting formal legal action.

Should a concern arise regarding the healthcare provided by this office, staff, and affiliated healthcare professionals, I agree to mediate first before pursuing legal action. I agree that any usage or inference to a "claim" will be understood and read as a "potential claim" until mediation is complete. This designation allows us to begin in a less formal manner that has been shown to expedite the resolution process. I will also not make any demand for payment before the mediation begins.

I agree that offering to mediate is a mandatory prerequisite to litigation, and that if I file a lawsuit without first demanding mediation, the lawsuit should be dismissed without prejudice until this prerequisite has been met. I agree that this mediation provision is a material part of this contract.

I UNDERSTAND THAT I DO NOT HAVE TO HIRE AN ATTORNEY TO MEDIATE, BUT IF I CHOOSE TO CONSULT WITH AN ATTORNEY, I WILL SHOW THEM THIS PROVISION.

Filing in any court by the Provider to collect fees shall not waive the right to compel mediation of any claim

YOUR CARE:

We want you to receive excellent care. The best way to meet this goal is good communication.

- **YOUR COMMITMENT:**
- Ask questions and be part of your care
- Be honest about your health history and symptoms
- Tell your doctor about any health changes
- Schedule based on the recommended care plan.

- Prepare for and keep scheduled visits or reschedule visits in advance whenever possible
- Be respectful to office staff and healthcare providers
- End every visit with a clear understanding of your doctor's expectations, and treatment goals
- **OUR COMMITMENT:**
- Explain diagnosis, treatment recommendations, and outcomes in an easy-to-understand way
- Listen to your questions
- Keep treatments, discussions, and records private
- Determine when a breakdown of the doctor-patient relationship is justification for terminating care
- Determine when referral to another provider or specialist is appropriate
- Share patient information with other providers involved in your healthcare, as appropriate

I certify that I have read or had read to me the contents of this form. I attest that I have had the opportunity to ask questions and all of my questions have been answered to my satisfaction.

Patient's or Patient Representative's Signature

Date

Provider's or Provider Representative's Signature

Date

Andrew S. FLOREA M.D., INC. MEDICAL GROUP

NUEVA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Correo electrónico _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Soc. Sec. # _____ licencia _____ Teléfono _____ Celular _____

Años _____ Fecha de nacimiento _____ Estado civil: M S W D Sep. Género: Male Female

Empleador _____ Ocupación _____ Teléfono _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

SEGURO DE SALUD PREMARIA(o)

Nombre _____ Número de identificación _____ Teléfono _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

SEGURO DE SALUD SECUNDARIA(o) (si es aplicable)

Nombre _____ IDNúmero de identificación _____ Teléfono _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

SALUD INFORMACIÓN DE LA PARTE ASEGURADA SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR

Nombre _____ Teléfono _____

Fecha de nacimiento _____ S.S.# _____ Relación _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

AMIGA(O) FAMILIAR

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

ANDREW S. FLOREA M.D., INC.

341 Magnolia Ave Suite 202 Corona, CA. 92879 Phone 951-407-9725

Acuerdo financiero: por la presente, le autorizo a realizar pagos directamente al Dr. Andrew S. Florea por todos los gastos médicos básicos y mayores. Entiendo completamente que soy financieramente responsable de cualquier saldo.

Registros médicos: Por la presente, se otorga autorización para la divulgación de cualquier información requerida para procesar mis reclamos médicos. Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

Consentimiento para el tratamiento: Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento al administrador y la realización de todos los procedimientos y tratamientos de diagnóstico, que, a juicio de mi médico, pueden considerarse necesarios o aconsejables. Además, acepto que si decido irme sin recibir tratamiento o sin el consentimiento de mi médico tratante, el médico no será responsable de las consecuencias de dicha decisión.

Firma de la paciente o responsable

Fecha

ANDREW S. FLOREA M.D., INC. MEDICAL GROUP

PRÁCTICA POLÍTICA FINANCIERA

Estamos comprometidos a proporcionar a todos nuestros pacientes la mejor atención médica posible. Si tiene seguro médico, estamos ansiosos por ayudarlo a recibir los beneficios máximos permitidos del plan. Para lograr estos objetivos, necesitamos su ayuda y su comprensión de nuestra política de pagos.

TODOS LOS PACIENTES: El paciente es responsable de todos los servicios prestados independientemente de la cobertura del seguro. La responsabilidad total del pago recae en usted, el paciente o la parte responsable. Si no se realiza el pago completo, podemos contratar los servicios de una compañía externa para cobrar en nuestro nombre. Nos reservamos el derecho de agregar un cargo adicional para cubrir el costo del servicio de recolección.

PACIENTES EN EFECTIVO: Todos los servicios prestados en efectivo deben pagarse en su totalidad al momento del servicio.

SEGURO PRIVADO: Debemos tener información de seguro precisa y completa al momento del servicio. Si no puede proporcionarnos toda la información de facturación necesaria, su cuenta se gestionará de la misma manera que un paciente en efectivo. Cualquier cantidad deducible y de copago se debe al momento del servicio.

MEDICARE: debemos tener una copia de su tarjeta de Medicare y cualquier seguro secundario. Aceptamos la asignación de reclamos de Medicare, lo que significa que usted será responsable solo de su deducible y del 20% de los cargos permitidos. Existen ciertos procedimientos y suministros, que son servicios **NO CUBIERTOS** para pacientes de Medicare. Si necesita dichos servicios, se le informará que **NO ESTÁN CUBIERTOS** y si aún desea recibir dichos servicios en esta oficina, serán en efectivo al momento del servicio.

SI EN CUALQUIER MOMENTO DEBE EXPERIMENTAR DIFICULTADES FINANCIERAS, POR FAVOR HAGA QUE ESTA OFICINA TENGA EN CUENTA LA SITUACIÓN. SIEMPRE ESTAMOS DISPUESTOS A HACER ARREGLOS ESPECIALES PARA AQUELLOS PACIENTES QUE NECESITAN AYUDA ADICIONAL. SI NECESITA HACER ARREGLOS, POR FAVOR PIDA HABLAR CON EL SUPERVISOR O GERENTE DE FACTURACIÓN.

He leído y comprendido cuidadosamente todo lo anterior y acepto, apruebo y acepto la Política Financiera de Andrew S. Florea M.D.

Firma de la paciente o responsable

Fecha

Andrew S. Florea M.D., Inc Medical Group
341 Magnolia Ave Suite 202 Corona CA. 92879
Privacy Officer 951-407-9725

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de esta práctica médica de prácticas de privacidad. Además, reconozco que una copia del aviso actual será fijada en la zona de recepción, y que una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad modificado estará disponible en cada cita.

Firmado: _____

Fecha: _____

Imprimir Nombre: _____

Teléfono: _____

Si no está firmada por el paciente, por favor indique la relación:

_____ **El padre o tutor del paciente menor de edad**

_____ **Tutor o curador de un paciente incompetente**

Nombre y dirección del paciente: _____

Asunción del riesgo y exención de responsabilidad relacionada con el coronavirus /

COVID-19

El nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado una pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. COVID-19 es extremadamente contagioso y se cree que se propaga principalmente por contacto de persona a persona. Como resultado, los gobiernos federales, estatales y locales y las agencias de salud federales y estatales recomiendan el distanciamiento social y, en muchos lugares, han prohibido la congregación de grupos de personas.

Andrew S. Florea, M.D., Inc. ha implementado medidas preventivas para reducir la propagación de COVID-19; sin embargo, Andrew S. Florea, MD, Inc., no puede garantizar que usted (o su (s) hijo (s) no se infecten con COVID-19.) Además, ingresar a las instalaciones de Andrew S. Florea, MD, Inc. podría aumentar su riesgo y el riesgo de su (s) hijo (s) de contraer COVID-19.

Al firmar este acuerdo, reconozco la naturaleza contagiosa de COVID-19 y asumo voluntariamente el riesgo de que yo (y mis hijos) podamos estar expuestos o infectados por COVID-19 al ingresar a las instalaciones de Andrew S. Florea, MD, Inc., y que dicha exposición o infección puede provocar lesiones personales, enfermedades, discapacidad permanente y la muerte.

Entiendo que el riesgo de quedar expuesto o infectado por COVID-19 en Andrew S. Florea, MD, Inc. puede resultar de las acciones, omisiones o negligencia de mí y de otros, incluidos, entre otros, médicos, empleados, propietarios, voluntarios, visitantes, vendedores, otros pacientes y cualquier otra persona que pueda estar presente, y sus familias.

Acepto voluntariamente asumir todos los riesgos anteriores y acepto la responsabilidad exclusiva de cualquier lesión para mí (o mi (s) hijo (s)) incluyendo, pero no limitado a: lesiones personales, hospitalización, infección, discapacidad, muerte, enfermedad, daño, pérdida, reclamo, responsabilidad o gasto de cualquier tipo (colectivamente en lo sucesivo denominado "Reclamaciones") que yo (o mi (s) hijo (s)) podemos experimentar o incurrir en relación con la asistencia o asistencia de mi (o mi hijo (s)) presencia en Andrew S. Florea, MD, Inc.

En mi nombre, (y en nombre de mi (s) hijo (s)), por la presente libero, me comprometo a no demandar, despedir y eximir de responsabilidad a Andrew S. Florea, MD, Inc. y Citrus Place Medical, LLC, sus empleados, propietarios, agentes, socios y representantes, incluido Andrew S. Florea, MD personalmente, de y de las "Reclamaciones", incluidas todas las responsabilidades, reclamaciones, acciones, daños, costos o gastos de cualquier tipo que surjan o estén relacionados con ellas.

Entiendo y acepto que esta versión incluye cualquier Reclamación basada en las acciones, omisiones o negligencia de Andrew S. Florea, MD, Inc., sus empleados, médicos, agentes, propietarios, propietarios y representantes, ya sea una infección por COVID-19 ocurre antes, durante o después de mi asistencia en las instalaciones de Andrew S. Florea, MD, Inc.

Nombre(s) _____ **Fecha de firma:** _____

Firma _____

Nombre: _____

Cuestionario ETDQ-7

Durante el último mes, ¿cuánto ha sido un problema para usted cada uno de los siguientes?

	Ningún problema	Problema moderado	Problema grave
--	-----------------	-------------------	----------------

¿Presión en los oídos?	1	2	3	4	5	6	7
------------------------	---	---	---	---	---	---	---

¿Dolor en los oídos?	1	2	3	4	5	6	7
----------------------	---	---	---	---	---	---	---

Una sensación de que tus oídos están							
¿Obstruido o “bajo el agua”?	1	2	3	4	5	6	7

Síntomas de oído cuando tienes							
¿Un resfriado o sinusitis?	1	2	3	4	5	6	7

Sonidos de crujidos o estallidos	1	2	3	4	5	6	7
en los oídos							

Zumbido en los oídos ?	1	2	3	4	5	6	7
------------------------	---	---	---	---	---	---	---

¿Tienes la sensación de que							
estás escuchando amortiguado?	1	2	3	4	5	6	7

P0rueba de resultado sinonasal (SNOT-20)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

El siguiente cuestionario tiene como objetivo ayudar a definir sus síntomas y proporcionar información y conocimientos valiosos para el Dr. Andrew S. Florea, MD. Responda las preguntas, calificando, lo mejor que pueda, los problemas que ha experimentado durante las últimas dos semanas.

Considere la gravedad del problema cuando lo experimente y la frecuencia con la que ocurre. Califique cada elemento a continuación como “malo”.

	No. Problema	leve/leve Problema	Leve/Manera Problema	Moderado Problema	Grave Problema	Tan Malo Problema	5 La mayoría
Necesita sonarse la nariz	0	1	2	3	4	5	_____
Estornudos	0	1	2	3	4	5	_____
Secreción nasal	0	1	2	3	4	5	_____
Tos	0	1	2	3	4	5	_____
Secreción posnasal	0	1	2	3	4	5	_____
Secreción nasal espesa	0	1	2	3	4	5	_____
Oído lleno	0	1	2	3	4	5	_____
Mareos	0	1	2	3	4	5	_____
Dolor de oído	0	1	2	3	4	5	_____
Dolor/presión facial	0	1	2	3	4	5	_____
Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4	5	_____
Despierta por la noche	0	1	2	3	4	5	_____
Falta de buen sueño nocturno	0	1	2	3	4	5	_____
Despierta cansado	0	1	2	3	4	5	_____
Fatiga	0	1	2	3	4	5	_____
Productividad reducida	0	1	2	3	4	5	_____
Concentración reducida	0	1	2	3	4	5	_____
Frustrado/inquieto/irritable	0	1	2	3	4	5	_____
Triste	0	1	2	3	4	5	_____
Avergonzado	0	1	2	3	4	5	_____

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

¿Has experimentado estos síntomas en los últimos 2-14 días?

Círculo eno:

• Fiebre

No/ Sí

• Tos

No/ Sí

• Falta de aliento o dificultad para respirar

No /Sí

• Escalofríos

No /Sí

• Sacudidas repetidas con escalofríos

No/ Sí

• Dolor muscular

No Sí

• Dolores de cabeza

No /Sí

• Dolor de garganta

No/ Sí

• Nueva pérdida de sabor u olor

No/ Sí

Congestión / secreción nasal

No/Sí

Náuseas

No/Sí

Diarrea

No/Si

ANDREW S. FLOREA M.D., INC.
HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad _____ Sexo _____ Alt. _____ Peso. _____

HISTORIA QUIRÚRGICA:

General

Sí	No	Debilidad o fatiga
Sí	No	Pérdida de peso reciente

Ojos

Sí	No	Visión borrosa
Sí	No	Visión doble

Oído, Nariz, Boca y Garganta

Sí	No	Problemas para escuchar
Sí	No	Tinnitus o zumbidos en los oídos
Sí	No	Dolor de oído
Sí	No	Infección o drenaje del oído
Sí	No	Mareos, vértigo o inestabilidad
Sí	No	Cosas Nariz
Sí	No	Problemas sinusales
Sí	No	Sangrados nasales frecuentes
Sí	No	Dolores de garganta frecuentes

Alérgico

Sí	No	Fiebre del heno o alergia al polvo/moho
Sí	No	Sensibilidad o intolerancia a los alimentos
Sí	No	Sensibilidad química

Gastrointestinal

Sí	No	Acidez estomacal o reflujo ácido
Sí	No	Náuseas o vómitos
Sí	No	Diarrea
Sí	No	Úlceras
Sí	No	Uso frecuente de antiácidos

genitourinario

Sí	No	Problemas renales
----	----	-------------------

musculoesquelético

Sí	No	Dolores o rigidez en las articulaciones
----	----	---

Historia médica pasada:

Enfermedad mayor: _____

Lesiones mayores: _____**TB positiva:** Sí _____ No _____ ¿Cuándo? _____**Historia familiar:**

Enfermedad pulmonar	Sí _____	No _____	¿Quién? _____
Enfermedad cardíaca	Sí _____	No _____	¿Quién? _____
Diabetes	Sí _____	No _____	¿Quién? _____
Cáncer	Sí _____	No _____	¿Quién? _____
Presión arterial	Sí _____	No _____	¿Quién? _____
TB positiva	Sí _____	No _____	¿Quién? _____

Fumar:

Sí _____ No _____ ¿Dejar de fumar? Sí _____ No _____ Si es así, ¿cuándo? _____

Cigarrillos _____	Cuánto tiempo _____	# Paquetes _____	# Cigarro _____
Cigarro _____	Cuánto tiempo _____	# Paquetes _____	# Cigarros _____
Pipa _____	Cuánto tiempo _____	# Paquetes _____	# Cigarrillos _____

CONSUMO DE ALCOHOL:

Sí _____ No _____ ¿Dejar de fumar? Sí _____ No _____ Si es así, ¿cuándo? _____

Con frecuencia _____ Social _____ Rara vez _____

Drogas: Sí _____ No _____ Tipo: _____ Renuncia: Sí _____ No _____ Si es así, ¿cuándo? _____**Por favor indique cualquier hospitalización anterior (más reciente):**_____

_____**MOTIVO DEL ENCUENTRO:**_____

_____**Médico remitente:** _____**Nombre del paciente:** _____

REGISTRO ACTUAL DE MEDICAMENTOS

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____
Fecha de nacimiento: _____

MEDICAMENTOS: Enumere todos los medicamentos que toma actualmente, incluidos supresores del apetito, vitaminas, suplementos a base de hierbas, etc.

[illegible]

