



*You are not alone
in managing pain*

**ORTHOPEDIC
PAIN MANAGEMENT CENTER
INJURY INSTITUTE**

FORMA DE REGISTRACION DEL PACIENTE

Fecha del accidente: ____ / ____ / ____

Apellido, Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Ciudad: _____ *Código Postal:* _____

Teléfono de Casa: _____ *Teléfono Celular:* _____

Contacto en caso de emergencia: _____

Teléfono: _____

Información del abogado:

Nombre del Abogado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ *Código Postal* _____

Numero de Teléfono: _____ *Fax:* _____



ORTHOPEDIC
PAIN MANAGEMENT CENTER
INJURY INSTITUTE

Tel: (818) 290-5949
Fax: (888) 885-5414

Nombre del paciente: _____

Fecha del accidente: ____ / ____ / ____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Abogado: _____

Telefono: () _____

Fax: () _____

Notice of Doctor's Lien

Por la presente autorizo *Dr. Pejman Eli Shirazy*, a otorgarle a usted, mi abogado, presentarle un informe completo de su examen, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc. de mi misma en relación con el accidente en el que participe recientemente.

Por la presente autorizo y directo a usted mi abogado, a pagar directamente al dicho, doctor tales sumas como pueden ser vencidas y debidas a dicho doctor por servicios médicos prestados por causa de este accidente y por causa de cualquier otras cuentas que el consultorio y retiene las cantidades de cualquier asentamiento, juicio, o veredicto que sean necesarias para proteger adecuadamente y compensar completamente dicho medico. Por el presente documento doy un gravamen sobre mi caso a dicho medico contra cualquier y todas las ganancias de mi establecimiento, juicio o veredicto que puede ser pagado a usted, mi abogado a yo mismo, como consecuencia de las heridas para que he sido tratado o lesiones en conexión con ellos.

Entiendo perfectamente que yo soy directamente responsable y plenamente a dicho medico de todas las facturas medicas enviadas a dicho medico por servicios prestados y que este acuerdo se hace exclusivamente para la protección adicional de dicho medico y teniendo en cuenta el doctor pendientes de pago. Además, entiendo que dicho pago no es contingente en cualquier establecimiento, juicio o sentencia por la cual merecerare eventualmente dicha cuota.

De acuerdo a puntualmente notifique a dicho medico de cualquier cambio o adición de abogados utilizados por mí en relación con este accidente, y yo ordene a mi abogado que haga lo mismo y puntualmente entregar una copia de este gravamen alguno sustituir o habrá afiliado abogados.

Confirme esta carta firmando abajo y regresándola a la oficina del médico. He sido informado que si mi abogado no quiere cooperar en la protección de interés médico, el doctor no esperará pago pero podrá declarar el saldo debido.

FIRMA: _____

FECHA: ____ / ____ / ____

El abogado firmando abajo del registro para el paciente anterior se compromete a observar todos los términos dichos y se compromete a retener las cantidades de cualquier asentamiento, juicio o sentencia, si es necesario proteger adecuadamente y compensar completamente a dicho medico mencionado anteriormente. El abogado entiende y acepta que en el evento en el que este gravamen sea litigado que la parte prevaleciente se otorgaran los costos y honorarios de abogados.

FIRMA del Abogado: _____

FECHA: ____ / ____ / ____

MULTI-SPECIALTY HEALTH CARE GROUP

16952 Ventura Blvd.
Encino, CA 91316

Tel: (818) 290-5949
Fax: (888) 885-5414

Nombre del paciente: _____

Fecha del accidente: ____/____/____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Abogado: _____

Teléfono: () _____

Fax: () _____

Yo, el paciente arriba mencionado, autorizo la Farmacia anteriormente, Multi-Specialty Health Care Group, para proveer a mi abogado, con servicios completos de farmacia, distribución, etc., de mi mismo en relación con el accidente en el que participe recientemente.

Yo, el paciente autorizo a mi abogado y/o compañía de seguros a pagar directamente a Multi-Specialty Health Care Group Inc. de las sumas que se le adeuden y debido a los servicios Multi-Specialty Health Care Group Inc. prestados a mí, tanto por la razón de este accidente y como consecuencia de otros proyectos de ley que se deben y para retener tales sumas de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto que sean necesarias para proteger adecuadamente y compensar totalmente dicho Farmacia. Y en esto doy además un contrato sobre mi caso a Multi-Specialty Health Care Group Inc. de la Salud contra cualquiera y todas las ganancias de mi acuerdo, sentencia o veredicto que puede ser pagado a usted mi abogado o yo mismo, como resultado de las lesiones de las que he sido tratada o lesiones en relación con la misma.

Este acuerdo de ninguna manera releva al paciente de su responsabilidad de compensar Multi-Specialty Health Care Group Inc. por todos los proyectos de ley de servicios de farmacia presentadas por dicha farmacia por los servicios prestados al paciente. El paciente entiende y reconoce que él/ella es directa y plenamente responsable ante Multi-Specialty Health Care Group Inc., por cualquier saldo de la cuenta, que no está supeditada a los resultados de una tercera parte. Multi-Specialty Health Care Group, Inc. se reserva el derecho de exigir pagos regulares en la cuenta del paciente hasta que se resuelva su reclamación de un tercero.

Paciente dirige a su abogado para pagar puntualmente el importe total debido a Multi-Specialty Health Care Group Inc., en la resolución de su reclamación a terceros. El pago se licitó sin tener en cuenta para hacer estallar reclamaciones pendientes contra otros terceros o distribución prorrateada a otros proveedores de atención médica.

El paciente acuerda notificar de inmediato a dicha farmacia de cualquier cambio o adición de abogado(s) utilizado por los pacientes en relación a este accidente, y el paciente da instrucciones a su abogado para hacer lo mismo y para entregar de inmediato una copia de este gravamen a cualquier sustituido o abogado(s). Yo, el paciente, se me ha aconsejado que mi abogado no quiere cooperar en una protección de los intereses de la farmacia, la farmacia no esperar el pago, pero puede declarar la totalidad de saldo adeudado y pagadero. He leído y entiendo completamente esto, Multi-Specialty Health Care Group Inc., y acepto estar obligado a sus términos.

Firma Del Paciente _____

Firma del Guardián: _____ **Nombre:** _____ **Fecha:** ____/____/____

La procuraduría se compromete a observar los términos y condiciones de este Lien Salud y retener de cualquier tercero sin deducción de los honorarios de cualquier abogado, una cantidad necesaria para pagar el saldo pendiente de la cuenta al grupo Multi-Specialty Health Care Group Inc. Procuraduría se compromete a notificar de inmediato Multi-Specialty Health Care Group Inc., en la representación legal de eventos se finalice. La procuraduría se compromete a proporcionar de inmediato una copia de este contrato Cuidado de la Salud a cualquier abogado adicionales o posteriores. Fiscal acuerda ad.em.is que en el evento se litigo este contrato que la parte ganadora se adjudicará honorarios y costos de abogados.

Firma del abogado: _____

Fecha: ____/____/____



*You are not alone
in managing pain*

ORTHOPEDIC
PAIN MANAGEMENT CENTER
INJURY INSTITUTE

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL SEGURO

Yo, _____ doy permiso para Orthopedic Pain Management Injury Institute para obtener la información del seguro (Nombre del Seguro, Numero de reclamación, ajustador, y número de teléfono) de la parte responsable con respecto a mi reclamación de lesiones que ocurrió el _____

Esta información es para ser dada como consideración adicional en relación al derecho de retención médica a los servicios prestados con carácter gravamen. Esta información no se utilizara para negociar gravámenes pendientes directamente con la parte responsable, pero solo como referencia para proporcionar protección adicional para el embargo pendiente

Firma: _____

Fecha: _____

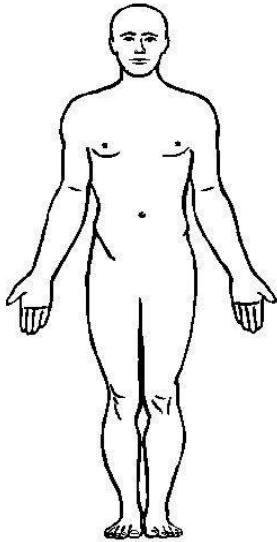


*You are not alone
in managing pain*

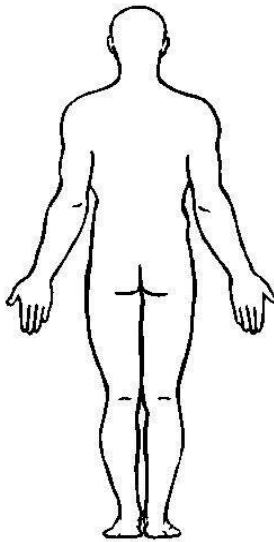
ORTHOPEDIC
PAIN MANAGEMENT CENTER
INJURY INSTITUTE

NAME: _____

FECHA: ____ / ____ / ____



FRONT/ FRENTE



BACK/ESPALDA



*please indicate the areas where you are having pain
Indique las areas donde tenga dolor*

*Please mark the areas of impact to your vehicle
Por favor marque las areas donde el vehículo fue impactado*

Duties Under Duress Index

FUNCIONES DE TRABAJO

1. At the time of injury, were you currently employed? En el momento de la lesión, estaba actualmente empleado?
 - Yes. SI(siga con la pregunta 2)
 - No. (If no, skip down to Domestic duties) (Si, no, siga con la pregunta sobre actividades Domesticas)

2. Since your injury have you continued working? Desde su lesión ha continuado con su trabajo?
 - Si (Si, es si continúe con la pregunta 3)
 - NO.(siga con la sección de actividades domesticas)

3. Why you have continued to work? Porque ha seguido trabajando?
 - Perdería mi trabajo si me tomo un tiempo libre / *I would loose my job if I took time off*
 - De otra manera no podría mantener a mi familia / *I could not support my family*
 - No pienso tomarme tiempo de descanso aun estando lesionado o con dolor / Mi negocio fallaría si no trabajaría / *I'm not thinking about taking time off being injured. I would loss my bussiness if I didn't work.*
 - No podría obtener tiempo de descanso, ni cuidar a mis hijos / *I could not get time off or care for my children*

4. Have you ever experienced any of the following changes in your ability to perform at work?
Ha notado algunos de los siguientes cambios en su capacidad de realizar las funciones de su trabajo
 - a. Mobility / Stability Problems // Problemas de Movilidad / Estabilidad
 - Escalar/ subir / *Climbing*
 - Levantar / *Lifting*
 - Arrodillarse / *Kneeling*
 - Caminar por largos periodos / *Walking for Long Periods*

 - b. Dexterity Problems / Problemas de Destrezas
 - Movimientos de las dedos / *Finger Moments*
 - Movimientos de muñeca / *Wrist Movements*

 - c. Problems with Fatigue / Problemas de Fatiga
 - Fatiga / *Fatigue*

 - d. Postures difficulties // Problemas de Postura
 - Agacharse / *Bending*
 - Inclinación de la cabeza / *Stooping*
 - Sentarse por largos periodos. / *Sitting for long periods of time*
 - Estar parado por largos periodos / *Standing for long Periods*

- e. Problems with Anxiety/ Problemas de Ansiedad / Depresión
- Ansiedad / Anxiety
 - Depresión / Depression
- f. Problems with Vertigo or Spinning Sensations/ Problemas de Vértigo/ Mareo
- Mareo / *dizziness*
 - Inestabilidad / *instability*
 - Sensación de movimiento irregular / *feeling of irregular movement*
 - Sensación de movimiento giratorio / *sense of rotational motion*
- g. Problems with Tinnitus or Ringing in the Ears /Problemas con tinnitus o zumbido de los oídos
- Tinnitus
 - Ringing in the Ears / Zumbido de las oídos
- h. Problems with reduced concentration /*Problemas de concentración*
- No puede concentrarse / *problems with concentration*
 - No puede pensar apropiadamente / *thinking properly*
 - Comete error / *making mistakes*
- i. Pain / *Dolor*
- SI, en que areas? / *yes, what areas?*
-

Tareas Domesticas

1. Have you experienced any pain while performing any of the following activities inside your home.
Ha experimentado dolor mientras realiza las siguientes actividades dentro de su casa:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Laundry / Lavando la ropa | <input type="checkbox"/> Dishwashing / Lavando los platos |
| <input type="checkbox"/> Vacuuming /Pasar la aspiradora | <input type="checkbox"/> Washing Windows / Lavando ventanas |
| <input type="checkbox"/> Cleaning / Limpiando | <input type="checkbox"/> Preparing Meals / Cocinando |

Deberes Domésticas

1. Which, if any, of the following activities have you experienced pain while performing outside your home?
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Painting the outside of the house/ Pintar la casa por afuera | <input type="checkbox"/> Landscaping / diseño de exterior |
| <input type="checkbox"/> Mowing the Grass / cortar el grass | <input type="checkbox"/> Trimming the bushes/ trees / cortar arboles |
| <input type="checkbox"/> Gardening / Jardinería | <input type="checkbox"/> Taking the trash / sacar la basura |
| <input type="checkbox"/> Washing the cars / lavar los autos | <input type="checkbox"/> Maintaining the cars / mantenimiento de autos |
| <input type="checkbox"/> Maintain Yard equipment / mantener los equipos del patio | |
| <input type="checkbox"/> Doing other External Housework/ hacer trabajo externo | |
- Specify: _____

Studies/Educational Duties

1. Were you currently involved in any educational program at the time of injury?
Estaba usted involucrado en algún programa educacional cuando sucedió el accidente
- Yes / SI
 No (If no, you have completed this survey)/ No (si es no, ha completado el cuestionario)
2. At the time of injury, how would you best describe your educational status?
En el momento de la lesión, como describiría nivel de educación?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> High School / Secundaria | <input type="checkbox"/> Apprenticeship studies / Estudios de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Technical College / Escuela Técnica | <input type="checkbox"/> University / Universidad |
| | <input type="checkbox"/> Correspondence Course / curso de |
3. As a student have you experienced any problems with any of the following activities since the injury
Como estudiante, ha tenido dificultades con las siguientes actividades después de la lesión? :
- Looking down to read textbooks / mirando hacia abajo para leer libros
 Sitting in classes / sentándose en clase
 Carrying Books / cargando libros
 Other / otro
4. Have you experienced any of the following changes in your ability to perform at school since the injury?
Ha tenido alguno de los siguientes cambios en su capacidad para llevar a cabo en la escuela desde su accidente?
- a. Mobility/Stability Problems/ Problemas de movilidad, estabilidad
- Walking for long periods / caminar for largos periodos
 Climbing / al subir
- b. Dexterity Problems / Problemas de destreza
- Finger Movements / movimientos de los dedos
 Wrist Movement / movimientos de muñecas
- c. Problems with fatigue / Problemas de fatiga
- Fatigue / fatiga

- d. Postural Difficulties / Dificultades de postura
- Stopping / Inclinación de la cabeza
 - Bending / arrodillarse
 - Sitting for Long Periods / sentarse por largos periodos
 - Standing for Long Periods / parados por largos periodos
- e. Problems with Anxiety/Depression / Problemas de ansiedad / depresión
- Anxiety /Ansiedad

 - Depression / Depresión
- f. Problems with Vertigo or Spinning Movements / Problemas de vértigo/ mareo
- Dizziness / Mareo

 - Sensación of irregular motion / sensación de movimiento irregular

 - Giddiness / inestabilidad

 - Sensation of Whirling Motion/ sensación de movimiento giratorio
- g. Problems with Tinnitus or Ringing in the Ears / Problemas de zumbido de los oídos
- Tinnitus / tinnitus
 - Ringing in the Ears / zumbido de los oídos
- h. Problems with reduced concentration / Problemas de concentración
- Making Mistakes / comete errores
 - Can't concentrate / no puede concentrarse
 - Can't think properly / no puede pensar apropiadamente
- i. Pain / Dolor
- Yes, what areas? / SI, en que areas?
-



**Cuestionario de los síntomas de la conmoción cerebral
Del Poste De Rivermead**

Nombre: _____ Fecha: _____

Después de una lesión en la cabeza o de un accidente, algunas personas experimentan los síntomas que pueden causar preocupación o fastidio. Quisiéramos saber si usted ahora sufre cualquiera de los síntomas dados abajo. Así como muchos de estos síntomas ocurren normalmente, quisiéramos que usted se compare con antes del accidente. Para cada uno, por favor circule el número más cercano a su respuesta.

0= No experimentado en todo

1= NO mas problema ahora q antes del accidente

2= Un problema suave ahora

3= Un problema moderado ahora

4= Un Problema severo ahora

Comparado con antes del accidente, ahora (durante la semana pasada) sufre de:

Headaches / Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
Feelings of Dizziness / Sensaciones de mareo	0	1	2	3	4
Nausea and/or Vomiting / Nausea y/o vomito	0	1	2	3	4
Noise Sensitivity, or easily upset by loud noise/ Sensibilidad al ruido, o fácilmente molesto por el ruido	0	1	2	3	4
Sleep Disturbance / Trastornos de sueño	0	1	2	3	4
Fatigue, tiring more easily / Fatiga, cansancio fácilmente	0	1	2	3	4
Being Irritable, easily angered / Estar irritable, enojarse fácilmente	0	1	2	3	4
Feeling Depressed or Tearful / Sentirse deprimido o lloroso	0	1	2	3	4
Feeling Frustrated or Impatient / Sentirse frustrado o impaciente	0	1	2	3	4
Forgetfulness, poor memory / Falta de memoria, poca memoria	0	1	2	3	4
Poor Concentration / Falta de concentración	0	1	2	3	4
Taking Longer to Think / Tomarse más tiempo para pensar	0	1	2	3	4
Blurred Vision / visión borrosa	0	1	2	3	4
Light Sensitivity, or Easily upset by bright light / Sensibilidad a la luz, o fácilmente molesto por luz brillante	0	1	2	3	4
Double Vision /visión doble	0	1	2	3	4
Restlessness / Inquietud	0	1	2	3	4

Está experimentando alguna otra dificultad? Algunos otros síntomas de conmoción cerebral post-síndrome se compone de las siguientes situaciones: Problemas para leer, para escribir (la primera letra incorrecta), problemas de mecanografía, incapacidad para recordar números de ATM u otros números, empalamiento atención, cambios de personalidad, intolerancia al calor, al frío, Intolerancia al alcohol, y la pérdida del libido. Por favor especificar cualquiera de estos problemas adicionales que experimenta, y la frecuencia que el anterior:

1. _____	0	1	2	3	4
2. _____	0	1	2	3	4
3. _____	0	1	2	3	4
4. _____	0	1	2	3	4



NOTIFICACION AL PACIENTE

DERECHO DEL PACIENTE:

- El paciente tiene derecho a ser informado de sus derechos antes de recibir atención. El paciente puede nombrar a un representante para que reciba esta información si él/ella lo desea
- Ejercer estos derechos sin considerar genero, cultura, economía, la educación, la religión, o la fuente de pago por su atención.
- Atención considerada, respetuosa y digna, siempre en un ambiente seguro, libre de todas formas de abuso, negligencia, acoso y/o explotación.
- Servicios de acceso de protección y defensa o tener estos servicios accesibles en nombre del paciente.
- Evaluación y manejo del dolor apropiado.
- El conocimiento del nombre del médico que tiene la responsabilidad principal de coordinar su atención y los nombre de relaciones profesionales de otros médicos y proveedores de salud que los atienda. El paciente tiene derecho a cambiar de proveedor si otros proveedores calificados están disponibles.
- Que le avisen si el médico tiene un interés financiero en el centro de cirugía.
- Recibir información completa de su médico acerca de su enfermedad, curso del tratamiento, tratamientos alternativos, resultados de la atención (incluyendo resultados no previstos) y las prospectivas de recuperación en términos que él/ella pueda entender. Recibir la mayor información acerca del tratamiento o procedimiento que él/ ella pueda necesitar a fin de dar un consentimiento informado o rechazar el curso del tratamiento propuesto. Excepto en casos de emergencia, esta información deberá incluir una descripción del procedimiento o tratamiento, los riesgos médicos involucrados en el tratamiento, cursos alternos de tratamiento o no tratamiento y los riesgos involucrados en cada uno y el nombre de la persona que llevara a cabo el procedimiento o tratamiento.
- Participar en el desarrollo e implementación de su plan de atención y participar activamente en las decisiones con respecto a su atención medica. En la medida permitida por ley, lo que incluye el derecho de solicitar y/o rechazar el tratamiento.
- Ser informado de las regulaciones de pólizas y regulaciones estatales de la instalación con respecto a las directivas anticipadas y proporcionar formularios de instrucciones anticipadas si así lo solicita.
- Consideración completa de privacidad con respecto a su atención medica. La discusión del caso, consultas, exámenes y tratamiento son confidenciales y deben llevarse a cabo directamente. El paciente tiene el derecho a ser informado de la razón de la presencia de cualquier persona involucrada en su atención de salud.
- Tratamiento confidencial de todas las comunicaciones y registros relacionados con su atención y su estancia en la instalación. Su consentimiento por escrito se obtendrá antes medica que él/ ella entienda. Las comunicaciones con el paciente serán eficaces y se presten de una manera que facilite la comprensión por parte del paciente. La información escrita proporcionada será adecuada a la edad, la comprensión y, en su caso, la lengua del paciente. Según convenga, las comunicaciones específicas para la visión, el habla, la audición, el paciente cognitivo y dificultades en el lenguaje serán apropiados para el deterioro.
- Acceso a la información contenida en su registro medico dentro de un plazo razonable.
- Tenga en cuenta que el procedimiento de quejas de la instalación, debe él/ella desee comunicar una preocupación por la calidad de la atención que recibieron. La notificación del proceso de quejas incluye: a quien contactar para presentar la reclamación y que él/ella se le proporcionara una notificación por escrito de la determinación de queja que contiene el nombre de la persona de contacto de la institución, los resultados de la queja y la fecha de culminación de la queja.
- Tenga en cuenta la información de contacto de la agencia estatal para que las quejas puedan ser reportadas, así como información de contacto de la oficina de Intermediario de Medicare.
- Tenga en cuenta que las instalaciones/personal médico propone participar o realizar experimentación humana que afecte su cuidado de tratamiento. El paciente tiene derecho a negarse a participar en dichos proyectos de investigación. Su negativa a participar o la suspensión de la participación no comprometerá el derecho del paciente a acceder a la atención, tratamiento o servicios.
- Apoyo total y respeto de todos los derechos de los pacientes deben pacientes deben optar por participar en la investigación y/o ensayos clínicos. Esto incluye el derecho del paciente a un proceso de consentimiento informado completo de su relación con los estudios, investigaciones y/o ensayo clínico. Toda información proporcionada a los sujetos se incluiría en el archivo de registro o la investigación medica, junto con el formulario(s) de consentimiento.
- Ser informado por su médico o un mismo delegado de la exigencia de atención medica continua después de su alta desde la instalación.
- Examinar y recibir una explicación de su factura independientemente de la fuente de pago.
- Conocer las reglas y pólizas de la clínica se aplican a su conducta mientras sea paciente.

- Haga que todos los derechos del paciente aplican a la persona que tenga la responsabilidad legal de tomar decisiones con respecto a la atención medica en nombre del paciente.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE:

- El paciente tiene la responsabilidad de proporcionar información precisa y completa sobre sus quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos (incluyendo el exceso de productos de venta libre y suplementos dietéticos), alergias y sensibilidades y otros asuntos relacionados con su salud.
- El paciente y la familia son responsables de hacer preguntas cuando no entienden lo que se les ha dicho sobre el cuidado del paciente o lo que se espera que hagan.
- El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento establecido por su médico, incluyendo las instrucciones de las enfermeras y otro profesionales de la salud ya que llevan a cabo las ordenes del médico.
- El paciente es responsable de cumplir con las citas y de notificar a la institución o medico cuando él/ella no es capaz de hacerlo.
- Proporcionar a un adulto responsable para el transporte de su casa después de la instalación y permanecen con él/ella durante 24horas menos que estén exento de esa obligación por el médico encargado.
- El paciente es responsable de sus acciones en caso de que se niegue a recibir tratamiento o no seguir las ordenes de su médico.
- El paciente es responsable de asegurarse que las obligaciones financieras de su atención se cumplan lo antes posible.
- El paciente es responsable de seguir las pólizas y procedimientos.
- El paciente es responsable de informar a la instalación sobre las instrucciones anticipadas del paciente.
- El paciente es responsable de ser considerado con los derechos de otros pacientes y personal de la instalación.
- El paciente es responsable de ser respetuoso de sus bienes personales y las otras personas en las instalaciones.

NOTIFICACION DE DIRECTIVA ANTICIPADA

- Todos los pacientes tienen derecho a participar en sus propias decisiones de atención de la salud y para hacer directivas anticipadas o para ejecutar el poder notarial que autoriza a otros a tomar decisiones en su nombre en base a los deseos expresados por el paciente cuando el paciente es incapaz de tomar decisiones o no son capaces de comunicar decisiones sobre su persona.
- Si usted desea completar una Directiva Avanzada, las copias de los formularios estatales oficiales están disponibles en nuestro centro médico.
- Si usted no está de acuerdo con la política de este centro médico, estaremos encantados de ayudarle en la reprogramación de su procedimiento.

PATIENT COMPLAINT OR GRIEVANCE

- Si usted tiene un problema/queja, favor de hablar con la recepcionista. Vamos a tratar su preocupación de inmediato.
- Si es necesario, su problema o queja se adelantara al administrador o un coordinador para su resolución.

AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO RECONOZCO QUE HE LEIDO Y ENTIENDO SU CONTENIDO.

Paciente/ representante del paciente

_____/_____/_____

Fecha