



# All-Pro

ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE

**Pembroke Pines**

17779 SW 2nd St.  
Pembroke Pines,  
FL 33029

**Wellington**

1397 Medical Park Blvd. Suite 460  
Wellington, FL 33414

**Hialeah**

Palmetto Medical Arts Building  
7100 W 20th Avenue, Suite 412  
Hialeah, FL 33016

**Hollywood**

210 S Federal Highway, Suite 302  
Hollywood, FL 33020

info@allProOrthopedics.com 954.322.1110 954.322.1099

## FORMULARIO PARA LA HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES NUEVOS

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Raza:  Blanco  Negro o Afroamericano  Nativo Americano  Hispano  Asiático  Otro \_\_\_\_\_

Origen Étnico:  Hispano  No Hispano  Otro \_\_\_\_\_

Idioma de Preferencia:  Inglés  Español  Chino  Otro \_\_\_\_\_

Farmacia de Preferencia: \_\_\_\_\_

Fuente de Referencia: Doctor (nombre): \_\_\_\_\_ Other (ex. Google search): \_\_\_\_\_

### Motivo de la Consulta

Mano dominante:  Derecha  Izquierda  Ambidiestro

Descripción de síntomas: (seleccione únicamente UN síntoma primario y UNA área afectada)

Dolor  Adormecimiento/Hormigueo  Fractura  Rigidez  Otro: \_\_\_\_\_

- |                                  |                               |                                 |  |                               |                                 |  |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--|-------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Hombro     | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo | <input type="radio"/> Pelvis             | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo | <input type="radio"/> Cuello                       |
| <input type="radio"/> Brazo      | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo | <input type="radio"/> Cadera             | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo | <input type="radio"/> Parte superior de la espalda |
| <input type="radio"/> Codo       | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo | <input type="radio"/> Muslo              | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo | <input type="radio"/> Parte media de la espalda    |
| <input type="radio"/> Antebrazo  | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo | <input type="radio"/> Rodilla            | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo | <input type="radio"/> Parte inferior de la espalda |
| <input type="radio"/> Muñeca     | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo | <input type="radio"/> Pantorrilla        | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo | <input type="radio"/> Trasero                      |
| <input type="radio"/> Mano       | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo | <input type="radio"/> Tobillo            | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo | <input type="radio"/> Coxis                        |
| <input type="radio"/> Pulgar     | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo | <input type="radio"/> Pié                | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo |  |
| <input type="radio"/> Índice     | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo | <input type="radio"/> Dedo Gordo del Pié | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo |  |
| <input type="radio"/> Dedo Medio | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo | <input type="radio"/> 2do Dedo del pié   | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo |  |
| <input type="radio"/> Anular     | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo | <input type="radio"/> 3er Dedo del pié   | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo |  |
| <input type="radio"/> Meñique    | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo | <input type="radio"/> 4to Dedo del pié   | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo |  |
|                                  |                               |                                 | <input type="radio"/> Meñique del pié    | <input type="radio"/> Derecho | <input type="radio"/> Izquierdo |  |

El dolor irradia de/hacia: (Ej. de la parte inferior de la espalda hacia la pierna derecha) \_\_\_\_\_

### Historia de Enfermedad Actual

1. ¿Su problema es el resultado de una lesión o accidente?

No hay lesión  Lesión  Lesión en el trabajo  Accidente de auto  Lesión deportiva  Cirugía previa

¿Por cuánto tiempo han estado presentes los síntomas? (Ej. 2 días, 4 meses) \_\_\_\_\_

Describe el inicio:  Agudo (de repente)  Condición crónica (>3 meses)

Fecha de inicio: (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

2. ¿Está representado por un abogado?  Yes  No

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_

¿Se van a iniciar acciones legales en relación a este asunto?  Yes  No

3. ¿Ha tenido algún problema similar anteriormente?  Yes  No

Describe: \_\_\_\_\_

4. ¿Ha acudido a una sala de emergencia?  Yes  No

Nombre de la sala de emergencia: (Ej. St. Luke's Health) \_\_\_\_\_ Fecha: (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia?  Si  No De ser afirmativo, favor especifique a continuación

Medicamento, Comida Relevante, o "de Temporada"

Reacción

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Es alérgico al látex?  Si  No

Favor especifique todos los medicamentos que toma regularmente:  Ninguno

Medicamento

Dosis/Frecuencia (Ej. 20 mg una vez al día)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Favor especifique todos los medicamentos que toma regularmente:  Ninguno

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Aneurisma Donde: _____            | <input type="radio"/> Enfisema              | <input type="radio"/> Enfermedad del riñón             |
| <input type="radio"/> Angina (dolor de pecho)           | <input type="radio"/> Epilepsia             | <input type="radio"/> Piedras en el riñón              |
| <input type="radio"/> Artritis Tipo: _____              | <input type="radio"/> Ataque al corazón     | <input type="radio"/> Infección por SARM               |
| <input type="radio"/> Asma                              | <input type="radio"/> Hepatitis Tipo: _____ | <input type="radio"/> Marcapaso                        |
| <input type="radio"/> Infección en hueso o articulación | <input type="radio"/> VIH/SIDA              | <input type="radio"/> Flebitis (coágulos de sangre)    |
| <input type="radio"/> Cáncer Tipo: _____                | <input type="radio"/> Colesterol Alto       | <input type="radio"/> Embolismo Pulmonar               |
| <input type="radio"/> Quimioterapia/ Radiación          | <input type="radio"/> Hipertensión          | <input type="radio"/> Reacción a anestesia Tipo: _____ |
| <input type="radio"/> EPOC                              | <input type="radio"/> Hipertiroidismo       | <input type="radio"/> Convulsiones                     |
| <input type="radio"/> Insuficiencia cardíaca            | <input type="radio"/> Hipotiroidismo        | <input type="radio"/> Úlcera estomacal                 |
| <input type="radio"/> Diabetes Tipo: _____              | <input type="radio"/> Último A1C _____      | <input type="radio"/> Derrame/AI                       |
|   |   | <input type="radio"/> Tuberculosis                     |

Favor especifique cualquier otra condición o detalles de condiciones arriba marcadas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



# All-Pro

ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE

**Pembroke Pines**  
17779 SW 2nd St.  
Pembroke Pines,  
FL 33029

**Hialeah**  
Palmetto Medical Arts Building  
7100 W 20th Avenue, Suite 412  
Hialeah, FL 33016

**Wellington**  
1397 Medical Park Blvd. Suite 460  
Wellington, FL 33414

**Hollywood**  
210 S Federal Highway, Suite 302  
Hollywood, FL 33020

info@allProOrthopedics.com 954.322.1110 954.322.1099

**ID Permanente : 9327**

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido		Estado Civil	
Dirección						Nº de Apto.	
Ciudad			Estado			Código Postal	
Número de Habitación			Teléfono Celular			Email	
Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo	Nº Seguro Social		Ocupación	
Idioma		Raza			Origen étnico		
Empresa/Colegio				Teléfono del Trabajo			
Nombre de la Farmacia				Teléfono de la Farmacia			
Si el paciente es un menor de edad: Nombre del Padre/Tutor						Fecha de nacimiento	

A quien le podemos agradecer por haberlo referido? \_\_\_\_\_

Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Favor incluya el nombre de la persona a contactar en caso de emergencia, aparte del cónyuge o paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Nº Apto \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**SEGURO PRIMARIO**

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

ID# \_\_\_\_\_ #Grupo \_\_\_\_\_

Nombre Completo del asegurado: \_\_\_\_\_ Nº Seguro Social del Asegurado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado \_\_\_\_\_ Parentesco con el Asegurado (Uno mismo, Cónyuge, Hijo, Otro) \_\_\_\_\_

**SEGURO SECUNDARIO**

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

#ID \_\_\_\_\_ #Grupo \_\_\_\_\_

Nombre Completo del asegurado: \_\_\_\_\_ Nº Seguro Social del Asegurado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado \_\_\_\_\_ Parentesco con el Asegurado (Uno mismo, Cónyuge, Hijo, Otro) \_\_\_\_\_

Fecha del Accidente (si corresponde): \_\_\_\_\_ Tipo de Accidente: Vehículo a motor Carta de Protección

Compensación legal por accidentes de trabajo Otro

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



# All-Pro

ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE

**Pembroke Pines**

17779 SW 2nd St.  
Pembroke Pines,  
FL 33029

**Wellington**

1397 Medical Park Blvd. Suite 460  
Wellington, FL 33414

**Hialeah**

Palmetto Medical Arts Building  
7100 W 20th Avenue, Suite 412  
Hialeah, FL 33016

**Hollywood**

210 S Federal Highway, Suite 302  
Hollywood, FL 33020

info@allProOrthopedics.com 954.322.1110 954.322.1099

**ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO  
PARA UTILIZAR INFORMACIÓN MÉDICA**

Lea el Acuse de Recibo y Consentimiento antes de firmar.

Este acuse de recibo de aviso y consentimiento autoriza a ALL-PRO ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE P.A. a utilizar información médica para fines de tratamiento, pago, y procedimientos de cuidado médico.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** ALL-PRO ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE P.A. cuenta con un Aviso de Prácticas de Privacidad que describe como podemos utilizar su información médica protegida y como usted puede acceder su información médica protegida y ejercer otros derechos en relación a su información médica protegida. Usted puede revisar nuestro aviso actual antes de firmar este acuse de recibo y consentimiento.

**ENMIENDAS:** Nos reservamos el derecho de modificar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y de hacer efectivo cualquier cambio en las condiciones de toda la información médica protegida que mantenemos, incluyendo información creada u obtenida antes de la fecha de vigencia del cambio. Usted puede obtener un aviso revisado al presentar una petición por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.

**Como contactar a nuestro Oficial de Privacidad**

Correo: 17779 SW 2nd St, Pembroke Pines, FL 33029 Teléfono: 954-322-1110/ Fax: 954-322-1099

**Acuse de Recibo y Consentimiento**

He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de ALL-PRO ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE P.A. Ellos están autorizados a utilizar información médica de (favor escriba el nombre del paciente) \_\_\_\_\_ para fines de tratamiento, pago, y cuidados médicos de acuerdo con este Aviso de Prácticas de Privacidad.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**# Cuenta**

Información del Albacea (si corresponde):

\_\_\_\_\_  
Nombre del Albacea

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el Paciente

**IDENTIDAD DE LOS RECEPTORES:** Provea el nombre u otra información específica que identifique a la persona (s) o tipo de personas a los cuales la entidad puede divulgar información protegida:

Permiso a dejar mensaje: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Número de teléfono durante el día # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ En la máquina de mensajes del teléfono de mi residencia # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ En mi mensaje de voz # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Con la persona designada y autorizada nombrada a continuación:

\_\_\_\_\_



# All-Pro

ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE

**Pembroke Pines**

17779 SW 2nd St.  
Pembroke Pines,  
FL 33029

**Wellington**

1397 Medical Park Blvd. Suite 460  
Wellington, FL 33414

**Hialeah**

Palmetto Medical Arts Building  
7100 W 20th Avenue, Suite 412  
Hialeah, FL 33016

**Hollywood**

210 S Federal Highway, Suite 302  
Hollywood, FL 33020

info@allProOrthopedics.com 954.322.1110 954.322.1099

## ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: \_\_\_\_\_

Por medio del presente ASIGNO IRREVOCABLEMENTE al proveedor de servicios médicos nombrado anteriormente, cualquier derecho o beneficios bajo mi póliza de seguro con \_\_\_\_\_, por cualquier servicio y/o cargos suministrados por el proveedor de servicios médicos nombrado anteriormente.

De acuerdo a esta ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, se le pide que envíe por correo cualquier cheque de forma directa y únicamente al proveedor de servicios médicos nombrado anteriormente, a la dirección mencionada en el formulario HCFA-1500A en la casilla 33. Como parte de la ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, solicito a la compañía de seguro que, en caso de disputa de los beneficios médicos por cualquier razón, incluyendo sensatez y/o necesidad médica, el monto de beneficios reclamado por ALL-PRO ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE P.A., debe apartarse y no ser repartido hasta que se resuelva la disputa.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL el suscrito ha firmado en este \_\_\_\_\_ día del mes de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (favor imprima)



**All-Pro**  
ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE

**Pembroke Pines**

17779 SW 2nd St.  
Pembroke Pines,  
FL 33029

**Wellington**

1397 Medical Park Blvd. Suite 460  
Wellington, FL 33414

**Hialeah**

Palmetto Medical Arts Building  
7100 W 20th Avenue, Suite 412  
Hialeah, FL 33016

**Hollywood**

210 S Federal Highway, Suite 302  
Hollywood, FL 33020

info@allProOrthopedics.com 954.322.1110 954.322.1099

## NUESTRA POLÍTICA DE CANCELACIÓN/ NO COMPARECENCIA

DEBIDO AL GRAN NÚMERO DE NO COMPARECENCIAS Y CANCELACIONES EL MISMO DÍA DE LA CITA, ESTAMOS IMPLEMENTANDO UNA NUEVA POLÍTICA, EFECTIVA DE INMEDIATO.

LA POLÍTICA CONSISTE EN LO SIGUIENTE:

1. Citas canceladas dentro de las 24 horas previas a la cita- \$25.00 de penalidad.
2. No comparecencia a una cita- \$50.00 de penalidad.
3. Cancelación de cirugía dentro de los cinco días de la cirugía- \$750.00 de penalidad.
4. Se cobrará por cualquier formulario o carta como corresponde.

NUESTRO PERSONAL APRECIA SU COMPRENSIÓN.

GRACIAS.

He leído y estoy de acuerdo con la política arriba mencionada.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



# All-Pro

ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE

**Pembroke Pines**

17779 SW 2nd St.  
Pembroke Pines,  
FL 33029

**Wellington**

1397 Medical Park Blvd. Suite 460  
Wellington, FL 33414

**Hialeah**

Palmetto Medical Arts Building  
7100 W 20th Avenue, Suite 412  
Hialeah, FL 33016

**Hollywood**

210 S Federal Highway, Suite 302  
Hollywood, FL 33020

info@allProOrthopedics.com 954.322.1110 954.322.1099

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ ID del miembro \_\_\_\_\_

Fecha del Servicio: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Al firmar abajo, acepto y estoy de acuerdo con que se me realice el siguiente procedimiento (s). Me han informado que si mi seguro deja de pagar, voy a ser responsable financieramente por el pago del servicio (s) prestado de la siguiente manera:

- L3960: Arc. 2.0 Abrazadera para Hombro
- L1832: Rodillera para Ligamento Cruzado
- L3660: Cabestrillo de Hombro Clínico
- L4361: Bota J Walker
- L3908: Férula Universal de Puño
- L3807: Muñequera Universal con Pulgar
- L3760: T-Chek
- L1832: G3 Rodillera Articul. para Movilidad
- L1902: Tobillera
- L0627: Horizon 627 Corsé Lumbar Corto
- L0637: Horizon 637 Corsé Lumbar Larg
- L1843/L2397: Rodillera OA Vertical
- L1843: Rodillera para Ligamento Cruzado Anterior
- L1833/:L2810: Rodillera con Bisagras. Rodilla después de cirugía
- L1810: Estabilizador de rodilla
- L0648: Warrior Spine 648
- L0650: Warrior Spine 650

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\*\*\*Pacientes de Medicare: Favor tome en cuenta que será responsable por el monto equivalente al 20% de coseguro aplicado por Medicare al momento de adjudicar su reclamo. \*\*\*

NOMBRE DEL PACIENTE:

## ACUERDO DE ARBITRAJE

Artículo 1: Acuerdo para Arbitrar: El Paciente y All-Pro Orthopedics And Sports Medicine, P.A., el suscrito Proveedor de Cuidado Médico (“MCP”), incluyendo cualquier médico afiliado, empleados, grupo médico afín, asociación profesional, o cualquier otra entidad o individuo que ha suministrado los servicios médicos en conjunto con el MCP, acuerdan someter cualquier disputa que surja a arbitraje obligatorio incluyendo a título enunciativo más no limitativo cualquier reclamo por negligencia profesional, lesión, agresión, incumplimiento expreso o implícito del contrato, pérdida del consorcio conyugal, muerte por negligencia, o algún pago u otra disputa relacionada de cualquier manera a cuidados médicos pasados, presentes o futuros. Cualquier disputa será sometida a arbitraje obligatorio.

Artículo 2: Todo Reclamo debe someterse a Arbitraje: El paciente, y/o su cónyuge, hijos nacidos o por nacer, padres, herederos, o cualquiera que introduzca una acción legal o justa (en lo sucesivo “el Paciente”) y el MCP acuerdan que todo reclamo de cualquier tipo que de alguna manera corresponda a servicios médicos deberá, sin excepción, ser sometido a arbitraje obligatorio. La ley vigente deberá ser la Ley de Arbitraje Federal, no obstante la ley estatal. Es la intención expresa de las partes que todos y cada uno de los reclamos o denuncias de cualquier tipo sean sometidos a y resueltos por arbitraje obligatorio, el cual será el único y exclusivo remedio. Las partes tienen la intención específica e irrevocable de someter cualquier pregunta en relación a este acuerdo de arbitraje únicamente a los árbitros y a ninguna otra persona o entidad. Para todos los asuntos relacionados con la validez de este Acuerdo en el tribunal, la parte victoriosa tendrá derecho a honorarios profesionales y gastos según lo estipulado por el tribunal.

El MCP y cualquier proveedor de servicios médicos afiliado que escoja participar en este Acuerdo, accede a estar igualmente obligado de la misma manera que el Paciente está obligado a arbitraje obligatorio en caso de disputa. Dichas disputas pueden ser introducidas por el MCP contra el Paciente, incluyendo condiciones de pago, servicios prestados, abuso físico o emocional, y otras disputas. El Paciente entiende que todos y cada uno de los cuidados médicos proveídos son consideraciones válidas, y el Paciente estará comprometido completa y legalmente por medio de este Acuerdo. Ambas partes en este Acuerdo renuncian a su derecho constitucional de que un tribunal decida una disputa ante un jurado. Las Partes entienden que renuncian a su derecho de que un juez o jurado decida una disputa a través del sistema judicial. Recurrir al sistema judicial por acción conforme a derecho o equidad será permitido únicamente si es necesario hacer cumplir cualquier decisión obtenida por medio de arbitraje. Las partes acuerdan que cualquier disputa relacionada con alguna disposición de este Acuerdo será resuelta a través de arbitraje.

Por medio del presente las Partes obligan a cualquiera cuyos reclamos puedan surgir de o estar relacionados con tratamiento o servicios suministrados por el MCP al momento del incidente que dieron pie al reclamo. En caso de una mujer embarazada, el término “paciente” significa ambos la madre y el hijo (s) que espera. Las partes acceden a la participación de cualquier persona o entidad en este arbitraje que de otra manera sería una parte complementaria apropiada en cualquier acción judicial de haber estado involucrados de cualquier manera en el cuidado del Paciente. Esto puede incluir



reclamos del paciente contra otros médicos, enfermeras o profesionales médicos, o un hospital u otra institución. Además, éste Acuerdo pretende resolver todos los reclamos por responsabilidad vicaria del MCP.

Artículo 3: Recuperación. Los firmantes acuerdan que el monto total máximo de todos los daños y perjuicios monetarios y no monetarios combinados no deberá exceder \$250,000.00, aplicado a cada caso por individual, independientemente del número de demandantes en búsqueda de compensación, e independientemente del número de médicos, asociaciones profesionales, empleados o entidades nombrados como demandados. El Paciente accede renunciar a todos y cada uno de los derechos a laudos mayores. Esta limitación se aplica independientemente de si otro proveedor de cuidados médicos, como un médico, hospital u otra institución o empleados de dicho médico, hospital o institución sean nombrados demandados en el arbitraje obligatorio o en cualquier otro proceso judicial. “Daños y perjuicios no monetarios” significan pérdidas no monetarias que hubieran ocurrido de no ser por la lesión que dio origen a la acción legal, incluyendo dolor y sufrimiento, inconvenientes, discapacidad física, angustia mental, desfiguración, pérdida de la habilidad de gozar de la vida, y otras pérdidas no monetarias, en la medida que el demandante tenga derecho a recuperar dichos daños y perjuicios bajo la ley general, incluyendo la Ley de Muerte por Negligencia. Los árbitros pueden escoger otorgar daños y perjuicios por encima de los \$250,000.00 únicamente cuando se demuestra dificultad extrema: Como recompensa por la prescripción de cualquier renuncia, el MCP pagará únicamente y hasta los primeros \$2,500.00 en honorarios de abogados del Paciente.

Las partes convienen que si se otorga cualquier daño punitivo, no pueden exceder tres veces cualquier compensación. Igualmente como lo exige Medicare/Medicaid, las partes convienen que cualquier laudo por encima de \$10,000.00 debe ser pagado en montos iguales anuales en diez (10) años, sin ser rebajado a valor actual. Los árbitros pueden reducir el período de tiempo en casos de extrema dificultad. Igualmente considerarán cualquier otra fuente colateral de compensación (por ej. Compensación legal por accidentes de trabajo, seguro de vida, discapacidad, beneficencia, y beneficios gubernamentales, y otros dineros pagados al paciente lesionado o a cualquier otra parte) lo cual reducirá cualquier laudo por daños y perjuicios monetarios y no monetarios. El MCP tendrá derecho a compensar todo dinero recibido por el Paciente por reclamos contra cualquier otro proveedor de cuidado médico, si dichos reclamos surgen de o están relacionados de cualquier manera a los reclamos del Paciente contra el MCP. Las partes autorizan la absoluta divulgación de todas las fuentes colaterales de compensación. Queda estipulado que la falta de divulgar oportunamente las fuentes adicionales a petición, será motivo de desestimación inmediata y total de cualquier reclamo.

Artículo 4: Ley de Prescripción: En ningún caso la ley de prescripción debe exceder doce (12) meses a partir de la fecha en que alguna presunta lesión o problema pudo o haya sido descubierta independientemente de la edad del Paciente. Los árbitros y sus facultades bajo la FAA deben contestar cualquier pregunta relacionada con la aplicación de esta disposición. Si esta disposición se considera nula, se reemplazará por la ley de prescripción descrita en los Estatutos de la Florida Sección 766.

Artículo 5: Divisibilidad: Si un tribunal de jurisdicción competente determina que algún término o disposición específica de este Acuerdo es ilegal, inválida, o de otra manera inaplicable, el resto de este Acuerdo se interpretará en pleno efecto y vigor, y todas las demás disposiciones se seguirán aplicando. En general las Partes acuerdan que cualquier disposición en recusación será llevada frente a los árbitros para decidir, y no frente a un juez o jurado.

Artículo 6: Cláusula de Incorporación: Este Acuerdo representa el convenio completo hecho entre el MCP y el Paciente. Sustituye cualquier otro acuerdo entre el Paciente y el MCP. A excepción de como se establece expresamente en este documento, no existen otras representaciones, promesas, entendimientos, o acuerdos de cualquier tipo entre las partes. El Paciente que firma este Acuerdo reconoce y entiende que este Acuerdo no puede ser cambiado, alterado o modificado de ninguna manera excepto por medio de un documento por escrito, firmado por las partes.

Artículo 7: Pronombres y Encabezados: Las palabras utilizadas en singular incluirán el plural, las palabras utilizadas en plural incluirán el singular, y el uso de cualquier género incluirá todos los géneros. Todos los encabezados, títulos, subtítulos, o leyendas han sido incluidos únicamente por conveniencia, y deben ser ignorados en cualquier interpretación de las disposiciones aquí descritas.

Artículo 8: Procedimientos y Ley Vigente: Las Partes acuerdan tratar de resolver todos los asuntos dentro de los nueve (9) meses de cualquier reclamo. Este Acuerdo, sus disposiciones sustanciales, el alcance del Acuerdo, el poder otorgado a los árbitros, y las limitaciones incluidas en este Acuerdo, deben estar regidos por e interpretados conforme a la Ley Federal de Arbitraje, no obstante cualquier ley estatal en conflicto. En la medida que no esté en contradicción con la FAA, debe igualmente estar regido por las disposiciones de la Ley Uniforme Revisada de Arbitraje del estado principal donde el MCP practica. Las partes acuerdan que cualquier disputa que surja entre ellos debe ser resuelta por un panel de tres árbitros. Cada parte debe seleccionar un árbitro de una lista de expertos calificados en el área legal/médica suministrada por el MCP. Todos los árbitros deben haber obtenido bien sea Títulos de Medicina o Títulos de Medicina y [ilegible]. Los dos árbitros seleccionados deben elegir a un tercer árbitro de la misma lista. Cada parte puede remover el árbitro seleccionado por la otra parte una sola vez. Los tres árbitros deben resolver todas y cada una de las disputas entre las partes conforme al Código de Procedimiento del Foro de Arbitraje Nacional o dichos procedimientos tal como lo decidan en conjunto.

Todas las audiencias de arbitraje deben ser conducidas por video conferencia; el MCP suministrará el equipo y pagará por todos los gastos de video conferencia y árbitros. Las partes deben adoptar reglas de evidencia tal como los árbitros estimen conveniente. El MCP deberá pagar todos los gastos de arbitraje, pero no será responsable por ningún honorario o costo cobrado al Paciente por su abogado salvo los primeros \$2,500.00 como se indica anteriormente. A ambas partes se le permitirá un descubrimiento razonable. Las partes acuerdan que los árbitros deben presentar una decisión por escrito, enumerando las razones de la misma. Este Acuerdo debe ser interpretado para seguir los Estatutos de la Florida Sección 766 y provee al paciente todos los derechos necesarios bajo el Estatuto de la Florida Sección 766 y la Ley de Negligencia Médica de la Florida. Con excepción al derecho de juicio por jurados y la ley de prescripción, en caso de existir un conflicto entre este Acuerdo y bien sea la Sección 766 del Estatuto de la Florida o la Ley de Negligencia Médica de la Florida, entonces la Sección 766 del Estatuto de la Florida o la Ley de Negligencia Médica de la Florida prevalecerán.

Artículo 9: Derecho a Asesor Jurídico y Revocación: El Paciente entiende que este Acuerdo es un documento legal, y el Paciente tiene el derecho de consultar con un abogado antes de firmar si así lo desea. Su MCP le propone consultar un abogado antes de firmar o durante los quince (15) días del período de revocación. Usted puede revocar este Acuerdo dentro de los quince (15)

días de haberlo firmado; usted está de acuerdo que estará en pleno vigor y efecto hasta la fecha en que sea recibido en la oficina del MCP. Para revocar el mismo, envíe una copia certificada con acuse de recibo al MCP escribiendo únicamente "CANCELADO" en la primera página, firmado por usted debajo de esta palabra. El Acuerdo será entonces revocado para cualquier cuidado médico en el futuro, pero usted acuerda que será válido para cualquier servicio proveído por el MCP al Paciente por el tiempo completo de todos los servicios médicos hasta la revocación

Artículo 10: Autoridad para Firmar: El Paciente declara que el o ella tienen la autoridad de firmar y celebrar este acuerdo en su propio nombre (si está firmado por el Paciente), o a nombre del Paciente (si está firmado por una persona diferente al Paciente).

Artículo 11: Libre de Influencia Indebida: La persona que firme este Acuerdo reconoce que el o ella no han sido presionados, provocados, forzados, o intimidados de ninguna manera para firmar este acuerdo, y lo han firmado voluntariamente y no bajo coerción de algún tipo. Las partes acuerdan que les han brindado todas las oportunidades de hacer preguntas y recibir respuestas relacionadas con los detalles e intención de este Acuerdo.

Artículo 12: Acciones Legales Infundadas: El Paciente acuerda que bajo ninguna circunstancia una acción o reclamo infundado se presentará en contra del MCP, [ilegible] el MCP acuerda no presentar ninguna acción o reclamo infundado en contra del Paciente. Si dos o más árbitros deciden que cualquier acción o reclamo presentado en contra de alguna de las partes es infundado por naturaleza, la parte victoriosa deberá tener derecho a daños y perjuicios monetarios y no monetarios, incluyendo pérdida de salario u otra compensación, daño a la reputación, honorarios de abogados en su totalidad y daños punitivos.

Artículo 13: Mediación: Cuando surja un reclamo o una supuesta lesión, las partes acuerdan mediar lo antes posible en buena fe con un mediador calificado antes de cualquier audiencia de arbitraje, lo que correrá por cuenta única del MCP. Un mediador profesional calificado con experiencia en el área médico/legal debe ser elegido conjuntamente por las partes.

**AVISO: AL FIRMAR ESTE ACUERDO, USTED SE COMPROMETE A QUE CUALQUIER ASUNTO DE SUPUESTA NEGLIGENCIA MÉDICA O INCUMPLIMIENTO DE CONTRATO ENTRE USTED Y SU MCP SERÁ DECIDIDO POR ARBITRAJE OBLIGATORIO, EN EL CUAL AMBAS PARTES RENUNCIAN A SU DERECHO DE JUICIO POR JURADOS O JUICIO POR JUEZ.**

*Por medio del presente estoy de acuerdo en que todas las disposiciones de este Acuerdo estén en plena vigencia, y ninguna palabra, oración, párrafo o disposición puede ser tachada, eliminada o removida*

FIRMA DEL PACIENTE X	(FECHA)
----------------------	---------

(o Representante del Paciente)

(Indique parentesco en caso de firmar por el paciente)

FIRMA DE LA OFICINA X	(FECHA)
-----------------------	---------



# All-Pro

ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE

**Pembroke Pines**  
17779 SW 2nd St.  
Pembroke Pines,  
FL 33029

**Wellington**  
1397 Medical Park Blvd. Suite 460  
Wellington, FL 33414

**Hialeah**  
Palmetto Medical Arts Building  
7100 W 20th Avenue, Suite 412  
Hialeah, FL 33016

**Hollywood**  
210 S Federal Highway, Suite 302  
Hollywood, FL 33020

info@allProOrthopedics.com 954.322.1110 954.322.1099

## Formulario de Autorización para la Divulgación de Registros Médicos

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Persona que solicita los registros y parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono de habitación: \_\_\_\_\_ Teléfono de Oficina: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, autorizo a la persona o entidad descrita a continuación a divulgar información médica confidencial acerca de mi persona, al emitir una copia de los registros médicos o un resumen o narrativa de mi información médica protegida.

VIH/SIDA: AUTORIZO  NO AUTORIZO  la divulgación de cualquier resultado positivo o negativo de los exámenes de SIDA o VIH, anticuerpos que neutralizan el virus del SIDA o infección con algún otro agente causante de SIDA con el resultado de mis registros médicos. Poner sus iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Las limitaciones de la información que puede divulgar basado en este Formulario de Autorización para la Divulgación son las siguientes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Favor divulgue mi información médica protegida a la siguiente persona (s)/ entidad:

Nombre: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

AUTORIZO  NO AUTORIZO  enviar estos registros médicos por fax a la entidad anteriormente mencionada.

Las razones o fines de la divulgación de esta información son los siguientes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o padre, tutor o representante legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha