



Patrick G. Tempera, M.D. Rajesh Dhirmalani, D.O.
 Kunal Grover, M.D. Michael J. Viksjo, M.D.
 Prakriti Merchant, M.D. Arun R. Mathew, M.D.
 Daniel Bodek, D.O. Robert I. Greenblatt, M.D.
 Michael Margolin, M.D. Guida St. George, PA-C.
 Tracy Alves, DNP

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:	
Género asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de Seguro social: _____-_____-_____	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		Fecha de nacimiento:	
Raza: <input type="checkbox"/> Afromericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____		Grupo Étnico / Nacionalidad		Lenguaje primario: <input type="checkbox"/> Inglés. <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portuguêis. <input type="checkbox"/> Otro	
Dirección:		Apt:	Ciudad	Estado	Código postal
Número de casa:		Número de celular:		Número de su trabajo:	
Médico Primario/Número de Teléfono:			Farmacia de preferencia, dirección y número de teléfono:		
Nombre de su cardiólogo y número de teléfono:			¿Quién lo refirió a nuestra práctica?		
Correo Electrónico:					

INFORMACIÓN DE SEGURO

Compañía de Seguro Primario:		Compañía de Seguro Secundario:	
¿A nombre de quien esta su seguro? <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Otro: _____		¿Cuál es la fecha de nacimiento?	
¿Cuál es su relacion?		¿Cuál es su número de seguro social?	

CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

116 Millburn Ave, Ste 211 Millburn, New Jersey 07041 Ph # (973) 467-2500 F # (973) 376-5003	1308 Morris Ave, Ste 102 Union, New Jersey 07083 Ph # (908) 851-2770 F # (908) 851-7706	515 North Wood Ave, Ste 202A Linden, New Jersey 07036 Ph # (908) 486-8080 F # (908) 272-6300	210 North Ave Ste 2 Cranford, NJ 07016 Ph # (908) 272-6300 F # (908) 272-6302
--	--	---	--



Patrick G. Tempera, M.D. Rajesh Dhirmalani, D.O.
 Kunal Grover, M.D. Michael J. Viksjo, M.D.
 Prakriti Merchant, M.D. Arun R. Mathew, M.D.
 Daniel Bodek, D.O. Robert I. Greenblatt, M.D.
 Michael Margolin, M.D. Guida St. George, PA-C.
 Tracy Alves, DNP

La confidencialidad del paciente es de gran importancia para nuestra oficina. Por favor indique a continuación con quien nuestra oficina se puede comunicar o dejar un mensaje con relación a su salud, medicamentos, resultados de exámenes, etcétera.

Nombre y Apellido:	Relación:	Número de teléfono:
Nombre y Apellido:	Relación:	Número de teléfono:
¿Podemos contactarlo en su trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Podemos dejar un correo de voz? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

CONTRATO DE PACIENTE

Si la información que usted ha proporcionado causa alguna reducción o negación de pagos por parte de su seguro, la obligación de pago será transferida a la parte responsable (paciente). A continuación, autorizo la liberación de cualquier información médica para poder procesar los cobros del seguro. Yo autorizo que los beneficios médicos y/o quirúrgicos a los cuales tengo derecho, sean asignados directamente a Advanced Gastroenterology Group. Este contrato se mantendrá en efecto hasta que sea revocado por mí en escrito. Una copia de este contrato será considerado como válido y original.

Firma del paciente _____ **Fecha:** _____

116 Millburn Ave, Ste 211
 Millburn, New Jersey 07041
 Ph # (973) 467-2500
 F # (973) 376-5003

1308 Morris Ave, Ste 102
 Union, New Jersey 07083
 Ph # (908) 851-2770
 F # (908) 851-7706

515 North Wood Ave, Ste 202A
 Linden, New Jersey 07036
 Ph # (908) 486-8080
 F # (908) 272-6300

210 North Ave Ste 2
 Cranford, NJ 07016
 Ph # (908) 272-6300
 F # (908) 272-6302



Patrick G. Tempera, M.D. Rajesh Dhirmalani, D.O.
 Kunal Grover, M.D. Michael J. Viksjo, M.D.
 Prakriti Merchant, M.D. Arun R. Mathew, M.D.
 Daniel Bodek, D.O. Robert I. Greenblatt, M.D.
 Michael Margolin, M.D. Guida St. George, PA-C.
 Tracy Alves, DNP

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____ Doctor que lo ha referido: _____

I. QUEJA PRINCIPAL – RAZON PRINCIPAL POR LA CUAL VE AL DOCTOR EL DIA DE HOY:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Test de hígado anormal | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> ERG/Acidez/Indigestión |
| <input type="checkbox"/> Dolor al tragar | <input type="checkbox"/> Hinchazón | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Test de heces positivo | <input type="checkbox"/> Sangre en heces | <input type="checkbox"/> Nausea |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Cambio en hábitos intestinales |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Vómito |
| <input type="checkbox"/> Dolor en parte inferior del abdomen | | <input type="checkbox"/> Dolor en parte superior de abdomen |

II. OTROS SÍNTOMAS QUE ESTE EXPERIMENTADO: POR FAVOR MARQUE CON UN CÍRCULO SI O NO

- | | | |
|--|------------------|--------------------------|
| Hinchazón: Si / No | Diarrea: Si / No | Nausea: Si / No |
| Sangre en las heces: Si / No | Fiebre: Si / No | Estreñimiento: Si / No |
| Dificultad para tragar: Si / No | | Dolor al tragar: Si / No |
| Cambio en hábitos intestinales: Si / No | | Pérdida de peso: Si / No |
| Dolor en parte baja del abdomen: Si / No | | |
| Dolor en parte superior del abdomen: Si / No | | |
| Otros: _____ | | |

Que preguntas o preocupaciones en específico quisiera discutir con su médico?

III. REVISIÓN DE SISTEMAS – SI ACTUALMENTE ESTÁ EXPERIMENTANDO O HA EXPERIMENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: POR FAVOR MARQUE CON UN CÍRCULO SI O NO

CONSTITUCIONAL

- Fatiga: Si / No
 Fiebre: Si / No
 Pérdida de apetito: Si / No
 Pérdida de peso: Si / No
 Aumento de peso: Si / No

CARDIOVASCULAR

- Dolor de pecho: Si / No
 Edema: Si / No
 Palpitaciones: Si / No
 Dificultad para respirar: Si / No
 Otros: _____

NEUROLOGICAL

- Debilidad: Si / No
 Dolor de cabeza: Si / No
 Otros: _____

116 Millburn Ave, Ste 211
 Millburn, New Jersey 07041
 Ph # (973) 467-2500
 F # (973) 376-5003

1308 Morris Ave, Ste 102
 Union, New Jersey 07083
 Ph # (908) 851-2770
 F # (908) 851-7706

515 North Wood Ave, Ste 202A
 Linden, New Jersey 07036
 Ph # (908) 486-8080
 F # (908) 272-6300

210 North Ave Ste 2
 Cranford, NJ 07016
 Ph # (908) 272-6300
 F # (908) 272-6302



Patrick G. Tempera, M.D. Rajesh Dhirmalani, D.O.
 Kunal Grover, M.D. Michael J. Viksjo, M.D.
 Prakriti Merchant, M.D. Arun R. Mathew, M.D.
 Daniel Bodek, D.O. Robert I. Greenblatt, M.D.
 Michael Margolin, M.D. Guida St. George, PA-C.
 Tracy Alves, DNP

GARGANTA, OIDOS, NARIZ

Mal aliento: Si / No
 Ronquera: Si / No
 Sangrado nasal: Si / No
 Goteo postnasal: Si / No
 Dolor de garganta: Si / No
 Otros: _____

GENITOURINARIO

Orinado frecuente: Si / No
 Orinado con dolor: Si / No
 Otros: _____

PSIQUIATRICO

Ansiedad: Si / No
 Depresión: Si / No
 Otros: _____

GINECOLÓGICO

Cambio en el embarazo: Si / No

ENDOCRINO

Piel reseca: Si / No
 Intoleancia al calor o frio: Si / No
 Otros: _____

RESPIRATORIO

Tos: Si / No
 Problema al respirar: Si/No
 Jadeo: Si / No
 Otros: _____

MUSCULOESQUELETICO

Dolor de espalda: Si / No
 Dolor en articulaciones: Si/ No
 Otros: _____

HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO

Anemia: Si / No
 Hematomas: Si / No
 Tendencia a sangrar: Si / No
 Ganglios linfáticos grandes: Si/No
 Otros: _____

IV: HISTORIA MÉDICA GENERAL

Marque con una "X" si es aplicable

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión Alta |
| <input type="checkbox"/> Dialisis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñón | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Prolapso valvula mitral | <input type="checkbox"/> Enfermedad de pulmón |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Desfibrilador | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Cateterismo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Cirugia de Valvula | <input type="checkbox"/> Ataque/Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Uso de anticoagulantes | <input type="checkbox"/> Uso de oxígeno en casa |
| <input type="checkbox"/> Bypass de arteria coronaria | | |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia coronaria (Balloon) | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular de colágeno | | |
| <input type="checkbox"/> Canula/Stent cardíaco | | |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de valvula cardíaca | | |
- Fechas: _____
 - Fecha: _____

116 Millburn Ave, Ste 211
 Millburn, New Jersey 07041
 Ph # (973) 467-2500
 F # (973) 376-5003

1308 Morris Ave, Ste 102
 Union, New Jersey 07083
 Ph # (908) 851-2770
 F # (908) 851-7706

515 North Wood Ave, Ste 202A
 Linden, New Jersey 07036
 Ph # (908) 486-8080
 F # (908) 272-6300

210 North Ave Ste 2
 Cranford, NJ 07016
 Ph # (908) 272-6300
 F # (908) 272-6302



Patrick G. Tempera, M.D. Rajesh Dhirmalani, D.O.
 Kunal Grover, M.D. Michael J. Viksjo, M.D.
 Prakriti Merchant, M.D. Arun R. Mathew, M.D.
 Daniel Bodek, D.O. Robert I. Greenblatt, M.D.
 Michael Margolin, M.D. Guida St. George, PA-C.
 Tracy Alves, DNP

Por favor haga una lista de alergias:

Tipo de alergia	Reacción

IX: USO RECREACIONAL

¿Uso de alcohol? Si / No	Cantidad: _____	Frecuencia: _____
¿Uso de tabaco? Si/ No	Paquetes al día: _____	Frecuencia: _____
¿Uso de marijuana? Si / No	Tipo: _____	Frecuencia: _____
¿Uso de vapeadores? Si / No	Cantidad: _____	Frecuencia: _____
¿Uso de drogas ilícitas? Si / No	Cantidad: _____	Frecuencia: _____

116 Millburn Ave, Ste 211
 Millburn, New Jersey 07041
 Ph # (973) 467-2500
 F # (973) 376-5003

1308 Morris Ave, Ste 102
 Union, New Jersey 07083
 Ph # (908) 851-2770
 F # (908) 851-7706

515 North Wood Ave, Ste 202A
 Linden, New Jersey 07036
 Ph # (908) 486-8080
 F # (908) 272-6300

210 North Ave Ste 2
 Cranford, NJ 07016
 Ph # (908) 272-6300
 F # (908) 272-6302



Patrick G. Tempera, M.D. Rajesh Dhirmalani, D.O.
 Kunal Grover, M.D. Michael J. Viksjo, M.D.
 Prakriti Merchant, M.D. Arun R. Mathew, M.D.
 Daniel Bodek, D.O. Robert I. Greenblatt, M.D.
 Michael Margolin, M.D. Guida St. George, PA-C.
 Tracy Alves, DNP

ADVANCED GASTROENTEROLOGY GROUP

Gracias por elegir Advanced Gastroenterology Group para sus necesidades médicas. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de la más alta calidad. Le solicitamos que lea y firme ésta forma para reconocer que comprende nuestra política financiera.

Responsabilidades financieras del paciente

- El paciente (o el tutor del paciente, si es menor de edad) es en última instancia responsable del pago del tratamiento de cuidado.
- Si su seguro requiere un referido, es responsabilidad del paciente obtener el referido al momento de su cita medica. Si se niega una visita o procedimiento debido a que no se ha realizado el referido, el paciente es responsable por el pago de la visita o del procedimiento.
- Le facturaremos a su seguro. Sin embargo, se requiere que el paciente proporcione la información más correcta y actualizada sobre sus seguros de salud.
- El paciente es responsable del pago de copagos, coseguros, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamiento no cubiertos por su plan de seguro.
- Los copagos serán colectados al momento que se registre para su visita.
- El coseguro, los deducibles y los servicios no cubiertos vencen 30 días después de recibir el estado de cuenta.
- Los pacientes pueden incurrir y son responsables del pago de cargos adicionales, si corresponde. Estos cargos pueden incluir:
 - Cargo por cheques devueltos: \$20.00
 - Multa por no presentarse: \$50.00 por visita al consultorio y \$100 por procedimientos

Somos conscientes de que ocurren emergencias, sin embargo, es su responsabilidad notificar a nuestra oficina entre 24 y 48 horas que no podrá asistir a su cita en el consultorio.

Con mi firma a continuación, autorizo la asignación de beneficios financieros directamente a Advanced Gastroenterology Group. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por esta asignación.

Nombre: _____

Firma de Paciente/Guardian: _____

Fecha: _____

116 Millburn Ave, Ste 211 Millburn, New Jersey 07041 Ph # (973) 467-2500 F # (973) 376-5003	1308 Morris Ave, Ste 102 Union, New Jersey 07083 Ph # (908) 851-2770 F # (908) 851-7706	515 North Wood Ave, Ste 202A Linden, New Jersey 07036 Ph # (908) 486-8080 F # (908) 272-6300	210 North Ave Ste 2 Cranford, NJ 07016 Ph # (908) 272-6300 F # (908) 272-6302
--	--	---	--



Patrick G. Tempera, M.D. Rajesh Dhirmalani, D.O.
 Kunal Grover, M.D. Michael J. Viksjo, M.D.
 Prakriti Merchant, M.D. Arun R. Mathew, M.D.
 Daniel Bodek, D.O. Robert I. Greenblatt, M.D.
 Michael Margolin, M.D. Guida St. George, PA-C.
 Tracy Alves, DNP

ADVANCED GASTROENTEROLOGY GROUP LLC

Consentimiento del paciente y reconocimiento de prácticas de privacidad para uso y/o divulgación de Información de Salud Protegida para Realizar Tratamiento, Pago y operaciones de Atención Médica

_____, por la presente declara que al firmar este consentimiento,
 (NOMBRE DEL PACIENTE)
 acepta y reconoce lo siguiente:

1. El Aviso de prácticas de privacidad ("Aviso de Privacidad") para Advanced Gastroenterology Group, LLC, ("la Práctica") ha sido proporcionado antes de firmar este consentimiento. El aviso de privacidad incluye una descripción de los usos y/o divulgaciones permitidos de mi información de salud protegida ("PHI" – Protected Health Information) por la práctica. Entiendo que una copia de el aviso de privacidad estará disponible para mí en el futuro a mi solicitud. El Centro me ha alentado a leer atentamente el aviso de privacidad antes de firmar este consentimiento. La práctica se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad que se describen en concordancia con las leyes aplicables
2. Entiendo y doy mi consentimiento a los siguientes metodos de recordatorios de citas que se utilizarán por la práctica:
3. Una tarjeta postal enviada a la dirección que he proporcionado; y/o
 - a. Llamar a mi casa y dejar un mensaje en el contestador.
 - b. Llamar a mi celular o dejar un mensaje de texto.
 - c. Entiendo que si no completo esta forma evidenciando mi consentimiento a los usos y divulgaciones descritas en el aviso de privacidad, entonces la práctica no me tratará.

He leído y entiendo el aviso anterior y todas mis preguntas han sido respondidas.
 a mi entera satisfacción de una manera entendible.

 Firma del Paciente o Representante Legal

 Firma del testigo

116 Millburn Ave, Ste 211 Millburn, New Jersey 07041 Ph # (973) 467-2500 F # (973) 376-5003	1308 Morris Ave, Ste 102 Union, New Jersey 07083 Ph # (908) 851-2770 F # (908) 851-7706	515 North Wood Ave, Ste 202A Linden, New Jersey 07036 Ph # (908) 486-8080 F # (908) 272-6300	210 North Ave Ste 2 Cranford, NJ 07016 Ph # (908) 272-6300 F # (908) 272-6302
--	--	---	--



Patrick G. Tempera, M.D. Rajesh Dhirmalani, D.O.
Kunal Grover, M.D. Michael J. Viksjo, M.D.
Prakriti Merchant, M.D. Arun R. Mathew, M.D.
Daniel Bodek, D.O. Robert I. Greenblatt, M.D.
Michael Margolin, M.D. Guida St. George, PA-C.
Tracy Alves, DNP

CANCELLATION POLICY / POLIZA DE CANCELACION

Estimados pacientes,

La póliza de AGG es servir a nuestros pacientes con el mayor cuidado y el mejor servicio posible.

Debido al límite de disponibilidad en los hospitales y en el Centro de Endoscopia, nos reservamos el derecho de cobrar al paciente \$100 si no cancela su cita con 3 días (hábiles) de anticipación a su procedimiento.

Yo entiendo y acepto los términos escritos arriba.

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Firma: _____

116 Millburn Ave, Ste 211
Millburn, New Jersey 07041
Ph # (973) 467-2500
F # (973) 376-5003

1308 Morris Ave, Ste 102
Union, New Jersey 07083
Ph # (908) 851-2770
F # (908) 851-7706

515 North Wood Ave, Ste 202A
Linden, New Jersey 07036
Ph # (908) 486-8080
F # (908) 272-6300

210 North Ave Ste 2
Cranford, NJ 07016
Ph # (908) 272-6300
F # (908) 272-6302



Patrick G. Tempera, M.D. Rajesh Dhirmalani, D.O.
Kunal Grover, M.D. Michael J. Viksjo, M.D.
Prakriti Merchant, M.D. Arun R. Mathew, M.D.
Daniel Bodek, D.O. Robert I. Greenblatt, M.D.
Michael Margolin, M.D. Guida St. George, PA-C.
Tracy Alves, DNP

INFORMACIÓN DE LA PRÁCTICA Y CONTRATO PACIENTE/MÉDICO

Estimado paciente,

Bienvenido a nuestra práctica especializada en gastroenterología y hepatología.

En la actualidad, nuestro grupo está formado por Patrick G. Tempera, M.D., Rajesh Dhirmalani, D.O., Kunal Grover, M.D., Michael J. Viksjo, M.D., Prakriti S. Merchant, M.D., Arun R. Mathew, M.D., Daniel Bodek, M.D., Robert G. Greenblatt, M.D. y Michel Margolin, M.D., todos médicos certificados en Medicina Interna y Gastroenterología. Nuestro grupo también está formado por Guida St. George, MS, PA-C y Tracy Alves, DNP.

El horario de oficina variará cada día de la semana y puede haber variaciones en el horario de oficina durante las diferentes temporadas. Por favor pregunte en nuestras recepciones para conocer nuestro horario de oficina actual. Sin embargo, en general, el personal está presente en la oficina entre las 9 a.m. y 5:00 p.m. durante los días de semana. La oficina está cerrada los fines de semana.

Todas nuestras citas están programadas, pero siempre se hacen provisiones para visitas de emergencia sin cita previa cuando sea necesario.

Los médicos de nuestras prácticas pueden realizar todos los procedimientos gastroenterológicos y pueden atender a un paciente determinado en diferentes horarios dependiendo de la disponibilidad.

Nuestra práctica está establecida en el consultorio; sin embargo, también atenderemos a todos nuestros pacientes en el hospital independientemente de si iniciamos la hospitalización u otros médicos lo hacen y solicitan que también brindemos atención de consulta. El centro quirúrgico **Garden State Endoscopy and Surgery Center** es también un lugar de trabajo para nosotros, donde muchos de nuestros pacientes son evaluados y tratados mediante cirugía endoscópica.

La cobertura hospitalaria la brindan miembros de nuestro grupo y otros médicos asociados en los hospitales cubiertos; Los anteriores también están certificados en enfermedades digestivas.

Formamos parte del personal de Trinitas Regional Medical Center, que se encuentra en Elizabeth, New Jersey. Siempre preferimos que nosotros junto con cada paciente analicemos los resultados de las pruebas de diagnóstico en persona en nuestro consultorio.

Es una política de nuestra práctica surtir prescripciones SOLAMENTE durante el horario de oficina habitual.

En caso de que deba cancelar una cita, le pedimos que nos avise con 48 horas de anticipación para que podamos darle esa cita a otro paciente que necesite ser atendido. Una vez que llame para cancelar, podemos reprogramarlo acorde a su conveniencia. Habrá un cargo de \$50 por citas perdidas que no se cancelen al menos 24 horas antes de la hora acordada.

Estamos muy orgullosos de nuestra reputación de brindar el más alto nivel de atención médica a nuestros pacientes. Sin embargo, sabemos que hay ocasiones en las que algunos pacientes no estarán satisfechos con el resultado de su tratamiento. También debemos reconocer que en estos casos, el paciente tiene todo el derecho a tomar acciones legales si siente que hemos sido negligentes de alguna manera. Respetamos el derecho de cada paciente a hacerlo.

Si bien, algunos reclamos legales de atención médica están justificados, también hay reclamos legales frívolos presentados en nuestro país, reclamos que están elevando las tarifas de los seguros y afectando las decisiones judiciales de los pacientes que realmente merecen una compensación.

Creemos que un acuerdo temprano en el proceso de tratamiento con respecto al uso de expertos certificados ayudará a crear resoluciones con respecto a estas situaciones.

116 Millburn Ave, Ste 211 Millburn, New Jersey 07041 Ph # (973) 467-2500 F # (973) 376-5003	1308 Morris Ave, Ste 102 Union, New Jersey 07083 Ph # (908) 851-2770 F # (908) 851-7706	515 North Wood Ave, Ste 202A Linden, New Jersey 07036 Ph # (908) 486-8080 F # (908) 272-6300	210 North Ave Ste 2 Cranford, NJ 07016 Ph # (908) 272-6300 F # (908) 272-6302
--	--	---	--



Patrick G. Tempera, M.D. Rajesh Dhirmalani, D.O.
 Kunal Grover, M.D. Michael J. Viksjo, M.D.
 Prakriti Merchant, M.D. Arun R. Mathew, M.D.
 Daniel Bodek, D.O. Robert I. Greenblatt, M.D.
 Michael Margolin, M.D. Guida St. George, PA-C.
 Tracy Alves, DNP

NUESTRO COMPROMISO CONTIGO

NOS COMPROMETEMOS A UTILIZAR ÚNICAMENTE MÉDICOS EXPERTOS CERTIFICADOS POR LA JUNTA AMERICANA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (ABMS) TESTIGOS EN CUALQUIER SITUACIÓN JURÍDICA QUE SIGAN EL CÓDIGO DE ÉTICA DE NUESTRA SOCIEDAD NACIONAL DE ESPECIALIDAD.

ESTOS PASOS ASEGURAN DE QUE LOS TESTIGOS MÉDICOS EXPERTOS QUE UTILIZAMOS HAYAN APROBADO LOS EXÁMENES Y DEMUESTREN EXPERIENCIA EN SU CAMPO Y ADHESIÓN A UN CÓDIGO DE ÉTICA SÓLIDO Y LE DEMOSTRAREMOS ESTE COMPROMISO CON NUESTRA FIRMA EN ESTE FORMULARIO.

LO QUE LE PEDIMOS QUE HAGA - LE PEDIMOS A USTED O A CUALQUIER REPRESENTANTE QUE SE COMPROMETE CON ESTE PROCESO A QUE UTILICE SÓLO MÉDICOS CERTIFICADOS Y TESTIGOS MÉDICOS EXPERTOS SI NO ESTÁ SATISFECHO CON SU TRATAMIENTO MÉDICO Y DECIDE TOMAR ACCIONES LEGALES.

ESPERAMOS Y CREEMOS QUE NUNCA TENDRÁ QUE CONSIDERAR ESTO OTRA VEZ, PERO SI LO HACE, RESPETAREMOS ESTE COMPROMISO CON USTED.

CONTRATO DE PACIENTE/MÉDICO

Entiendo que estoy entablando una relación contractual con Patrick G. Tempera, M.D., Rajesh Dhirmalani, D.O., Kunal Grover, M.D., Michael J. Viksjo, M.D., Prakriti S. Merchant, M.D., Arun R. Mathew, M.D., Daniel Bodek, M.D., Robert Greenblatt, M.D., Michael Margolin, M.D., Guida St. George, MS, PA-C y Tracey Alves, DNP para atención medica profesional.

Además, entiendo que los reclamos frívolos y sin fundamento por negligencia médica tienen un efecto adverso sobre el costo y la validez de la atención médica y pueden resultar en daño irreparable a un proveedor médico. Como consideración adicional por la atención profesional que me brindó Patrick G. Tempera, M.D., Rajesh Dhirmalani, D.O., Kunal Grover, M.D., Michael J. Viksjo, M.D., Prakriti S. Merchant, M.D., Arun R. Mathew, M.D., Daniel Bodek, M.D., Robert Greenblatt, M.D., Michael Margolin, M.D., Guida St. George, MS, PA-C y Tracey Alves, DNP.

Yo, _____ y/o mi representante nos comprometemos a no presentar directa o indirectamente ningún reclamo carente de fundamento o frívolo contra Patrick G. Tempera, M.D., Rajesh Dhirmalani, D.O., Kunal Grover, M.D., Michael J. Viksjo, M.D., Prakriti S. Merchant, M.D., Arun R. Mathew, M.D., Daniel Bodek, M.D., Robert Greenblatt, M.D. Michael Margolin, M.D., Guida St. George, MS, PA-C y Tracey Alves, DNP.

Además, en caso de que se inicie un caso de negligencia médica o una causa de acción, yo _____) y/o mi representante aceptamos utilizar testigos médicos expertos certificados por la Junta de ABMS en la misma especialidad que Patrick G. Tempera, M.D., Rajesh Dhirmalani, D.O., Kunal Grover, M.D., Michael J. Viksjo, M.D., Prakriti S. Merchant, M.D., Arun R. Mathew, M.D., Daniel Bodek, M.D., Robert Greenblatt, M.D., Michael Margolin, M.D., Guida St. George, MS, PA-C y Tracey Alves, DNP.

Además, estoy de acuerdo en que estos testigos expertos se adherirán a las pautas y/o al código de conducta definida por las Sociedades Especializadas de Testigos en las áreas de la medicina que normalmente tendrían los antecedentes y opinión experimentada sobre tal caso. En mayor consideración por esto, nosotros, Patrick G. Tempera, M.D., Rajesh Dhirmalani, D.O., Kunal Grover, M.D., Michael J. Viksjo, M.D., Prakriti S. Merchant, M.D., Arun R. Mathew, M.D., Daniel Bodek, M.D., Robert Greenblatt, M.D., Michael Margolin, M.D., Guida St. George, MS, PA-C y Tracey Alves, DNP, aceptamos las mismas estipulaciones.

 FIRMA DE EL MEDICO

 FECHA

 FIRMA DE EL PACIENTE

 FECHA

116 Millburn Ave, Ste 211 Millburn, New Jersey 07041 Ph # (973) 467-2500 F # (973) 376-5003	1308 Morris Ave, Ste 102 Union, New Jersey 07083 Ph # (908) 851-2770 F # (908) 851-7706	515 North Wood Ave, Ste 202A Linden, New Jersey 07036 Ph # (908) 486-8080 F # (908) 272-6300	210 North Ave Ste 2 Cranford, NJ 07016 Ph # (908) 272-6300 F # (908) 272-6302
--	--	---	--