BIENVENIDO A

***OKLAHOMA SHOULDER CENTER, PLLC***

|  |
| --- |
| INFORMACION DEL PACIENTE |
| Record # FECHA: |
| NOMBRE DEL PACIENTE: |
| DIRECCION: |
| Ciudad Estado Código postal |
| EMAIL |
| **PERMISO PARA MANDAR EMAIL \_\_\_\_SI \_\_\_\_NO** |
| EDAD: FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| \_\_\_ZURDO \_\_\_DIESTRO \_\_\_ MASCULINO \_\_\_ FEMENINO  \_\_\_ soltero \_\_\_ casado \_\_\_ viudo \_\_\_ separado \_\_\_ divorciado |
| # DE SEGURO SOCIAL: |
| Ocupación: |
| Empleador: |
| Dirección del Empleador: |
| Nombre del esposo(a): |
| # de teléfono del esposo(a): |
| Empleador del esposo(a): |
| RAZA \_\_\_BLANCO \_\_\_ AFROAMERICANO  \_\_\_ CAUCASICO \_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Etnicidad \_\_\_ filipino \_\_\_ Hispano/Latino  \_\_\_ No Hispano/No Latino |
| Lenguaje \_\_\_ inglés \_\_\_ español  \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **¿A quién debemos agradecerle por referirlo?** |
| Dr: |
| Dirección: Teléfono: |
| INFORMACIÓN TELEFÓNICA |
| CELL# ( ) CASA: ( ) |
| TRABAJO# ( ) ext. |
| **En caso de emergencia contacte a:**  Nombre: |
| Relación: |
| CEL# ( ) CASA: ( ) |
| TRABAJO# ( ) ext. |
| ¿Se lastimó en el trabajo? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO  ¿Se lastimó en un accidente de auto? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO  Si la respuesta es sí, por favor complete un cuestionario de accidentes. |

|  |
| --- |
| INFORMACION DE LA ASEGURANZA |
| **PRIMARIO** Compañía de seguros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Primario** Titular de la póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Primario** Fecha de nacimiento del titular de la póliza \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| # de ID Póliza |
| # de Grupo Póliza |
| **SECUNDARIO** Compañía de seguros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Secundario** Titular de la póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Secundario** Fecha de nacimiento del titular de la póliza \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| # de ID Póliza |
| # de Grupo Póliza |
| **ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN DE AUTORIZACIÓN** |
| El subsignado certifica que yo (o mi dependiente) tengo cobertura del seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y asigno directamente a **Dr. Elizabeth Nolan** todos los beneficios de aseguranza, si los hubiera, por lo demás pagaderos por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos ya sean pagados o no por la aseguranza. Por la presente autorizo ​​al médico a revelar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo ​​el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| **Firma del responsable Fecha** |
| **Autorizacion de pacientes de Medicare** |
| Solicito que se haga el pago de los beneficios de Medicare cubiertos en mi nombre a la Dra. Elizabeth Nolan por los servicios que me proporcionó éste médico. Autorizo ​​a cualquier titular de información médica sobre mí a liberar a Health Care Financing Administration y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagados por servicios relacionados. Si se indica otro seguro de salud, mi firma autoriza la divulgación de la información al asegurador o agencia que se muestra. Este médico está de acuerdo en aceptar la determinación de cargo del asegurador de Medicare como la carga completa y el paciente es responsable solamente del deducible, coseguro y servicios no cubiertos basados ​​en la determinación de cargo del proveedor de Medicare.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  **Firma del paciente Medicare FECHA** |

**OKLAHOMA SHOULDER CENTER, PLLC**

HISTORIA MEDICA

(Confidencial)

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de hoy \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ Fecha de la última examinación física\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Cuál es el motivo de su visita? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Síntomas (marque el síntoma que actualmente padece o que ha tenido en el año pasado)** |
| **GENERAL GASTROINTESTINAL OJO, OIDO, NARIZ, GARGANTA**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | * Escalofríos * Depresión * Mareos * Desmayos * Fiebre * Falta de memoria * Dolor de cabeza * Pérdida de sueño * Pérdida de peso * Nervios * Entumecimiento * Sudoración   **MUSCULO/ARTICULACIÓN/HUESO**  Dolor, debilidad, entumecimiento en:   |  |  | | --- | --- | | * Brazos | * Caderas | | * Espalda | * Piernas | | * Pies | * Cuello | | * Manos | * Hombros |   **GENITO-URINARIO**   * Sangre en la orina * Orinar con frecuencia * Falta de control de la vejiga * Dolor al orinar | * Pérdida de apetito * Estómago abotargado * Cambios intestinales * Estreñimiento * Diarrea * Hambre excesiva * Sed excesiva * Gas * Hemorroides * Indigestión * Nausea * Sangrado rectal * Dolor estomacal * Vómito * Sangre en el vómito   **CARDIOVASCULAR**   * Dolor en el pecho * Presión alta * Mala circulación * Palpitaciones aceleradas * Hinchazón de tobillos * Venas varicosas | * Encías sangrantes * Visión borrosa * Ojos cruzados * Dificultar al tragar * Visión doble * Dolor de oído * Supuración del oído * Fiebre del heno * Ronquera * Pérdida del oído * Sangrado de nariz * Tos persistente * Zumbido en los oídos * Problemas sinusales * Visión-flashes * Visión-halos   **PIEL**   * Moretones fácilmente * Urticaria * Comezón * Cambio en lunares * Cicatrices * Heridas que no sanan | **TODOS LOS PACIENTES**  Estatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Peso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Presión arterial\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Usted fuma? \_\_\_\_Si \_\_\_\_No  **MUJERES SOLAMENTE**  ¿Está embarazada? \_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de parto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Condiciones (marque las condiciones que tiene o tuvo en el año pasado)** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | * SIDA * Alcoholismo * Anemia * Anorexia * Apendicitis * Artritis * Asma * Desordenes de la sangre * Bulto en el seno * Bronquitis * Bulimia * Cáncer * Cataratas | * Dependencia a químicos * Varicela * Diabetes * Enfisema * Epilepsia * Glaucoma * Bocio * Gonorrea * Gota * Enfermedad del corazón * Hepatitis * Hernia * Herpes | * Colesterol alto * VIH positivo * Enfermedad del riñón * Enfermedad del hígado * Sarampión * Migrañas * Aborto espontaneo * Mononucleosis * Esclerosis múltiple * Paperas * Marcapasos * Neumonía * Polio | * Problemas de próstata * Cuidado psiquiátrico * Fiebre reumática * Fiebre escarlata * Embolia * Intentos de suicidio * Problemas de tiroides * Tonsilitis * Tuberculosis * Fiebre tifoidea * Ulceras * Infecciones vaginales * Enfermedades venéreas | |
| **Medicamentos (liste las medicinas que toma actualmente) Alergias (a medicamentos o substancias)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

***(Toda la información es estrictamente confidencial)***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Historia Familiar (llene esta información acerca de su familia)** | | | | | |
| Relación | Edad | Estado de salud | Edad de muerte | Causa de muerte | Marque el cuadro, si sus parientes de sangre tuvieron alguno de los siguientes:  **Enfermedad Relación** |
| Padre |  |  |  |  | * Artritis, Gota |
| Madre |  |  |  |  | * Asma, Fiebre del Heno |
| Hermanos |  |  |  |  | * Cáncer |
|  |  |  |  |  | * Dependencia a químicos |
|  |  |  |  |  | * Enfermedad del corazón, embolia |
|  |  |  |  |  | * Presión arterial alta |
| Hermanas |  |  |  |  | * Enfermedad del riñón |
|  |  |  |  |  | * Enfermedad del riñón |
|  |  |  |  |  | * Tuberculosis |
|  |  |  |  |  | * Otra |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hospitalizaciones**  **Año Hospital Razón de la hospitalización y resultado** | | | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| **Liste todos sus doctores:** | | Dirección | Teléfono |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| **¿Ha tenido una transfusión sanguínea?** \_\_\_\_Si \_\_\_\_No  Si la respuesta es sí, por favor de las fechas aproximadas | | | |
| **Enfermedad/lesión severa** | | Fecha | Resultado |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hábitos de Salud** Marque que sustancias usa y cuanto uso hace de ellas | **Preocupaciones Laborales** Marque si su trabajo lo expone a lo siguiente: |
| * Cafeína | * Estrés |
| * Tabaco | * Sustancias Peligrosas |
| * Drogas | * Levantamiento Pesado |
| * Otros | * Otros |

Yo certifico que la información de arriba es correcta según lo entendido. Yo no responsabilizare a mi doctor o a ningún otro miembro del staff de cualquier error u omisión que pudiera haber al completar esta forma.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

****

Oklahoma Shoulder Center PLLC

Betsy M. Nolan MD

725 NW 11th St

Oklahoma City, OK 73103

Ph: 405-278-8006

Fx: 405-290-7388

www.okshoulder.com

**Consentimiento para Tratamiento y Responsabilidad Financiera**

**Oklahoma Shoulder Center, PLLC**

Como un paciente de Oklahoma Shoulder Center, yo autorizo al médico a examinarme, diagnosticarme y a proveer cualquier tratamiento que sea necesario. Si el cuidado es para un menor, o un niño deshabilitado o algún otro familiar custodio a mí, también autorizo el tratamiento para ellos.

Yo he pedido que Oklahoma Shoulder Center envíe la factura a mi compañía de seguros por los servicios que los médicos me proporcionaron. Autorizo el pago directo a ellos. Entiendo que es mi responsabilidad que la factura se pague en un tiempo razonable. Si, por alguna razón, una parte de la factura no es cubierta por la aseguranza, yo estoy de acuerdo a llegar a un arreglo para el pronto pago de la factura.

Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos no cubiertos por esta asignación.

Entiendo además que es mi responsabilidad obtener referencias de mi doctor de cabecera si tengo un plan HMO antes de mis visitas, y acepto a pagar en su totalidad por la visita a la oficina, en caso de que esto no se obtenga antes de ver a mi médico.

Además, en caso de incumplimiento de pago, asumo el costo de la recaudación y / o los gastos judiciales y los honorarios legales razonables si esto fuera necesario.

Para procesar una reclamación por beneficios, autorizo ​​a los médicos y sus representantes a liberar a mi compañía de seguros cualquier información con respecto a mi historial médico, tratamiento, síntomas, resultados de exámenes o diagnóstico necesario para el pago de la reclamación. Si se trata de una reclamación de indemnización de los trabajadores, autorizo ​​la divulgación de información a este portador, ya sea por escrito u oral, para el pago de esta reclamación.

Si no estoy asegurado, yo asumo completa responsabilidad de los cargos por los servicios prestados y acepto pagar en su totalidad en la visita. Entiendo que no es la política del centro del hombro de Oklahoma de facturarme por servicios. El pago re realizara en su totalidad cuando se prestan los servicios.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

****

Oklahoma Shoulder Center PLLC

Betsy M. Nolan MD

725 NW 11th St

Oklahoma City, OK 73103

Ph: 405-278-8006

Fx: 405-290-7388

[www.okshoulder.com](http://www.okshoulder.com)

**Aviso de Prácticas de Privacidad**

Médico

Este aviso describe como su información médica puede ser usada y revelada y como puede usted tener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA, sus siglas en inglés)   
Es un programa federal que requiere que todos los expedientes médicos y otra información de salud usada o liberada por nosotros en cualquier forma, ya sea electrónicamente, o en papel u oralmente, se mantienen debidamente confidenciales. Esta ley le da a usted, el paciente, los derechos de entender y controlar como se usa su información de salud. HIPM penaliza a las entidades que hagan mal uso de la información personal de salud.

Nosotros usaremos y revelaremos sus records médicos solo para los siguientes propósitos: tratamiento, pagos, y operaciones del cuidado de la salud.

* **Tratamiento** significa proveer, coordinar, o gestionar servicios de salud y servicios relacionados por uno o más proveedores de atención médica. Un ejemplo de esto podría incluir una examinación física.
* **Pago** significa actividades como obtener reembolso de los servicios, confirmar coberturas, facturación, y revisión de la utilización. Un ejemplo de esto podría ser mandarle una factura por su visita a su compañía de seguros para reclamar un pago.
* **Operaciones del cuidado de la salud** incluye los aspectos de negocios por parte de nuestra práctica, como realizar actividades de evaluación y mejora de la calidad, funciones de auditoría, análisis de gestión de costes y servicio al cliente. Un ejemplo sería una revisión interna de la evaluación de la calidad.

También pudiéramos s crear y distribuir información médica quitando toda la referencia a su información de identificación como individuo.

Nosotros pudiéramos contactarlos para recordarle sus citas o para darle información acerca de una alternativa de tratamiento o algún otro beneficio relacionado con la salud y servicios que pudieran interesarle.

Cualquier otro uso y liberación se harán únicamente con su autorización por escrito. Usted puede revocar tal autorización por escrito y estamos obligados a honrar y cumplir con esa solicitud por escrito, excepto en el caso de que ya hubiéramos tomado medidas basadas en su autorización.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la protección de su información de salud.   
Que puede ejercer presentando una solicitud por escrito al oficial de privacidad

* El derecho de solicitar restricciones en ciertos usos y liberaciones de la protección de su información de salud. Incluyendo aquellas relacionadas con las divulgaciones a sus miembros de la familia, otros familiares, amigos cercanos o alguna otra persona identificada por usted.   
  Sin embargo, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada. Si aceptamos una restricción, debemos cumplirla a menos que usted acuerde eliminarla por escrito.
* El derecho a peticiones razonables para recibir de nosotros comunicaciones confidenciales de la información médica protegida por medios alternativos o en lugares alternativos.
* El derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida.
* El derecho de corregir su información de salud protegida.
* El derecho de recibir una contabilidad de las divulgaciones de su información de salud protegida.
* El derecho de obtener una copia de esta noticia si usted lo solicita.

La ley nos requiere mantener la privacidad de la información de salud protegida y de proveerlo con avisos de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida.

Esta noticia es efectiva desde abril 13, 2003 y somos requeridos de cumplir los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y hacer que los nuevos avisos sean efectivos para toda la información de salud protegida que mantenemos. Usted puede solicitar en esta oficina una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad

Usted tiene los recursos si siente que sus protecciones de la privacidad han sido violadas. Usted tiene el derecho de hacer una queja por escrito a nuestra oficina, o al departamento de salud y servicios humanos, la oficina de derechos civiles, Acerca de violaciones a las disposiciones de este aviso o las políticas y procedimientos de nuestra oficina. No le tomaremos represalias por presentar una queja.

Por favor contáctenos para más información

Para más información acerca de HIPAA o para hacer una queja:

The U.S. Department of Health and Human Services

Oficina de Derechos Civiles

200 Independence Avenue, S.W.

Washington, D.C 20201

(202)619-0257

Sin costo al: 1-877-696-6775

****

Oklahoma Shoulder Center PLLC

Betsy M. Nolan MD

725 NW 11th St

Oklahoma City, OK 73103

Ph: 405-278-8006

Fx: 405-290-7388

[www.okshoulder.com](http://www.okshoulder.com)

**Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad**

Yo entiendo que, bajo el acto de 1996 Health Insurance Portability & Accountability Act (HIPPA en sus siglas en ingles), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será usada para:

* Conducir, planear y direccionar mi tratamiento y seguimientos entre distintos proveedores de la salud quienes estarán involucrados en el tratamiento directo e indirectamente.
* Obtener pagos de pagadores terceros.
* Conducir operaciones normales del cuidado de la salud, así como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He recibido y leído el Aviso de Prácticas de Privacidad conteniendo una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que yo puedo contactar esta organización en cualquier momento para obtener una copia actual del Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que ustedes restrinjan como mi información privada es usada o divulgada para recibir tratamientos, pagos, u operaciones del cuidado de la salud.

Nombre del paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Para uso de la oficina únicamente**

He intentado obtener la firma del paciente en el reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad, pero fui incapaz de hacerlo.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha: | Iniciales: | Razón: |

**PHYSICIAN-PATIENT ARBITRATION AGREEMENT**

Article 1: **Agreement to Arbitrate:** It is understood that any dispute including but not limited to whether any medical services rendered under this contract were unnecessary or unauthorized or were improperly, negligently, or incompetently rendered, will be determined by submission to arbitration as provided by Oklahoma law, and not by a lawsuit or resort to court process except as Oklahoma law provides for judicial review or arbitration proceedings. Both parties to this contract, by entering into it, are giving up their constitutional rights to have any such dispute decided on a court of law before a jury, and instead are accepting the use of arbitration.

Article 2: **All Claims Must be Arbitrated:** It is the intention of the parties that this agreement bind all parties whose claims may arise out of or related to treatment or service provided by the physician including any spouse or heirs of the patient and any children, whether born or unborn, at the time of the occurrence giving rise to any claim. In the case of any pregnant mother, the term "patient" herein shall mean the mother and the mother's expected child or children.

All claims for monetary damages exceeding the jurisdictional limit of the small claims court against the physician, and the physician's partners, associates, association, corporation or partnership, and the employees, agents and estates of any of them, must be arbitrated including, without limitation, claims for loss of consortium, wrongful death, emotional distress or punitive damages. Filing of any court by the physician to collect any fee from the patient shall not waive the right to compel arbitration of any malpractice claim.

Article 3**: Procedures and Applicable Law:** A demand for arbitration must communicate in writing to all parties. Each party shall select an arbitrator (party arbitrator) within thirty days and a third arbitrator (neutral arbitrator) shall be selected by the arbitrators appointed by the parties within thirty days of a demand for a neutral arbitrator by either party. Each party to the arbitration shall pay such party's pro rata share of the expenses and fees of the neutral arbitrator, together with other expenses of the arbitration incurred or approved by the neutral arbitrator, not including counsel fees or witness fees, or other expenses incurred by a party for such party's own benefit. The parties agree that the arbitrators have the immunity of a judicial officer from civil liability when acting in the capacity of arbitrator under this contract. This immunity shall supplement, not supplant, any other applicable statutory or common law. Either party shall have the absolute right to arbitrate separately the issues of liability and damages upon written request to the neutral arbitrator. The parties consent to the intervention and joinder in this arbitration of any person or entity which would otherwise be a proper additional party in a court action, and upon such intervention and joinder any existing court action against such additional person or entity shall be stayed pending arbitration. The parties agree that provisions of Oklahoma law applicable to health care providers shall apply to disputes within this arbitration agreement. Any party may bring before the arbitrations a motion for summary judgment or summary adjudication in accordance with the Code of Civil Procedure. Discovery shall be conducted pursuant to Code of Civil Procedure, however, depositions may be taken without prior approval of the neutral arbitrator.

Article 4**: General Provisions:** All claims based upon the same incident, transaction or related circumstances shall be arbitrated in one proceeding. A claim shall be waived and forever barred if ( 1) on the date notice thereof is received, the claim, if asserted in a civil action, would be barred by the applicable Oklahoma statute of limitations, or (2) the claimant fails to pursue the arbitration claim in accordance with the procedures prescribed herein with reasonable diligence. With respect to any matter not herein expressly provided for, the arbitrators shall be governed by the Oklahoma laws relating to arbitration.

Article 5: Intent: It is the intent of this agreement to apply to all medical services rendered any time for any condition. This agreement is effective as of the date of the first medical services provided.

Article 6: **Severability:** If any provision if this arbitration agreement is held invalid of unenforceable, the remaining provisions shall remain in full force and shall not be affected by the invalidity of any other provision.

I understand that I have the right to receive a copy of this arbitration agreement upon requesting one. By my signature below, I acknowledge that I have received or have waived receipt of a copy

NOTICE: BY SIGNING TIDS CONTRACT YOU ARE AGREEING TO HA VE ANY ISSUE IN DISPUTE DECIDED BY NEUTRAL ARBITRATION AND YOU ARE GIVING UP YOUR RIGHT TO A JURY OR COURT TRIAL. SEE ARTICLE 1 OF TIDS CONTRACT.

By:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient's or Patient Representative's Signature Date

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

Patient's Printed Name

By: Oklahoma Shoulder Center, PLLC Dated: 1/1/2016

(Typed company name is to act as signature of practice for this document only.)

A signed copy of this document is to be given to Patient upon request. Original is to be filed in Patient's medical records.

****

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ autorizo al personal de Oklahoma Shoulder Center PLLC para liberar mi información médica a las personas en la lista siguiente.

Nombre Relacion Numero de Telefono

1.

2.

3.

4.

5.

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

Nombre del Paciente

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

Firma del Paciente

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

Fecha

Informacion de la Farmacia

Farmacia Primaria

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

Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Farmacia Secundaria

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

Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_