



**Bear Valley Primary Care**

**12186 Hesperia Rd. Victorville, CA 92395**

**Ph: (760)381-8848 Fx:(760)381-8810**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ F.D.N \_\_\_\_\_ M / F

Razón por su visita: \_\_\_\_\_ Cuantos días / semanas: \_\_\_\_\_

¿Se trata de un problema relacionado con el trabajo? Si / No

**Historial Médico:**

Alta Presión	Si / No	Diverticulosis	Si / No
Diabetes	Si / No	Problema de la tiroides	Si / No
Ulceras	Si / No	Asma	Si / No
Soplo del Corazón/ Trastorno Valvular	Si / No	E.P.O.C	Si / No
Derrame Cerebral	Si / No	Abuso de Alcohol	Si / No
Ataque al Corazón (infarto)	Si / No	Fumador, y si es así paquetes por día_____	Si / No
Cáncer	Si / No	Depresión	Si / No
Piedras en la vesícula	Si / No	Ansiedad	Si / No
Piedras en el riñón	Si / No	Otro (liste por favor):_____	
Transfusión de sangre	Si / No		
Trastorno Inmunologico	Si / No		

**Historial Familiar:** Por favor, indique el estado de salud o causa de la muerte, enfermedades relacionadas con la que presenta problema y/o enfermedades hereditarias o de alto riesgo.

Madre: \_\_\_\_\_ Hijo(a)s: \_\_\_\_\_  
Padre: \_\_\_\_\_ Hermano(a)s: \_\_\_\_\_

**Operaciones/Cirugías**

Nombre de Operación/Cirugía	Ano	Complicaciones
1. _____		
2. _____		
3. _____		

<u>Medicamentos</u>	Dosis / Frecuencia	Ninguna	<u>Medicamentos</u>	Dosis / Frecuencia	Ninguna
1. _____			4. _____		
2. _____			5. _____		
3. _____			6. _____		

<u>Alergias a Medicamentos</u>	Reacción	Ninguna	<u>Alergias a Medicamento</u>	Reacción	Ninguna
1. _____			4. _____		
2. _____			5. _____		
3. _____			6. _____		

**Firma de paciente:** \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si, paciente es un menor de edad, padre o guardián firma. Si no es el paciente firmando por favor imprime su nombre.



**Bear Valley Primary Care**  
**12186 Hesperia Rd. Victorville, CA 92395**  
**Ph: (760)381-8848 Fx:(760)381-8810**

**Registro de Paciente**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **M / F:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Apt/Edificio/Unidad:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_ **Tel:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Numero de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Raza:** Blanco Negro Asiático Otro: \_\_\_\_\_ **Etnicidad:** \_\_\_\_\_

**Lenguaje primario:** \_\_\_\_\_ **Necesitas traductor:** [ ] Si [ ] No

**Estado Civil:** Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_ **Tel:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Su seguro requiere un contacto de emergencia, si se NEGA a proporcionar uno, inicialé aquí:** \_\_\_\_\_

**¿Que Farmacia gustaría usar?** \_\_\_\_\_ **(Calle/ Ciudad)** \_\_\_\_\_

**Portador De Aseguranza Primaria:** \_\_\_\_\_ **Tel:** \_\_\_\_\_

**Nombre De Suscriptor:** \_\_\_\_\_ **F.D.N:** \_\_\_\_\_

**Numero de ID de Suscriptor:** \_\_\_\_\_ **relación a paciente del suscriptor:** \_\_\_\_\_

**Numero de Póliza:** \_\_\_\_\_ **Numero de Grupo:** \_\_\_\_\_

**Portador De Aseguranza Secundaria:** \_\_\_\_\_ **Tel:** \_\_\_\_\_

**Nombre De Suscriptor:** \_\_\_\_\_ **F.D.N:** \_\_\_\_\_

**Numero de ID de Suscriptor:** \_\_\_\_\_ **relación a paciente del suscriptor:** \_\_\_\_\_

**Numero de Póliza:** \_\_\_\_\_ **Numero de Grupo:** \_\_\_\_\_

**Como se enteró de nuestra clínica de urgencias?** Por favor marque uno:

Periódico Radio Empleo Familiar/Amigo(a) TV Internet Aseguranza Médica Otro: \_\_\_\_\_

**¿Tiene una directivo avanzado?** [ ] Si [ ] No

**¿Le gustaría obtener más información sobre cómo obtener un directivo avanzado?** [ ] Si [ ] No



## Bear Valley Primary Care

12186 Hesperia Rd. Victorville, CA 92395

Ph: (760)381-8848 Fx:(760)381-8810

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

### CONSENTIMIENTO PARA EL SERVICIO

Los abajo firmantes, presta su consentimiento para los procedimientos que puedan realizarse, incluyendo el tratamiento de emergencia o servicios, y que pueden incluir, pero no se limitan a los procedimientos de laboratorio, examen de rayos x tratamientos o procedimientos médicos, los servicios prestados al paciente bajo las instrucciones generales y especiales del médico del paciente, y para participar en el paciente y el programa de protección de los empleados.

### RECETA ELECTRONICA

El abajo firmante autoriza a Bear Valley Urgent Care de atención urgente para solicitar y utilizar el historial de medicamentos recetados de paciente de otros proveedores de atención medica y o pagadores de beneficios de farmacia de terceros con fines de tratamiento.

### ENTREGA DE INFORMACION

La atención de urgencia puede divulgar toda o una parte de la historia del paciente a cualquier persona, empresa o corporación que sea o pueda ser responsable en virtud de un contrato para la atención de urgencia o para el paciente o para un miembro de la familia o el empleador del paciente para la totalidad o parte de la carga de atención de urgencia, incluyendo pero no limitando a los hospitales o servicios médicos de empresas, compañías de seguros, la remuneración del trabajador, y los fondos de asistencia social. Registros del paciente pueden ser enviados al médico de atención primaria o de otro establecimiento en caso de transferencia.

### ASIGNACION DE BENEFICIOS

El seguro se anuncia como una cortesía para el paciente y no es una obligación. Los abajo firmantes autoriza, si el/ella firma como agente o como paciente, el pago directo de las prestaciones de seguro de otro modo pagaderos a, o en nombre del suscrito para estos servicios ambulatorios, incluidos los servicios de emergencia si prestados. Se ha acordado que el pago a la atención de urgencia, conforme a esta autorización, por una compañía de seguros desempeñara dicha compañía de seguros de cualquiera y todas las obligaciones contraídas en virtud de una política en la medida de dicho pago. Se entiende de dicho pago. Se entiende por el suscrito que él/ella es financieramente responsable de los gastos no cubiertos por esta cesión y cualquier copago aplicable, co-seguros o deducibles.

### RESPONSABILIDAD FINANCIERA

En el caso de que el paciente fue evaluado por un médico, asistente médico y o enfermera practicante en Bear Valley Urgent Care y se le aconsejo ir a otro centro o médico para su posterior tratamiento y evaluación, el firmante está de acuerdo que son responsables de cualquier copago aplicable, co-seguro o deducible.

: \_\_\_\_\_

Es Debidamente Autorizada Representa  
(Firma)

\_\_\_\_\_   
Agente del Paciente o del Representante  
(Imprimir Nombre)

**Relación al Paciente** : Usted Mismo Madre Padre Otro : \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera por los servicios prestados al paciente y aceptar los términos de la asignación de los beneficios del seguro.

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

\_\_\_\_\_  
**Financieramente Responsable**  
(Firmar aquí)



**Bear Valley Primary Care**  
**12186 Hesperia Rd. Victorville, CA 92395**  
**Ph: (760)381-8848 Fx:(760)381-8810**

**Medical Record Request**

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

[ ] Requesting records **to be sent** to Bear Valley Primary Care from the following...

<b>Name:</b> _____
<b>Attention:</b> _____
<b>Address:</b> _____
<b>Phone:</b> _____
<b>Fax:</b> _____

Please send the medical records from the following date from: \_\_\_\_\_ to: \_\_\_\_\_

- Labs**                                      **Other:** \_\_\_\_\_
- Progress notes**
- History and physical**
- Consultation notes**

Purpose of requested use or disclosure

- Continuing care**                              **Other:** \_\_\_\_\_
- Patient request**
- Insurance**
- Legal**

I specifically authorize release of the following information (**check and initial as appropriate**)

- Mental health treatment information**                              **initials** \_\_\_\_\_
- HIV test results**    **initials** \_\_\_\_\_
- Alcohol / drug treatment information**                              **initials** \_\_\_\_\_

\*if not checked and initialed the records containing such information can **NOT** be released.

**Duration:** this authorization expires: \_\_\_\_\_

\*if no Date is given; this authorization will expire 6 months from the signature date.

**Revocation:** I may revoke this authorization at any time, but I must do so in writing and submit it to the address specified in the “requesting records from” section above. My revocation will take effect upon receipt, except to the extent that others have acted in reliance upon this authorization. Information disclosed pursuant to this authorization could be re-disclosed by the recipient. Such re-disclosure is in some case not protected by federal confidentiality law (HIPAA)

**Conditioning:** I may refuse to sign this authorization. If I refuse to sign this authorization, I should know that by law; my health information cannot be released. My refusal will not affect my ability to obtain treatment or payment or eligibility for benefits. **This authorization is being requested of you to comply with the terms of the confidentiality of the medical information Act of 1981, civil code section 56 et seq. and the health insurance portability and accountability act (HIPAA) OF 2003.**

**Patient/Legal Representative Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_