



Bear Valley Urgent 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	Año	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 Urgent Care

12186 Hesperia Rd. Victorville, CA 92395

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

Nombre del Paciente: _____ **M / F:** _____ **Fecha:** _____

Dirección: _____ **Apt/Edificio/Unidad:** _____

Cuidad: _____ **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:** _____

Nombre de padre/guardián (solo si el paciente es menor de edad) _____

Empleo: _____ **Ocupación:** _____

Dirección: _____ **Apt/Edificio/Unidad:** _____

Cuidad: _____ **Estado:** _____ **Tel:** _____

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/ Cuidad)** _____

Información de Asegurancia Médica

Portador De Asegurancia 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 Asegurancia Secundaria: _____ **Tel:** _____

Nombre De Suscriptor: _____ **F.D.N:** _____

Numero de ID de Suscriptor: _____ **relación a paciente del suscriptor:** _____

Numero de Póliza: _____ **Numero de Grupo:** _____

Nombre del paciente: _____ **F.D.N** _____



Bear Valley Urgent Care

12186 Hesperia Rd. Victorville, CA 92395

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

Nombre: _____ **FDN:** _____

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.

MEDICAMENTOS CON RECETA: Entiendo que esta oficina ofrece algunos medicamentos recetados para mayor comodidad. Entiendo que si compro los medicamentos de esta oficina, mi seguro no será facturado por los medicamentos y voy a estar pagando una tasa de auto pago. Yo entiendo que tengo la opción de llenar mi receta en una farmacia de mi elección, o aquí en esta oficina solo con fines de conveniencia.

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.

Relación a el paciente : Self Mother Father Other: _____

Acepto aceptar la responsabilidad financiera total por los servicios prestados al paciente y aceptar los términos de la asignación de los beneficios del seguro.

Fecha: _____ **Persona responsable:** _____

Solo firme aquí si usted es la persona que esta designado a tomar el lugar de otra persona. Una representante autorizado es un individuo u organización que ha sido seleccionado por el paciente para representar sus intereses en todos los aspectos de su cuidado médico. _____

representante debidamente autorizado

agente o representante del paciente



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

AUTORIZACIÓN PARA ENVIAR POR FAX EXPEDIENTES MÉDICOS AL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Apellido: _____ **Primer Nombre:** _____ **F.D.N.** _____ **M / F**

Doctor Primario: _____ **Tel:** _____

Yo autorizo a BEAR VALLEY URGENT CARE a proporcionar una copia de mis registros médicos al médico de atención primaria. Los registros enviados a mi médico incluirán las notas del encuentro, los medicamentos y los informes de rayos X (si corresponde de mi visita).

Entiendo que mis registros médicos no se compartirán con ninguna persona, proveedor médico u organización adicional sin una autorización firmada para la divulgación de información médica.

Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario. En algunos casos, dicha nueva divulgación no está protegida por la ley de California y es posible que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPPA). Se solicita la recepción de esta información para no volver a divulgar esta información sin mi autorización para la divulgación. BEAR VALLEY URGENT CARE, sus empleados, funcionarios y médicos quedan liberados de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación indebida de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

Esta autorización vencerá automáticamente a los seis meses de la fecha de ejecución, a menos que se indique lo contrario: _____.

Una copia o fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que si se hubiera presentado un original.

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