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

PATIENT REGISTRATION

Apellido: _____ **Primer Nombre:** _____ **Segundo Inicial:**_____

Fecha de Nacimiento: _____ ☐ **Hembra** ☐ **Masculino SSN:** _____-_____-_____

Dirección: _____ **Apt/Suite/Unit:**_____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Número de Teléfono:: _____ **Correo Electrónico:** _____

Estado Civil: Casado • Soltero • Divorcio • Separado • Viuda • Prefiero no contestar

Raza: Blanco • Afroamericano • Asiático • Otro**:** _____ Origen Étnico**:** _____

Idioma principal: _____ **¿Necesitas un traductor?:** ☐ Sí ☐ **No**

Contacto de Emergencia: _____**Teléfono:** _____ **Relación:** _____

Su seguro requiere contacto de emergencia, si se NIEGA a proporcionar uno, escriba sus iniciales aquí: _____

Nombre de Farmacia: _____ **Dirección:** _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Suite/Unidad/Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono del trabajo: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Portador De Aseguranza Primaria: _____

Número de identificación de miembro_____

Portador De Aseguranza Secundaria: _____

Número de identificación de miembro_____

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

Razón de la visita: _____ **¿Cuántos días/semanas?:** _____

¿Es esta una lesión/problema relacionado con el trabajo? ☐ **Si** ☐ **No**

Medical History: *Do you have, or had, any of the following? Check only those that apply to you.*

☐ SIDA/VIH positivo	☐ Alzheimer	☐ Anafiláctico	☐ Anemia
☐ Angina	☐ Artritis/GOUT	☐ Valor del corazón artificial	☐ Articulación artificial
☐ Ansiedad	☐ Enfermedad de la sangre	☐ Transfusión de sangre	☐ Problema respiratorio
☐ Asma	☐ EPOC	☐ Herpes labial	☐ Dolor en el pecho
☐ Cáncer	☐ Quimioterapia	☐ Diabetes	☐ Diverticulosis
☐ Cardiopatías congénitas	☐ Convulsión	☐ Depresión	☐ Toxicomanía
☐ Fácil de enrollar	☐ Epilepsia o convulsiones	☐ Sangrado excesivo	☐ Sed excesiva
☐ Desmayos/Mareos	☐ Tos frecuente	☐ Diarrea frecuente	☐ Dolor de cabeza
☐ Herpes genital	☐ Glucemia	☐ Hay fever	☐ Ataque cardíaco
☐ Soplo cardíaco	☐ Marcapasos cardíacos	☐ Problemas cardíacas	☐ Hemofilia
☐ Hepatitis A	☐ Hepatitis B o C	☐ Herpes	☐ Presión arterial alta
☐ Urticaria	☐ Arritmia	☐ Nefropatía	☐ Leucemia
☐ Enfermedad hepática	☐ Presión arterial baja	☐ Enfermedad pulmonar	☐ Diálisis renal
☐ Enfermedad del paramecio	☐ Tratamiento con radiación	☐ Pérdida de peso reciente	☐ Herpes zóster
☐ Fiebre reumática	☐ Escarlatina	☐ Reumatismo	☐ Golpe
☐ Enfermedad de células falciformes	☐ Espina bífida	☐ Amigdalitis	☐ Tuberculosis
☐ Úlceras	☐ Enfermedad de la tiroides	☐ Ictericia amarilla	☐ Colesterol alto
	☐ Enfermedad venérea		

☐ Consumo de alcohol: Ocasional / Moderado / Pesado	☐ Fumador de tabaco: Anterior / Actual	☐ Drogas recreativas: Marihuana / Vapeo / _____

Antecedentes familiares:

	Estado de Vida	Diabetes	Presión arterial alta	Enfermedad cardíaca	Trastorno mental	Cáncer (especificar)
Madre						
Padre						
Hijos						
Hermanos						

Operaciones/ Cirugías: **NINGUNO**

Nombre de la operación/cirugía	**Año**	**Complicaciones**
1._____	_____	_____
2._____	_____	_____
3._____	_____	_____

Alergias / Reacción **NINGUNO**

1. _____ Reacción: _____
2. _____ Reacción: _____
3. _____ Reacción: _____
4. _____ Reacción: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

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

Lista de Medicamentos

Haga una lista de TODOS los medicamentos recetados y de venta libre que esté tomando actualmente. Asegúrese de incluir la concentración y la dosis de cada medicamento, y la frecuencia con la que se toma.

☐ **No aplicable, actualmente no estoy tomando ningún medicamento.**

Nombre y dosis del medicamento	Dirección, Cómo tomar la medicación
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	

Firma: _____ **Fecha:** _____

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

Nombre del Paciente: _____ **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.

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 médica y o pagadores de beneficios de farmacia de terceros con fines de tratamiento.

ENTREGA DE INFORMACION:
La atención de urgencia puede divulgar toda o parte de la historia del paciente a cualquier persona, empresa o corporación responsable en virtud de un contrato para la atención de urgencia o para un miembro de la familia o el empleador del paciente, para toda o parte de la carga de atención de urgencia, incluyendo, sin limitar a 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.

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: "Por la presente reconozco que he recibido una copia del ***AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD*** de la práctica. Entiendo que, si tengo preguntas o quejas sobre mis derechos de privacidad, puedo comunicarme con la persona mencionada anteriormente. Además, entiendo que la práctica me ofrecerá actualizaciones de este ***AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD*** en caso de que se enmiende, modifique o cambie en cualquier momento".

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

Firma: _____ **Fecha:** _____

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

Pain Contract

Yo, _____, entiendo y acepto voluntariamente que
(Ponga sus iniciales en cada declaración después de revisar):

_____ Cumpliré (y llegaré a tiempo a) todas las citas programadas con el médico y los miembros del plan de tratamiento.

_____ participaré en todos los demás tipos de tratamiento en los que se me pida participar.

_____ Mantendré los medicamentos seguros, protegidos y fuera del alcance de los niños. Si el medicamento se pierde o es robado, entiendo que no se reemplazará hasta la próxima cita y es posible que no se reemplace en absoluto.

_____ Tomaré mi medicamento según las instrucciones y no cambiaré la forma en que lo tomo sin antes hablar con el proveedor u otros miembros del equipo de tratamiento.

_____ No llamaré entre citas ni por la noche ni los fines de semana en busca de recargas. Entiendo que las recetas se surtirán solo durante las visitas programadas al consultorio con el equipo de tratamiento.

_____ Me aseguraré de tener una cita para las recargas, si tengo problemas para hacer citas, se lo diré a un miembro del equipo de tratamiento de inmediato.

_____ Siempre trataré al personal de la oficina con respeto. Entiendo que si soy irrespetuoso con el personal o interrumpo la atención de otros pacientes, mi tratamiento se detendrá.

_____ No venderé ningún medicamento ni lo compartiré con otros. Entiendo que si lo hago, mi tratamiento se detendrá.

_____ firmaré una autorización para permitir que mi médico hable con otros médicos o proveedores que vea.

_____ Le diré al médico todos los demás medicamentos que tomo y le informaré de inmediato si tengo una nueva receta.

_____ Usaré solo una farmacia para obtener mis medicamentos de:

Nombre de la farmacia/número de teléfono: _____

_____ No tomaré ningún analgésico opioide ni ningún otro medicamento que pueda ser adictivo, como: Benzodiacepinas o estimulantes sin informar a un miembro del equipo de tratamiento antes de surtir esas recetas. Entiendo que las únicas excepciones a esto son si necesito analgésicos para una emergencia por la noche o el fin de semana.

_____ No consumiré drogas ilegales como heroína, cocaína, marihuana o anfetaminas. Entiendo que si lo hago, mi tratamiento se detendrá.

_____ Voy a venir para hacerme la prueba de drogas y contar mis pastillas dentro de las 24 horas posteriores a que me llamen. Entiendo que debo asegurarme de que la oficina tenga mi información de contacto actual para comunicarse conmigo.

_____ Me mantendré al día con mis facturas del consultorio y le informaré al médico o a un miembro del equipo de tratamiento de inmediato si pierdo mi seguro o ya no puedo pagar el tratamiento.

_____ entiendo que puedo perder mi derecho a recibir tratamiento en esta oficina si rompo cualquier parte de mi acuerdo.

Declaración del Programa de Tratamiento del Dolor

Aquí en Bear Valley Primary Care nos comprometemos a trabajar con usted en su esfuerzo por mejorar. Para ayudarte en esta labor, acordamos que:

Le ayudaremos a programar citas regulares para reabastecer medicamentos. Si tenemos que cancelar o cambiar su cita por cualquier motivo, nos aseguraremos de que tenga suficiente medicamento para durar hasta sus próximas citas.

Nos aseguraremos de que este tratamiento sea lo más seguro posible. Comprobaremos regularmente para asegurarnos de que no tiene efectos secundarios negativos.

Llevaremos un registro de sus recetas para ayudarlo a sentir que está siendo monitoreado bien.

Le ayudaremos a ponerse en contacto con otras formas de tratamiento para ayudarle con su afección.

Le ayudaremos a establecer los objetivos del tratamiento y supervisaremos su progreso en el logro de esos objetivos.

Trabajaremos con cualquier otro médico o proveedor que esté viendo para que lo traten de manera segura y efectiva.

Trabajaremos con los proveedores de seguros médicos para asegurarnos de que NO se quede sin medicamentos debido al papeleo u otras cosas que le puedan pedir.

Si se vuelve adicto a estos medicamentos, le ayudaremos a obtener tratamiento y a dejar de tomar los medicamentos que le están causando problemas.

Nombre: _____ Fecha**:** _____

Firma: _____

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

Reconocimiento de Directiva Anticipada

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

_____

Directivas Anticipadas para el Cuidado de la Salud

Este reconocimiento de que el médico, o uno de los miembros de su personal, ha proporcionado y discutido conmigo información sobre las Directivas Anticipadas de Atención Médica.

1. **Tengo 18 años o más. (Encierre uno en un círculo) Sí No**
2. **Entiendo que tengo la opción de elaborar una Directiva Anticipada de Atención Médica para mi atención médica. Mi médico me ha proporcionado información por escrito sobre estas Directivas Anticipadas de Atención Médica. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a mi(s) médico(s) cualquier documento que se requiera para llevar a cabo mis Directivas Anticipadas de Atención Médica.**
3. **Soy consciente de que las Directivas Anticipadas para el Cuidado de la Salud pueden ser cualquiera de las siguientes:**
    a. **Un poder notarial duradero para el cuidado de la salud.**
    b. **La Declaración en la Ley de Muerte Natural – Ex. Un testamento vital**
    c. **Puedo escribir mis deseos en papel para que mi familia pueda usar el documento para decidir mi tratamiento médico en caso de que no pueda hacerlo.**

Firma del paciente: _____**Fecha:** _____

Este documento formará parte de mi historia clínica.

Nota: La información de las Directivas Anticipadas de Atención Médica se revisa con el miembro al menos cada 5 años y según corresponda a las circunstancias del miembro

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

Consentimiento para usar la Telemedicina

Nombre del paciente: _____ El Nombre de mi Médico: _____

Estoy físicamente ubicado en California. Al comienzo de cada sesión de telemedicina, ayudaré a mi médico a completar un registro para evaluar la estabilidad del uso de los servicios de telemedicina verificando mi nombre completo, ubicación actual, mi disposición para proceder y si me encuentro en una situación propicia para la privada. Comunicación ininterrumpida. Al firmar este consentimiento, entiendo y acepto.

1. Mi médico está en el estado de California y tiene licencia de él. Es posible que mi médico no pueda recetarme medicamentos y/o que no pueda ayudarme en una emergencia cuando me encuentre en cualquier otro estado o país. Si necesito medicamentos, puedo comunicarme con mi médico. Si necesito atención de emergencia, puedo llamar al 911 o dirigirme a la sala de emergencias del hospital más cercano para obtener ayuda.
2. Me someto a la jurisdicción exclusiva de los tribunales superiores del estado de California y acepto que cualquier reclamo, demanda u otro procedimiento legal que surja de o esté relacionado con los servicios de telemedicina proporcionados por mi médico y el personal de mi médico se presentará única y exclusivamente en los tribunales superiores del estado de California. También acepto que la interpretación de este consentimiento se regirá y construirá exclusivamente de acuerdo con las leyes de California.
3. Mi médico cree que los servicios de telemedicina son apropiados para mi condición médica y que me beneficiaría de su uso de telemedicina, no se pueden garantizar ni asegurar resultados específicos.
4. Si mi médico cree en algún momento que otra forma de servicios (por ejemplo, una consulta tradicional en persona) sería apropiada, mi médico me derivará a un proveedor de atención médica en mi área que pueda brindar dichos servicios.
5. Tengo derecho a retirar el consentimiento para el uso de los servicios de telemedicina en cualquier momento y recibir servicios de atención médica en persona con mi médico.
6. Recibí una explicación de cómo se utilizará la tecnología de comunicaciones electrónicas para los servicios de telemedicina. Me siento cómodo con el uso de la tecnología de comunicaciones electrónicas para comunicarme con mi médico y entiendo que existen limitaciones en la tecnología que pueden requerir una consulta en persona.
7. Acepto tener la computadora, el equipo y el acceso a Internet necesarios para mis comunicaciones de telemedicina. También estoy de acuerdo en organizar un lugar con suficiente iluminación y privacidad y que esté libre de distracciones e intrusiones durante mis comunicaciones de telemedicina.
8. Las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la telemedicina. La información médica que mi médico me transmita electrónicamente se transmitirá a través de un dispositivo seguro y solo será almacenada por mi médico o un proveedor de servicios seleccionado por mi médico. Entiendo que la difusión de cualquier imagen o información de identificación personal de la comunicación de telemedicina a investigadores u otros proveedores de atención médica no ocurrirá, excepto según lo exija la ley federal o de California.
9. Entiendo que mis riesgos de una violación de privacidad aumentan sustancialmente cuando ingreso información en una computadora de acceso público, uso una computadora que está en una red compartida, permito que una computadora "recuerde automáticamente" nombres de usuario y contraseñas. También entiendo que es mi responsabilidad cifrar la información médica que transmito electrónicamente a mi médico y que no uso medidas de seguridad técnicas, como el cifrado, aumenta mi riesgo de violación de la privacidad.
10. [Acepto ser grabado en video durante los servicios de telemedicina. Entiendo que las imágenes y el audio resultantes se convertirán en parte de mi historial médico.] O [Ninguna parte del encuentro será grabada sin mi consentimiento por escrito.]

11. Tengo derecho a acceder a mi información médica y obtener copias de mis registros médicos de acuerdo con la ley de California.
12. Entiendo que los servicios de telemedicina que se me brinden se facturarán a mi compañía de seguros de salud y que se me facturará cualquier responsabilidad del paciente según mi seguro.

Leo y comprendo la información proporcionada en este Consentimiento para el uso de la telemedicina. Discutí todas las preguntas que tenía con mi médico y todas mis preguntas fueron respondidas a mi satisfacción.

_____ _____

Firma del paciente Fecha

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

Política para el reabastecimiento de medicamentos recetados

A partir del 03/01/2025, todos los medicamentos controlados requerirán una visita cada 30 días y los medicamentos solo se surtirán solo durante 30 días.

A partir del 03/01/2025, todos los medicamentos de mantenimiento requerirán una visita cada 90 días para cualquier reposición.

_____ _____
Fecha de firma

_____
Print Name

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

Protocolo de medicación

A nuestros maravillosos pacientes,

Aquí en Bear Valley Primary Care, nos enorgullecemos de manejar su salud y nos dedicamos a brindar la mejor atención posible. Nuestra oficina solo recetará resurtidos de 90 días para medicamentos de mantenimiento sin ningún reabastecimiento adicional. En la fecha de vencimiento de sus recetas de 90 días, es responsabilidad del paciente programar antes de que se termine su medicación. Nuestro número de programación es (760) 381-8848, por favor promueva a las preguntas para programar o antes del final de su cita, tenga en cuenta programar antes de salir de la oficina. Muchas gracias por ser un paciente valioso para nuestra oficina.

Atentamente

Administración

_____ _____

Firma Fecha

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

Medical Records Record Request

Patient Name: _____ DOB: _____ Date: _____

[x] Requesting records **to be sent** to Bear Valley Urgent Care & Primary Care from the following…

Name: _____
Attention: _____
Address: _____
Phone: _____ **Fax:** _____

Please send the medical records from the following date from: _____ to: _____

- ❑ **Labs**
- ❑ **Imaging Reports**
- ❑ **Progress notes**
- ❑ **History and physical**
- ❑ **Consultation notes**

Purpose of requested use or disclosure

- ❑ **Continuing care**
- ❑ **Patient request**
- ❑ **Insurance**
- ❑ **Legal**
- ❑ **Other:** _____

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 (HIPPAA)

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 I98I, civil code section 56 et seq. and the health insurance portability and accountability act (HIPAA) OF 2003.**

Patient/Legal Representative Signature: _____**Date:** _____