



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

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

Fecha de Nacimiento: _____ Hembra Masculino

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

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

Historial Médico:

Presión alta	Si	No
Diabetes 1 / 2	Si	No
Úlceras	Si	No
Soplo cardíaco / Trastorno válvulas	Si	No
Ataque Cerebral	Si	No
Infarto	Si	No
Cáncer: _____	Si	No
Cálculos biliares	Si	No
Cálculos renales	Si	No
Transfusión de sangre	Si	No
Trastornos inmunológicos	Si	No
Diverticulosis	Si	No

Problemas de tiroides	Si	No
Asma	Si	No
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónico	Si	No
Depresión	Si	No
Ansiedad	Si	No
Colesterol alto	Si	No
Otro: _____	Si	No

Consumo de alcohol	Si	No
Ahumador de tabaco	Si	No
Drogas recreativas	Si	No

Antecedentes familiares: Indique el estado de salud o la causa de la muerte, la enfermedad relacionada con el problema actual y/o las enfermedades hereditarias o de alto riesgo. **NINGUNO**

Madre: _____

Hijos: _____

Padre: _____

Hermanos: _____

Operaciones/ Cirugías: **NINGUNO**

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

<u>Medications</u>	Dosis / Frecuencia	NINGUNO
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		

<u>Alergias / Reacción</u>	NINGUNO
1. _____	
2. _____	
3. _____	
4. _____	

Firma del paciente: _____ **Imprimir nombre:** _____ **Fecha:** _____
(Si el paciente es menor de edad; el padre o tutor firmará arriba.)



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

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 \_\_\_\_\_  
~~~~~

Consentimiento del Menor de Edad

Yo, como padre/tutor de _____ por la presente solicito y autorizo a Bear Valley Urgent Care, a los proveedores y al personal a realizar los servicios necesarios para mi hijo, incluidos, entre otros, radiología, laboratorios y administración de medicamentos y anestésicos que el médico considere aconsejables.

Signatura: _____ **Fecha:** _____



Bear Valley Urgent 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 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

_____/_____/_____
Nombre del Paciente (Apellido, Primer Nombre) **Fecha de Nacimiento** **Teléfono:**

Médico de Atención Primaria **Número del PCP** **Numero de Fax Del PCP**

Por la presente autorizo a **BEAR VALLEY URGENT CARE** a proporcionar una copia de mis registros médicos al médico de atención primaria (PCP) mencionado anteriormente para permitir la continuidad de la atención. Los registros enviados a mi PCP incluirán las notas del encuentro, los medicamentos y los informes de radiografías (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.

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

_____.

Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario. En algunos casos, dicha redivulgación no está protegida por la ley de California y es posible que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPPA). Al recibir esta información se solicita que no vuelva 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 por la divulgación indebida de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

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

Firma del Paciente/Tutor/Representante Legal **Imprimir Nombre/Relación** **Fecha**