

REGISTRATION FORM

PATIENT INFORMATION / INFORMACION DEL PACIENTE

LAST NAME (APELLIDO)	FIRST NAME (NOMBRE)	INITIAL	DOB (FECHA DE NAC.)	M	F	SOC. SEC. #
C222222	Rosa	E	10/24/64	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	615-229990
ADDRESS/DIRECCION			CITY/CIUDAD	ST./ESTADO		ZIP CODE/ CODIGO POSTAL
1209 E Alvarado ST			Ontario	CA		91764
HOME PH. / TEL. DE CASA			WORK PH. / TEL DE TRABAJO			
cell 909-						

RESPONSIBLE PARTY INFORMATION / INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Are you the parent or legal guardian of this patient? / Es usted el padre/madre ó guardian legal de este niño? Yes or No

LAST NAME (APELLIDO)	FIRST NAME (NOMBRE)	INITIAL	DOB (FECHA DE NAC.)	M	F	SOC. SEC. #
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ADDRESS/DIRECCION			CITY/CIUDAD	ST./ESTADO		ZIP CODE/ CODIGO POSTAL
HOME PH. / TEL. DE CASA			WORK PH. / TEL DE TRABAJO			

OTHER NECESSARY INFORMATION

IN CASE OF AN EMERGENCY, NOTIFY: EN CASO DE UNA EMERGENCIA, NOTIFICAR:	RELATION W/PT. RELACION C/PAC.
Maricela Rodriguez	W uera
ADDRESS / DIRECCION : 1209 E Alvarado - ST	
HOME PH. / TEL. CASA : cell 909-972-3037	
WORK PH. / TEL TRABAJO :	

I, The undersigned, parent of
Yo padre/madre de _____, a minor (un menor)
do consent to have (si doy consentimiento a) _____ to bring my child (a traer a mi hijo/a)
to(a) Las Palmas Medical Group for medical attention during my absence (para atencion medica).
Valid from (valido de) _____ To (a) _____
I authorize Las Palmas Medical Group to leave messages in regards to my appointments at the above ph. #.
Yo doy mi autorización para que dejen mensajes con referencia a mis citas en el # mencionado arriba.

SIGNATURE / FIRMA: X Rosa elvira C222222

Interpreter needed?: Yes ☒ No ☐ Was Advance Directive offered?: Yes ☐ No ☐ Refused ☐
How did you find us? / Como se entero de nosotros? : X 12 Acogidos 22

CONSENT FOR TREATMENT-ASSIGNMENT OF BENEFITS & AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL RECORDS CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, ASIGNACION DE BENEFICIOS Y AUTORIZACION PARA DAR LA INFORMACION DEL RECORD MEDICO

-I hereby consent and authorize the administration of all emergency diagnostic and therapeutic treatment for me or my minor child that may be necessary in the judgement of the attending physician. I hereby authorize the above named Medical Group and Laboratory to furnish information to insurance carriers concerning this illness and I authorize and instruct these same insurance carriers to make payment directly to the above mentioned Medical Group and Laboratory for medical expense benefits (Inc. major medical benefits) otherwise payable to me. A photostatic copy of this assignment and authorization shall be considered as effective and valid as the original. This lien is irrevocable. I also understand that I'm financially responsible to the above named Medical Group and Laboratory for charges not covered and paid by the insurance carrier.

-Mediante la presente doy mi consentimiento y autorizo cualquier tipo de examen diagnostico así como cualquier tratamiento médico de emergencia para mí o mi hijo(a) que sea necesario de acuerdo al criterio del doctor de guardia. Igualmente autorizo a Las Palmas Medical Group y al laboratorio a proporcionar la información medica pertinente a las compañías de seguro medico y autorizo a dichas compañías de seguro medico a hacer los pagos por servicios médicos recibidos directamente a Las Palmas Medical Group o laboratorio. Una copia de este documento y su autorización será válida como la original. Esta autorización es irrevocable. Igualmente soy responsable financieramente hacia Las Palmas Medical Group y el laboratorio por los gastos no cubiertos por mi seguro medico

California Child Health & Disability Prevention Program

-I hereby give my consent to receive the health screening tests and immunizations recommended by the CHDP program. I hereby authorize release of information concerning the results of these screening tests to CHDP Program personnel. I understand that the information provided to CHDP Program personnel will be strictly confidential and will be used only to make the provisions of health services easier and to permit statistical reporting on the results of screening.

-Mediante la presente doy mi consentimiento para recibir el chequeo de salud, examenes y vacunas recomendadas por el programa de CHDP. Yo entiendo que la información dada al personal del Programa de CHDP sera estrictamente confidencial y sera usada para que el proveer de servicios de salud sea mas facil y para permitir un reporte estadistico sobre los resultados de los examenes.

DATE/FECHA: 6-22-2020 X Rosa elvira C222222

SIGNATURE OF PARENT, GUARDIAN, OR EMANCIPATED MINOR
FIRMA DE PADRES, GUARDIAN Ó MENOR ENMANCIPADO



Las Palmas Medical Group

NOTICE OF PRIVACY PRACTICE RECEIPT

I acknowledge that I was provided with the Notice of Privacy Practice of the medical practice named at the top of this page.

Recibí la información sobre la Noticia de Práctica de Privacidad de la clínica cuyo nombre aparece en la parte superior de esta página.

Patient's Name (Nombre del Paciente) Rosa elva cazaréz

DOB (Fecha de Nacimiento) 10-24-64

Signature (Firma del Paciente) Rosa elva cazaréz

Date (Fecha) 6-22-2020

Patient's Legal Guardian (If applicable)
Representante Legal del Paciente (en caso que aplique)

Name of Patient's Legal Guardian (Nombre del Representante) _____

Relationship (Relación con el Paciente) _____

Signature of Legal Guardian (Firma del Representante Legal) _____

Date (Fecha) _____

For practice Use Only (Para el uso de la Oficina Solamente):

Signature of Practice Employee: _____ Date: _____