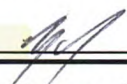



# REGISTRATION FORM

PATIENT INFORMATION / INFORMACION DEL PACIENTE							
LAST NAME (APELLIDO)		FIRST NAME (NOMBRE)		INITIAL	DOB (FECHA DE NAC.)	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	SOC. SEC. #
Grecchi		Nahuel		F	11   04   92		211-43-3282
ADDRESS/DIRECCION		CITY/CIUDAD		ST./ESTADO		ZIP CODE/ CODIGO POSTAL	
834 N. Palm ave. apt: C		Upland		Ca		91786	
HOME PH. / TEL. DE CASA				WORK PH. / TEL DE TRABAJO			
909-453-1291							
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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	SOC. SEC. #
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/P.T. RELACION C/PAC.	
Fabian Grecchi						dad	
ADDRESS /DIRECCION : 834 N. Palm ave. apt: C							
HOME PH. / TEL. CASA : 909-653-7170				WORK PH./ TEL TRABAJO:			
<p>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) _____.</p> <p>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.</p>							
SIGNATURE / FIRMA: X 							
<p>Interpreter needed?: Yes ___ No ___ Was Advance Directive offered?: Yes ___ No ___ Refused ___</p> <p>How did you find us? / Como se entero de nosotros? : _____</p>							
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							
<p>-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.</p> <p>-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.</p>							
<p><b>California Child Health &amp; Disability Prevention Program</b></p> <p>-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.</p> <p>-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 fácil y para permitir un reporte estadístico sobre los resultados de los examenes.</p>							
DATE/FECHA: 6-22-2020				SIGNATURE OF PARENT, GUARDIAN, OR EMANCIPATED MINOR FIRMA DE PADRES, GUARDIAN ó MENOR ENMANCIPADO			
				X 			





# 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) \_\_\_\_\_

DOB (Fecha de Nacimiento) \_\_\_\_\_

Signature (Firma del Paciente) \_\_\_\_\_

Date (Fecha) \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_