

# REGISTRATION FORM

## PATIENT INFORMATION / INFORMACION DEL PACIENTE

Chavez Marroquin Josefina 10/18/1954 ☒ M ☐ F 11/17  
 LAST NAME (APELLIDO) FIRST NAME (NOMBRE) INITIAL DOB (FECHA DE NAC.) M F SOC. SEC. #

3150 Parkglen Way Ontario, CA 91761 909-923-5767 N/A  
 ADDRESS/DIRECCION CITY/CIUDAD ST./ESTADO ZIP CODE/ CODIGO POSTAL  
 HOME PH. / TEL. DE CASA WORK PH. / TEL DE TRABAJO

## 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

☐ Yes ☐ No  
 LAST NAME (APELLIDO) FIRST NAME (NOMBRE) INITIAL DOB (FECHA DE NAC.) M F 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: Maria Chavez / Claudia Chavez RELATION W/PT. Daughters  
 EN CASO DE UNA EMERGENCIA, NOTIFICAR: ADDRESS / DIRECCION : 3150 Parkglen Way Ontario CA 91761  
 HOME PH. / TEL. CASA : 909-923-5767 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 autorizaci3n para que dejen mensajes con referencia a mis citas en el # mencionado arriba.

SIGNATURE / FIRMA: X Josefina Chavez

Interpreter needed?: Yes \_\_\_ No \_\_\_ Was Advance Directive offered?: Yes \_\_\_ No \_\_\_ Refused \_\_\_

How did you find us? / Como se entero de nosotros? : \_\_\_\_\_

## 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 informaci3n medica pertinente a las compa1as de seguro medico y autorizo a dichas compa1as 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 autorizaci3n será válida como la original. Esta autorizaci3n 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 informaci3n 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: 6/22/20

X Josefina Chavez  
 SIGNATURE OF PARENT, GUARDIAN, OR EMANCIPATED MINOR  
 FIRMA DE PADRES, GUARDIAN ó MENOR ENMANCIPADO

Yo Josefina Marroquin de Chavez  
 doy autorizaci3n a Clinica  
 medica Las Palmas a dar  
 informaci3n con referencia  
 a mi salud a mi hija  
 Claudia Chavez.

(J. CH) X Josefina Chavez (cc)





# 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) Josefina Chavez Marroquin

DOB (Fecha de Nacimiento) 10/18/1954

Signature (Firma del Paciente) Josefa Chavez

Date (Fecha) 06/22/20

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: \_\_\_\_\_