

## I. INFORMACION DE PACIENTES MENORS

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ #de licencia de manejar: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Mujere

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Zona postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Empleador** \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Domicilio de empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona postal: \_\_\_\_\_

### 1. INFORMACION DE PADRE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona postal: \_\_\_\_\_

### 2. INFORMACION DE MADRE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona postal: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE ASEGURANZA

Tiene Medicare: Si No # de Medicare \_\_\_\_\_ Medicare es primario? Si No

Tiene Medi-cal: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No Kern Family Health? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

**Aseguranza principal** Nombre de la compania \_\_\_\_\_

# de Grupo: \_\_\_\_\_ # de Póliza \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_

Nombre de persona cutbierta: \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Aseguranza adicional** Nombre de la compania \_\_\_\_\_

# de Grupo: \_\_\_\_\_ # de Póliza \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_

Nombre de persona cutbierta: \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de su Medico que lo/la referio a esta oficina: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**II. PERSONA DE CONTACTO AL CASO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Zona postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**V. FIRMA Yo consento al firmar que todo es correcto y verdad a mi consiento**

X: \_\_\_\_\_  
Firma de el paciente o persona responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**VI. ASIGNO DE BENEFICIOS DE SEGURO**

Asigno por este medio todas la ventajas medicas y/o quirurgicas a cual purdo ser dado derecho de un plan del insurance a los medicos que participant de **The Heart Center**. Seguirá haviendo esta asignacion en efecto revocado por mi adentro escritura. Autorizo por este medico acesionarios dichos a lanzar toda la informacion necesario para agurar los dichos. Entiendo que mi firma solicita que el pago hecho y autoriza el lanzamiento de la informacion medica necesario para pagar la demanda.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente or persona responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION PARA EL LANZAMIENTO / LA PETICION DE EXPEDIENTES MEDICOS**

PARA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entender el secreto de expedientes medicos, I como el partido responsable paciente o legal paciente mencionado abajo, autorice por este medico el lanzamiento del expediente medico del abajo paciente nombrado a:

**The Heart Center  
5020 Commerce Dr.  
Bakersfield, CA 93309  
(661) 324-4100  
(661) 324-4600 fax**

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona postal: \_\_\_\_\_

Telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Firma de paciente o persona responsable: \_\_\_\_\_

Relacion del partido responsable al paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_