

REGISTRO

(POR FAVOR, ESCRIBA
EN LETRA DE IMPRENTA)

CROWN SURGICAL GROUP

802 Magnolia Ave., Suite 203
Corona, CA 92879

Telephone: (909) 736-0696

Fecha _____

Teléfono Personal _____

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

Nombre _____ No. Seg. Soc. _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Sexo M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
 Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a)

Paciente Empleado por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador _____

¿A quién podemos agradecer por habernos referido a Ud? _____

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? _____ Teléfono _____

SEGURO PRINCIPAL

Persona Responsable por la Cuenta _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Relación con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ No. Seg. Soc. _____

Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Persona Responsable Empleado por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador _____

Compañía de Seguros _____

Contrato No. _____ Grupo No. _____ Suscriptor No. _____

Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan _____

SEGURO ADICIONAL

¿Está el paciente cubierto por seguro adicional? Sí No

Nombre del Suscriptor _____ Relación con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Suscriptor Empleado por _____ Teléfono del Empleador _____

Compañía de Seguros _____ No. Seg. Soc. _____

Contrato No. _____ Grupo No. _____ Suscriptor No. _____

Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan _____

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Yo, el suscrito, certifico que yo (o la persona a mi cargo), tengo (tiene) cobertura de seguro con _____
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

y traspaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de
otra manera son pagaderos a mí, por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea
que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago
de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro.

Firma de la Persona Responsable

Relación

Fecha

HISTORY AND PHYSICAL (HISTORIA DEL PACIENTE)

NAME / NOMBRE _____ AGE / EDAD _____ DATE/FECHA _____

PRESENT WEIGHT/ PESO _____ LBS HEIGHT / ESTATURA _____

MEDICAL REASON FOR VISIT / RAZON MEDICA DE SI VISITA _____

ALLERGIES/SENSITIVITIES TO MEDICATIONS / ALERGIAS/SENSIBILIDADES A MEDICINAS _____

PATIENT'S MEDICAL HISTORY:(CIRCLE YES OR NO) / HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE (CIRCULE EL SI O EL NO)

Y / N HEART ATTACK (ATAQUE AL CORAZON)
WHEN (CUANDO) _____ ?

Y / N HEART FAILURE (PARO CARDIACO)
WHEN (CUANDO) _____ ?

Y / N HEART MURMUR (MURMULLO DEL CORAZON)

Y / N PROSTATE PROBLEMS (PROSTATA
FIEBRE REUMATICA)
Y / N RHEUMATIC FEVER (FIEBRE REUMATICA)
Y / N HYPERTENSION (PRENSION ALTA)
Y / N HEPATITIS (HEPATITIS)
Y / N ASTHMA (ASMA)

Y / N JAUNDICE (ICTERICIA)
Y / N KIDNEY DISEASE (RINONES)
Y / N TUBERCULOSIS (TUBERCULOSIS)
Y / N PHLEBITIS (BLOOD CLOT IN LEG)
(FLEBITIS)
Y / N DIABETES (DIABETIS)
INSULIN TYPE / AMOUNT (TIPO DE INSULINA CANTIDAD)

Y / N THYROID PROBLEMS (TIROYDE)
Y / N COLITIS/COLON PROBLEMS (COLITIS/POLYPOS)
Y / N ULCER DISEASE (ULCERAS)
Y / N CANCER
WHAT TYPE (QUE TIPO) _____ ?

LIST ANY ILLNESSES YOU HAVE BEEN HOSPITALIZED FOR, NOT REQUIRING SURGERY (ENFERMEDADES POR LAS CUALES HA SIDO HOSPITALIZADO, SIN REQUERIR CIRUGIA)

PREVIOUS SURGERIES AND APPROXIMATE DATES (CIRUGIAS Y FECHAS APROXIMADAS)

ANY FAMILY HISTORY:(CIRCLE YES OR NO) / HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE (CIRCULE EL SI O EL NO)

Y / N DIABETES (DIABETIS)
Y / N BLEEDING TENDENCIES
Y / N KIDNEY DISEASE (RINONES)
Y / N TUBERCULOSIS (TUBERCULOSIS)

Y / N STROKE (TROMBOSIS)
Y / N HIGH BLOOD PRESSURE (ALTA PRESION)
Y / N HEART DISEASE (ENFERMEDAD DEL CORAZON)
Y / N CANCER
WHAT TYPE (QUE TIPO) _____ ?

MEDICATIONS (MEDICAMENTOS)

PRESCRIPTION (CON RECETA MEDICA) _____

NON-PRESCRIPTION (SIN RECETA MEDICA) _____

BLOOD THINNERS (DILUYENTE DE LA SANGRE) _____

DO YOU USE TOBACCO?(USO DE TABACO) _____ IN THE PAST? (EN EL PASADO) _____

DO YOU USE ALCOHOL?(USO DE ALCOHOL) _____ AVG DAILY AMOUNT?(CANTIDAD DIARIA) _____

CROWN SURGICAL GROUP

Raymund Cordero, M.D.
Francis Essien, M.D.
Yara Gorski, M.D.
Bolaji Nafiu, M.D.

Festus Dada, M.D.
Tito Gorski, M.D.
David Suh, M.D.
Craig Owens, M.D.

COMMUNICATION CONSENT AGREEMENT

This form allows our physicians and office staff permission to speak with your family members or other individuals noted below.

I, _____ understand that under Federal Law (HIPPA) this medical office may not release any medical information to any individual without my expressed written permission. Law enforcement and court order are two exceptions to this requirement. I, therefore give permission to Crown Surgical Group to release medical information on my behalf to the following person(s).

(1) Name: _____ Relationship: _____

Phone Number: _____ Date of Birth: _____

(2) Name: _____ Relationship: _____

Phone Number: _____ Date of Birth: _____

(3) Name: _____ Relationship: _____

Phone Number: _____ Date of Birth: _____

(4) Name: _____ Relationship: _____

Phone Number: _____ Date of Birth: _____

PATIENT NAME: _____ **DATE OF BIRTH:** _____

PATIENT SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

Crown Surgery Medical Group

Patient Consent for Use and Disclosure of Protected Health Information

I hereby give my consent for **Crown Surgery Medical Group** to use and disclose protected health information (PHI) about me to carry out treatment, payment and health care operations (TPO).

(The Notice of Privacy Practices provided by **Crown Surgery Medical Group** describes such uses and disclosures more completely.)

I have the right to review the Notice of Privacy Practices prior to signing this consent.

Crown Surgery Medical Group reserves the right to revise its Notice of Privacy Practices at any time. A revised Notice of Privacy Practices may be obtained by forwarding a written request to **Privacy Officer, 25470 Medical Center Drive Murrieta, Ca. 92562**

With this consent, **Crown Surgery Medical Group** may call my home or other alternative location and leave a message on voice mail or in person in reference to any items that assist the practice in carrying out TPO, such as appointment reminders, insurance items and any calls pertaining to my clinical care, including laboratory test results, among others.

With this consent, **Crown Surgery Medical Group** may mail to my home or other alternative location any items that assist the practice in carrying out TPO, such as appointment reminder cards and patient statements as long as they are marked "Personal and Confidential."

With this consent, **Crown Surgery Medical Group** may e-mail to my home or other alternative location any items that assist the practice in carrying out TPO, such as appointment reminder cards and patient statements. I have the right to request that **Crown Surgery Medical Group** to restrict how it uses or discloses my PHI to carry out TPO. The practice is not required to agree to my requested restrictions, but if it does, it is bound by this agreement.

By signing this form, I am consenting to allow **Crown Surgery Medical Group** to use and disclose my PHI to carry out TPO.

I may revoke my consent in writing except to the extent that the practice has already made disclosures in reliance upon my prior consent. If I do not sign this consent, or later revoke it, **Crown Surgery Medical Group** may decline to provide treatment to me.

Signature of Patient or Legal Guardian

Print Patient's Name

Date

Print Name of Patient or Legal Guardian, if applicable
