

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 _____

INFORMACIÓN 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 AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

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

CROWN SURGICAL GROUP

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

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

COMMUNICATION CONSENT AGREEMENT

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: _____

Address: _____

Phone Number: _____ Date of Birth: _____

*****FOR IDENTIFICATION PURPOSE ONLY

Driver License # _____ OR Last 4 Digits of Social Security # _____

(2) Name: _____ Relationship: _____

Address: _____

Phone Number: _____ Date of Birth: _____

*****FOR IDENTIFICATION PURPOSE ONLY

Driver License # _____ OR Last 4 Digits of Social Security # _____

(3) Name: _____ Relationship: _____

Address: _____

Phone Number: _____ Date of Birth: _____

*****FOR IDENTIFICATION PURPOSE ONLY

Driver License # _____ OR Last 4 Digits of Social Security # _____

PATIENT NAME: _____ DOB: _____

PATIENT SIGNATURE: _____ DATE: _____

PATIENT HISTORY FORM

NAME: _____ **AGE:** _____ **DATE:** _____

PRESENT WEIGHT: _____ **LBS** **HEIGHT:** _____

MEDICAL REASON FOR VISIT: _____

ALLERGIES/ SENSITIVITIES TO MEDICATION: _____

PATIENTS MEDICAL HISTORY: (PLEASE CIRCLE Y OR N)

Y / N HEART ATTACK

Y / N ASTHMA

Y / N THYROID PROBLEMS

WHEN? _____

Y / N JAUNDICE

Y / N COLITIS/ COLON POLYPS

Y / N HEART FAILURE

Y / N KIDNEY DISEASE

Y / N ULCER DISEASE

WHEN? _____

Y / N TUBERCULOSIS

Y / N HEPATITIS

Y / N HEART MURMUR

Y / N PHLEBITIS
(BLOOD CLOT IN LEG)

Y / N CANCER

Y / N PROSTATE PROBLEMS
(STRAINING TO URINATE)

Y / N DIABETES

IF YES:

WHAT TYPE? _____

Y / N RHEUMATIC FEVER

INSULIN TYPE / AMOUNT

OTHER _____

Y / N HYPERTENSION

LIST ANY ILLNESSES YOU HAVE BEEN HOSPITALIZED FOR, NOT REQUIRING SURGERY:

PREVIOUS SURGERIES AND APPROXIMATE DATES:

ANY FAMILY HISTORY OF: (PLEASE CIRCLE Y OR N)

Y / N DIABETES

Y / N TUBERCULOSIS

Y / N HIGH BLOOD PRESSURE

Y / N BLEEDING TENDENCIES

Y / N HEART DISEASE

Y / N CANCER

Y / N KIDNEY DISEASE

Y / N STROKE

IF YES:

WHAT TYPE? _____

MEDICATIONS:

PRESCRIPTION _____

NON-PRESCRIPTION _____

BLOOD THINNERS _____

DO YOU USE TOBACCO? _____

IN THE PAST? _____

DO YOU USE ALCOHOL? _____

AVERAGE DAILY AMOUNT? _____