

# REGISTRATION FORM

## PATIENT INFORMATION / INFORMACION DEL PACIENTE

for appt. reminder and healthcare information

LAST NAME (APELLIDO) FIRST NAME (NOMBRE) INITIAL DOB (FECHA DE NAC.) M F EMAIL (CORREO ELECTRONICO)

ADDRESS (DIRECCION) CITY (CIUDAD) STATE (ESTADO) ZIP (CODIGO POSTAL)  
 ( ) - VERIZON / SPRINT / AT&T / OTHER ( ) - HOME (CASA) / WORK (TRABAJO)

CELL PHONE (TEL. CELULAR) CARRIER (COMPANIA) SECONDARY PHONE (TEL. SECUNDARIO) TYPE (TIPO)

## RESPONSIBLE PARTY INFORMATION / INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

ARE YOU THE PARENT OR LEGAL GUARDIAN OF THIS PATIENT? / ES USTED EL PADRE/MADRE O GUARDIAN LEGAL DE ESTE NINO? **YES / NO** CIRCLE ONE  
 appointment reminder and healthcare information

LAST NAME (APELLIDO) FIRST NAME (NOMBRE) INITIAL DOB (FECHA DE NAC.) M F EMAIL (CORREO ELECTRONICO)

ADDRESS (DIRECCION) CITY (CIUDAD) STATE (ESTADO) ZIP (CODIGO POSTAL)  
 ( ) - VERIZON / SPRINT / AT&T / OTHER ( ) - HOME (CASA) / WORK (TRABAJO)

CELL PHONE (TEL. CELULAR) CARRIER (COMPANIA) SECONDARY PHONE (TEL. SECUNDARIO) TYPE (TIPO)

## OTHR NECESSARY INFORMATION / INFORMACION NECESARIA

IN CASE OF AN EMERGENCY, NOTIFY: RELATION WITH PATIENT:  
 EN CASO DE UNA EMERGENCIA, NOTIFICAR: RELACION CON PACIENTE:

ADDRESS (DIRECCION) CITY (CIUDAD) STATE (ESTADO) ZIP (CODIGO POSTAL)  
 ( ) - VERIZON / SPRINT / AT&T / OTHER ( ) - HOME (CASA) / WORK (TRABAJO)

CELL PHONE (TEL. CELULAR) CARRIER (COMPANIA) SECONDARY PHONE (TEL. SECUNDARIO) TYPE (TIPO)

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 phone number.  
 Yo doy mi autorización para que dejen mensajes con referencia a mis citas en el # mencionado arriba.

SIGNATURE (FIRMA): \_\_\_\_\_

INTERPRETER NEEDED? YES \_\_\_ NO \_\_\_ WAS ADVANCED DIRECTIVE OFFERED? YES \_\_\_ NO \_\_\_ REFUSED \_\_\_

HOW DID YOU HEAR ABOUT 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 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.

### 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, exámenes 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 facil y para permitir un reporte estadístico sobre los resultados de los exámenes.

DATE (FECHA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**X**  
 SIGNATURE OF PARENT, GUARDIAN, OR EMANCIPATED MINOR  
 FIRMA DE PADRES, GUARDIAN, O MENOR ENMANCIPADO