



**PACIFIC CARDIOVASCULAR ASSOCIATES MEDICAL GROUP, INC.**  
**A Professional Corporation**

**PEDIÁTRICA/O INFORMACIÓN DEL PACIENTE -  
CONFIDENCIAL**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ IM \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ No de SS (ultimos 4) \_\_\_\_\_ Sexo (al nacer): Masculino  Femenino   
Correo electrónico de Padres: \_\_\_\_\_  
¿Le gustaría estar inscrito en nuestro programa Portal del Paciente? Sí  No   
Dirección: \_\_\_\_\_ Apt/Unidad: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Empleador de Padres: \_\_\_\_\_ Ocupación de Padres: \_\_\_\_\_  
Licencia de conducir # de Padres: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Expira: \_\_\_\_\_  
Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Origen étnico: \_\_\_\_\_  
Médico referente/PCP: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_  
Nombre y fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_\_

**ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR  
INFORMACIÓN RELACIONADA A LOS SERVICIOS MÉDICOS PROPORCIONADOS**

Por la presente asigno todos los beneficios a Pacific Cardiovascular Associates Medical Group, Inc. por los servicios prestados a mí oa dicho paciente. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí o dicho paciente a divulgar a mi compañía de seguros cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que el pago se realice a Pacific Cardiovascular Associates y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. He dado toda la información de mi seguro con fines de facturación y comprendo los procedimientos de facturación. Entiendo que soy responsable de todos los cargos no cubiertos por mi póliza de seguro, incluidos, entre otros, copagos, deducibles y servicios no cubiertos. También acepto completar toda la documentación necesaria para que mi reclamo sea pagado por mi compañía de seguros y acepto la responsabilidad total por todos los cargos si mi compañía de seguros no remite el pago en mi nombre.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

- Por la presente reconozco que se me ofreció una copia del Aviso de prácticas de privacidad de PCA. Además, reconozco que se publicará una copia del aviso actual en el área de recepción, y que una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad enmendado estará disponible en cada cita.
- Me gustaría recibir una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad enmendado al correo electrónico anterior.



**PACIFIC CARDIOVASCULAR ASSOCIATES MEDICAL GROUP, INC.**  
**A Professional Corporation**

**AUTORIZACIÓN PARA QUE UN TERCERO PUEDA DAR SU CONSENTIMIENTO AL  
TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD**

Yo Soy:  El Padre o la Madre

El tutor

Otra persona que tiene la custodia legal \_\_\_\_\_  
(Describe la relación legal)

de (nombre del menor) \_\_\_\_\_, menor de edad.

Por medio del presente autorizo a (nombre del representante) \_\_\_\_\_, a actuar como mi representante y dar consentimiento para todo estudio de radiografías, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico, quirúrgico y atención hospitalaria que sea recomendada por cualquier medico quien prestará supervisión general o especial del mismo, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se brinde en el consultorio del médico o en un hospital.

Entiendo que esta autorización se otorga antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que se requiera, pero se otorga a fin de dar autoridad al representante nombrado anteriormente a dar consentimiento para todo y cualquiera de dichos diagnósticos, tratamientos u atención hospitalaria que recomiende un médico o dentista con licencia.

Esta autorización se otorga en conformidad con las disposiciones del Artículo 6910 del Código de Familia.

Por medio del presente autorizo a todo hospital que brinde tratamiento al menor de edad nombrado anteriormente en conformidad con las disposiciones del Artículo 6910 del Código de Familia a entregar la custodia física del menor al representante nombrado anteriormente al finalizar el tratamiento. Esta autorización se otorga en conformidad con el Artículo 1283 del Código de Salud y Seguridad.

Esta autorizacion tendrá vigencia hasta (mes y día) \_\_\_\_\_, del 20 \_\_\_\_\_ a menos que sea antes revocada por escrito entregada al representante nombrado anteriormente.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM/PM

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_





**PACIFIC CARDIOVASCULAR ASSOCIATES MEDICAL GROUP, INC.**  
**A Professional Corporation**

**Plan de Asociación de Pacientes**

Estimado paciente,

Bienvenido a nuestra consulta. Asegurarnos del bienestar cardiovascular de nuestros pacientes y sus familias ha sido la misión de PCA durante 30 años. Todos los días no esforzamos en proporcionarle con el cuidado de más alta calidad que usted espera y se merece. El proporcionar el **mejor cuidado posible** requiere una "sociedad" entre usted y su médico. Para embarcarnos en esta "sociedad para su salud" le solicitamos su ayuda y que esté de acuerdo con lo siguiente. Puede que esta no sea una lista exhaustiva pero remarca lagunas áreas clave.

**1. Cumpla con sus citas de consulta, seguimiento o de exámenes.**

Entiendo que las citas de consulta, seguimiento o de exámenes son muy importantes para iniciar y/o ejecutar mi plan de tratamiento. En el transcurso de estas citas, mi médico puede ordenar exámenes, revisar mi plan de salud, recetar medicamentos o incluso descubrir y tratar una condición grave de salud. Si no me presento a la cita, o la pierdo y no la reprogramo, corro el riesgo de que mi médico no detecte y trate una condición grave de salud.

**Además, entiendo que perder o no presentarme a una cita causa dificultades considerables a mi médico y no es justo para otros pacientes que quieren acceder a los servicios de cardiología en la consulta de mi médico. Daré todo mi esfuerzo para notificar a mi médico, su enfermero/a o su equipo de programación con un mínimo de 48 horas de anticipación de la cancelación de mi cita y reprogramar las citas a las que falté lo antes posible.**

**Si no puede llegar a su cita a causa de una emergencia genuina, no se le cobrará ningún cargo de cancelación, siempre y cuando proporciones documentación o evidencia de la emergencia. En cualquier otra circunstancia se le cobrará una "tarifa de \$50.00 por cancelación o por no presentarse", sin excepción, por faltar a una cita que no haya sido cancelada con 48 horas de antelación.**

**2. Póngase en contacto con el consultorio del médico cuando no sepa de los resultados de laboratorio y otros exámenes.**

Entiendo que el objetivo de mi médico es informarme de los resultados del laboratorio y los exámenes tan pronto como sea posible. Sin embargo, si no me entero de nada por parte del consultorio de mi médico dentro del tiempo acordado, llamaré al consultorio por los resultados de mis exámenes. Si mi información de contacto ha cambiado notificaré a PCA de mi nueva información.

**3. Informaré a mi médico si decido *no* seguir su plan de tratamiento recomendado.**

Entiendo que luego de examinarme, mi médico puede hacer ciertas recomendaciones basadas en lo que siente que es lo mejor para mi salud. Esto puede incluir recetar medicamentos, ordenar exámenes, realizar procedimientos, derivarme a otros especialistas, ordenar pruebas de laboratorio o incluso solicitarme que vuelva al consultorio dentro de determinado tiempo. Entiendo que *no* seguir el plan de tratamiento es mi derecho pero puede tener graves efectos negativos en mi salud. Le haré saber a mi médico si decido no seguir sus recomendaciones así puede informarme detalladamente de cualquier riesgo asociado a mi decisión de demorar o rechazar el tratamiento.

Gracias por ser socio. Como nuestro paciente, tiene derecho a ser informado sobre el cuidado de su salud. Le invitamos **en cualquier momento** a hacer preguntas, informar síntomas o discutir cualquier preocupación que pueda tener. Si necesita más información sobre su salud o condición, pregunte. Estamos aquí para asistirlo a mejorar y que lleve una vida activa y saludable.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (impresión)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente



**PACIFIC CARDIOVASCULAR ASSOCIATES MEDICAL GROUP, INC.**  
**A Professional Corporation**

**AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA**

3080 Bristol Street, Suite 600  
 Costa Mesa, CA 92626  
 Fax: (714) 445-0245

Esta autorización permite al/los proveedor/es de atención médica enumerados a continuación a divulgar información médica y registros confidenciales. Nota: *La información y los registros sobre el tratamiento de menores, VIH, condiciones psiquiátricas/mentales o abuso de alcohol/sustancias tienen reglas especiales que requieren una autorización específica.*

**AUTORIZACIÓN**

Mediante la presente autorizo a: \_\_\_\_\_  
 Nombre y dirección del proveedor de atención médica

A divulgar información sobre mi historia clínica, enfermedades o lesiones, consultas, recetas, tratamientos, diagnósticos o pronósticos, incluyendo radiografías, correspondencia y/o registros médicos enviados por correo, fax u otros medios electrónicos.

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

\_\_\_\_\_

_____	_____	_____	_____
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

\_\_\_\_\_

_____	_____
Fax	Correo electrónico

La información/registros médicos se utilizarán con el siguiente fin: \_\_\_\_\_

Esta autorización es:

- [  ] Ilimitada (todos los registros, excepto abuso de sustancias, salud mental, tratamiento/diagnóstico de VIH)  
 [  ] Limitada a la siguiente información médica: \_\_\_\_\_

También doy mi consentimiento para la divulgación de los siguientes registros:

Abuso de drogas/alcohol/sustancias _____ (inicial)	Pruebas de anticuerpos contra el VIH _____ (inicial)
Psiquiatría/salud mental _____ (inicial)	Diagnóstico/tratamiento de VIH _____ (inicial)
Información genética _____ (inicial)	

**DURACIÓN** (no puede exceder más de 2 años)

Esta autorización será efectiva de manera inmediata y permanecerá en efecto hasta \_\_\_\_\_ Fecha

**RESTRICCIONES**

No se permiten permisos adicionales para la utilización o divulgación de esta información médica a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o que dicha divulgación sea específicamente exigida o permitida por la ley.

Se considerará efectiva y válida como el original una fotocopia o facsímil de esta autorización. Se me ha informado del derecho a recibir una copia de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o representante legal/personal

\_\_\_\_\_  
 Relación si no es el paciente

\_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente (EN IMPRENTA)

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Número de seguro social del paciente

\_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
 Nombre del testigo (impresa)

\_\_\_\_\_  
 Firma del testigo



**PACIFIC CARDIOVASCULAR ASSOCIATES MEDICAL GROUP, INC.**  
**A Professional Corporation**

♥ HISTORIAL DE SALUD CARDIOVASCULAR DEL PACIENTE ♥  
 ♥ CONFIDENCIAL ♥

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

Síntomas medicos actuales / Quejas:

---



---

Para síntomas relacionados con las venas, como — Venas varicosas, arañas vasculares, hinchazón o dolor. (Por favor informe a la enfermera)

**FACTORES DE RIESGO (Marque todos los que correspondan):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Embarazada/o podría estar embarazada | <input type="checkbox"/> Historia del accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                             | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea                 |
| <input type="checkbox"/> Estrés indebido                      | <input type="checkbox"/> Colesterol alto                        |
| <input type="checkbox"/> Posmenopáusica                       | <input type="checkbox"/> Exceso de peso                         |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de bypass previa             | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica         |
| <input type="checkbox"/> Historia de stent/angiograma         | <input type="checkbox"/> Cirugía valvular previa                |

Enumere todos los medicamentos (incluya la dosis y cómo se toma):

MEDICAMENTO	DOSIS	CÓMO/CUÁNDO SE TOMA

ENUMERE TODAS LAS ALERGIAS (medicamentos, alimentos, etc.): \_\_\_\_\_

ENUMERE TODAS LAS OPERACIONES MÉDICAS PRINCIPALES Y FECHAS:

---



---

**HISTORIA FAMILIAR:**

Enumere todos los parientes cercanos con antecedentes de enfermedad cardíaca, colesterol alto, presión arterial alta, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer, etc., indique su relación, condición médica específica y su edad:

---



---

**HISTORIA SOCIAL:**

- ¿Fuma actualmente?  Sí  No / En caso afirmativo, ¿cuánto por día? \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez has fumado?  Sí  No / Si es sí, ¿vera bajo:  
 ¿A qué edad empezaste a fumar? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad dejaste de fumar? \_\_\_\_\_
- ¿Bebes alcohol?  Sí  No / En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas por semana? \_\_\_\_\_
- Si dejó de beber, ¿hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- ¿Bebe cafeína o usa medicamentos estimulantes recetados o sin receta?  Sí  No / En caso afirmativo, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto por día? \_\_\_\_\_