

Joint Notice of Privacy Practices for Health Information (NPP) Acknowledgment Form

Effective April 14, 2003, the law requires that Dignity Health give to a patient a copy of its Notice of Privacy Practices for Health Information. We will give you a copy at the time of first treatment and, if we change our notice, thereafter at the next treatment visit. By signing below, you acknowledge receipt of such as the patient, the patient's personal representative, the patient's authorized agent, or an individual involved in the patient's medical care.

Patient Name: _____ Medical Record # _____

Acknowledgment Signature: _____ Date: _____

Print Name: _____ Relationship to patient _____
(if signed by someone other than patient)

Conjunto Aviso de Prácticas para Información de Salud (NPP) Forma de Reconocimiento

Efectivo el 14 de abril, 2003, la ley requiere que Dignity Health de al paciente una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad para Información de Salud. Le daremos a usted una copia en la hora de su primer tratamiento y, si cambiamos nuestro aviso, de allí en adelante, en su próxima visita. Firmando más abajo, usted como paciente, representante personal del paciente, representante autorizado, o individuo involucrado en el cuidado médico del paciente, reconoce haberlo recibido.

Nombre del paciente: _____ # de Récord Médico _____

Firma de Recibo: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Relación al paciente: _____
(si ha sido firmado por alguien que no sea el paciente)

For Official Use

Signature of Employee: _____ Date: _____

Print Name: _____ Department: _____



Medicare Questionnaire

Our clinic uses this form to protect your privacy when asking Medicare Secondary Payer questions.

1. Are you receiving Black Lung (BL) benefits?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
2. Are the services paid by a government research program?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
3. Has the Department of Veterans Affairs (DVA) authorized and agreed to pay for your care at this facility?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
4. Was the illness / injury due to a work-related accident or condition?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
5. Was the illness / injury due to a non work-related accident?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
6. Are you entitled to Medicare based.... (Please check one)	<input type="radio"/> AGE	
	<input type="radio"/> AGE and End Stage Renal Disease (ESRD)*	
	<input type="radio"/> Disability*	
	<input type="radio"/> Disability and ESRD*	
	<input type="radio"/> ESRD *	
7. If YES to AGE, are you currently employed?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
8. If YES to AGE, is your spouse currently employed?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
9. If YES to DISABILITY, do you have group health based on you or your spouse's current employment?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
10. If YES to DISABILITY, are you covered under a group health plan of a family member other than your spouse?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO



Medicare Cuestionario

Nuestra clínica utiliza esta forma para proteger su privacidad cuando se hacen preguntas pagador secundario de Medicare.

1. ¿Está recibiendo beneficios Pulmón Negro (BL)?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
2. ¿Son los servicios pagados por un programa de investigación del gobierno?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
3. El Departamento de Asuntos de Veteranos (DVA) ha autorizado y acordó pagar por su atención en este establecimiento?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
4. Fue la enfermedad / lesión debido a un accidente o enfermedad relacionada con el trabajo?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
5. Fue la enfermedad / lesión debido a un accidente no relacionado con el trabajo?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
6. ¿Tiene derecho a Medicare basado en (Por favor marque uno)	<input type="radio"/> AGE	
	<input type="radio"/> AGE y enfermedad renal terminal (ESRD) *	
	<input type="radio"/> Discapacidad *	
	<input type="radio"/> Discapacidad y enfermedad renal terminal *	
	<input type="radio"/> ESRD *	
7. Si respondió afirmativamente a AGE, estás trabajando actualmente?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
8. En caso afirmativo a la edad, es su cónyuge trabaja actualmente?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
9. En caso afirmativo a la discapacidad, ¿tienes salud de grupo basado en que usted o el empleo actual de su cónyuge?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
10. En caso afirmativo a la discapacidad, estás cubierto por un plan de salud de grupo de un miembro de la familia que no sea su cónyuge?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO



Patient Demographics

Today's Date _____

Name _____ AKA _____
Last First Middle

DOB _____ Social Security _____ Sex Female Male

Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Home Phone () _____ Cell Phone () _____

Prof. Contact Method _____ Email _____

Primary Care Physician _____ Primary Language _____

Race African American/Black American Indian/Alaskan Native Asian Native Hawaiian/Pacific Island
 White Other Decline

Ethnicity Hispanic/Latino Not Hispanic or Latino Refuse to Report

Marital Status Single Married Divorced Widowed Separated

Emergency Contact

Name _____ Home Phone () _____

Relationship _____ Work Phone () _____

Emergency Contact

Name _____ Home Phone () _____

Relationship _____ Work Phone () _____

Employer/Student Status Fulltime Part-time Unemployed Retired Student Active Military

Employer _____ Work Phone () _____

Family and Friends Authorization Individuals staff can discuss appointment and balance information with.

Name _____ DOB _____

Name _____ DOB _____

Name _____ DOB _____

Responsibility for Care (for minors)

Parent Guardian's Name _____ DOB _____

Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Home Phone () _____ Cell Phone () _____

Datos demográficos del/ de la paciente

Fecha de hoy _____

Nombre _____ Alias _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento _____ N° de Seguro Social _____ Sexo: Femenino Masculino

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del domicilio () _____ Teléfono celular () _____

Método preferido de contacto _____ Correo electrónico _____

Médico de atención primaria _____ Idioma primario _____

Raza Afroamericano/a o negro/a Indio/a americano/a o nativo/a de Alaska Asiático/a
 Nativo/a de Hawái o isla del Pacífico Blanco/a Otro Prefiero no contestar

Etnicidad Hispano/a o latino/a Ni hispano/a ni latino/a Me rehúso a revelarla

Estado civil Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a

Persona para contactar en caso de emergencia

Nombre _____ Teléfono del domicilio () _____

Relación _____ Teléfono del trabajo () _____

Persona para contactar en caso de emergencia

Nombre _____ Teléfono del domicilio () _____

Relación _____ Teléfono del trabajo () _____

Empleador/ Estudiante Estatus Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado Jubilado
 Estudiante Militar Activo

Empleador _____ Teléfono del trabajo () _____

Autorización para familiares y amistades Podemos discutir la cita y la información de equilibrio con personas.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Responsabilidad de la atención del/ de la paciente (para menores de edad)

Padre/ Madre Nombre del/ de la tutor(a) _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del domicilio () _____ Teléfono celular () _____

Annual Patient Acknowledgement

Today's Date _____

Patient Name _____ **DOB** _____

Insurance Information Primary Coverage

Insurance Name _____ **Subscriber ID** _____

Subscriber's Name _____ **DOB** _____ **Relationship to Patient** _____

Insurance Information Secondary Coverage

Insurance Name _____ **Subscriber ID** _____

Subscriber's Name _____ **DOB** _____ **Relationship to Patient** _____

Advanced Healthcare Directive

Does patient have a current Advanced Healthcare Directive? Yes No

If no, was Advanced Healthcare Directive information offered to the patient? Yes No

Consent/Authorization

I hereby consent to and authorize all examinations including physical exams, x-ray, and laboratory procedures and obtaining medical histories from pharmaceutical databases that may be necessary in the judgment of the practitioner for diagnostic purposes. Some treatment or services may be provided through telemedicine. I authorize the release of medical or other information necessary to process my insurance claim.

Assignment of Insurance Benefits

The undersigned authorizes, whether he/she signs as agent or as patient, direct payment to Pacific Central Coast Health Centers (PHC) of any insurance benefits payable to, or on behalf of the patient. It is agreed that payment to PHC, pursuant to this authorization, by an insurance company shall discharge said insurance company of any and all obligations under a policy to the extent of such payment. It is understood by the undersigned that he/she is financially responsible for the charges not paid pursuant to this agreement.

Financial Policy

- Payment is due for all co-pays, co-insurance, deductibles and non-covered services on the date of service.
- It is your responsibility to know your benefits prior to your visit. Some services and procedures may not be covered by your insurance including preventive care. You are responsible for payment of all non-covered care.
- Amounts due at the time of service are estimates only. Your actual costs may differ.
- Eligibility and benefit confirmation is not a guarantee of payment by your insurance company.
- As a service we will bill all contracted insurance companies for you, however you are responsible for obtaining reimbursement for employer sponsored reimbursement plans.
- Even though you may be covered by medical insurance, you are responsible for the fee. Most insurance companies pay only a portion of the costs.
- For patients who cancel an appointment with less than 24 hours of prior notice or when a patient misses an appointment, a fee of \$25.00 may be charged to the patient. This fee is the patient's responsibility to pay, as it is not payable by insurance companies
- I authorize PHC, its assignees, and third party collection agents to utilize all contact information I have provided to communicate with me. This includes, but is not limited to, home telephone, cellular telephone, employment telephone, and email/text communications. I hereby grant permission and consent to PHC, its assignees, and third party collection agents to place calls to my home telephone, cellular telephone, and employment telephone; leave messages (whether voice or text); and utilize pre-recorded/artificial voice messages and/or automatic dialing devices in connection.

By the signature(s) below, I have read, understand, and agree to the Health Care Directive, Consent/Authorization, Assignment of Insurance Benefits and Financial Policy.

Patient Name (Please Print)

Parent/Guardian Name (Please Print)

Patient Signature

Date

Parent/Guardian Signature

Date



Confirmación anual del/ de la paciente

Fecha de hoy _____

Nombre del/ de la paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Información del seguro — Cobertura primaria

Nombre del seguro (o aseguranza) _____ N° de carnet del abonado _____

Nombre del/ de la abonado/a _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el/ la paciente _____

Información del seguro — Cobertura secundaria

Nombre del seguro (o aseguranza) _____ N° de carnet del abonado _____

Nombre del/ de la abonado/a _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el/ la paciente _____

Instrucciones por anticipado acerca de la atención médica

¿El/ la paciente tiene instrucciones por anticipado actuales acerca de la atención médica? Sí No

Si respondió que no, ¿se le ofreció información acerca de las instrucciones por anticipado acerca de la atención médica al/ a la paciente?

Sí No

Consentimiento o autorización

Por la presente acepto y autorizo todos los exámenes, incluyendo exámenes físicos, radiografías, y procedimientos de laboratorio y la obtención de historias clínicas de las bases de datos farmacéuticas que sean necesarios para propósitos diagnósticos según el criterio del profesional. Algunos tratamientos o servicios se pueden proveer a través de la telemedicina. Autorizo la divulgación de información médica u otra información necesaria para procesar mi reclamación del seguro.

Asignación de las prestaciones del seguro

El/ la que suscribe autoriza, sea al firmar como representante o como paciente, el pago directo a Pacific Central Coast Health Centers (PHC; Centros de Salud de la Costa Pacífica Central, en español) de cualquier prestación del seguro, pagadero al/ a la paciente o de parte de éste/a. Se dispone que el pago que le haga una compañía aseguradora a PHC, en virtud de esta autorización, eximirá a dicha compañía aseguradora de cualquier obligación bajo una póliza dentro del alcance de tal pago. El/ la que suscribe tiene entendido que él o ella tiene la responsabilidad financiera de los cargos que no se paguen en virtud de este acuerdo.

Normas financieras

- Se deben pagar en la fecha del servicio, todos los copagos, el coseguro, los deducibles y los servicios que no estén cubiertos.
- Usted tiene la responsabilidad de estar al tanto de sus prestaciones antes de la consulta. Es posible que algunos servicios y procedimientos no estén cubiertos por su seguro, incluyendo la atención preventiva. Usted es responsable de pagar toda la atención que no tenga cobertura.
- Las cantidades pagaderas en el momento del servicio son solamente aproximadas. Es posible que sus costos reales sean diferentes.
- Los requisitos y la confirmación de una prestación no constituyen una garantía de pago por parte de su compañía aseguradora.
- Como un servicio, facturaremos por usted a todas las compañías aseguradoras contratadas; sin embargo, usted es responsable de obtener los reembolsos de los planes de reembolso patrocinados por el empleador.
- Aunque puede ser que usted esté cubierto/a por un seguro médico, usted es responsable del cargo. La mayoría de las compañías aseguradoras pagan solamente una porción de los costos.
- Para aquellos/as pacientes que cancelen una cita con menos de 24 horas de anticipación o cuando a un(a) paciente se le pase una cita, puede que se le haga un cargo de \$25.00 al/ a la paciente. El/ la paciente es responsable de pagar este cargo, ya que no lo pagan las compañías de seguros.
- Autorizo a PHC, sus cesionarios y agentes de cobranza que sean terceras partes, para utilizar toda la información de contacto que he proporcionado para comunicarse conmigo. Esto incluye, entre otros, el teléfono de mi domicilio, mi teléfono celular, el teléfono de mi empleo y las comunicaciones por correo electrónico y texto. Por la presente le otorgo mi permiso y consentimiento a PHC, sus cesionarios y agentes de cobranza que sean terceras partes, para hacer llamadas al teléfono de mi casa, a mi teléfono celular y al teléfono de mi empleo; para dejar mensajes (ya sea de voz o texto); y en relación con lo mismo, para utilizar mensajes grabados de antemano y con voz artificial y/o dispositivos de marcación automática.

Al firmar a continuación, indico que he leído, entiendo y acepto *las Instrucciones por anticipado acerca de la atención médica*, el *Consentimiento o autorización*, la *Asignación de las prestaciones del seguro*, y las *Normas financieras*.

Nombre del/ de la paciente (en letras de molde o imprenta)

Nombre del padre/ de la madre o tutor(a) (en letras de molde o imprenta)

Firma del/ de la paciente

Fecha

Firma del padre/ de la madre o tutor(a)

Fecha

MEDICAL HISTORY - BREAST SURGEON

1325 East Church Street, Suite 202, Santa Maria, CA 93454

PH (805) 346-3456

Fax (805) 346-3454

DATE: _____

NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____

Medical Reason for visit _____

Are you allergic to any medications?

YES

NO

If yes, please list with reactions such as rash, swelling, hives, shortness of breath, ect

Name of your current Pharmacy _____

Phone Number _____

Primary Care Doctor _____

Phone Number _____

Specialists Seen _____

PAST MEDICAL HISTORY

Did you have any unusual or serious childhood illnesses? If so, please list them:

Have you had any serious accidents that resulted in residual current problems? Such as falls, car accident, work related injuries, sports injuries, ect.

Have you ever received a blood transfusion and if yes, when and for what reason?

MEDICATION HISTORY

List all medications and vitamins that you are currently taking on a regular basis with the dose and frequency that you take. For example: aspirin 81 mg once a day

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

FAMILY HISTORY

Do you or any one in your family have the following medical diseases?

You	Family	You	Family
_____ High Blood Pressure	_____	_____ Tuberculosis	_____
_____ Stroke	_____	_____ Emphysema	_____
_____ Heart Attack	_____	_____ Breast Cancer	_____
_____ Hepatitis	_____	_____ Kidney Disease	_____
_____ Mitral Valve Prolapse	_____	_____ Peptic Ulcer	_____
_____ Diabetes Type 1 or Type 2	_____	_____ Pneumonia	_____
_____ Bleeding Problems	_____	_____ Problems with Anesthesia	_____
_____ Clotting Problems	_____	_____ Cancer	_____
_____ Heart Disease	_____		

Mother _____ Alive	_____ Age	_____ Died	_____ Age
Father _____ Alive	_____ Age	_____ Died	_____ Age

SOCIAL HISTORY

_____ Married	_____ Single	_____ Widowed	_____ Divorced
_____ live alone	_____ live with family	_____ live with companion	

Do you have a "Living Will"?	YES	NO	
Do you have an "Advance Directive"?	YES	NO	
Did you ever smoke or do you still smoke?	YES	NO	_____ packs per day for _____ years
Do you drink alcohol?	YES	NO	_____ drinks per day/week
Do you exercise regularly?	YES	NO	_____ form of exercise

PAST SURGICAL HISTORY

Please list all previous surgeries and either the year they were done or your age at which they were done.
(Please include cosmetic surgery)

REVIEW OF SYMPTOMS: Mark all that apply

GENERAL

- Recent Weight loss/gain
- Headaches
- sinus problems
- nose bleeds

EYES

- Glasses
- contacts
- prior cataract surgery
- macular degeneration
- vision problems

MOUTH

- false upper
- false lower
- bridges

NECK

- swelling
- pain

GI

- appetite
- swallowing
- nausea
- heartburn
- diarrhea
- constipation

LUNG

- wheezing
- shortness of breath
- cough
- sputum production

CARDIOVASCULAR

- chest pain
- ankle swelling
- leg cramps
- pacemaker
- palpitations
- varicose veins
- defibrillator

BREAST

- pain
- tenderness
- discharge
- lump
- redness

URINARY

- burning
- urgency
- blood in urine
- pain
- incontinence
- dribbling

MUSCULOSKELETAL

- arthritis
- weakness
- back ache
- neck ache

NEUROLOGICAL

- seizures
- tremors
- neuropathy

SKIN

- rash
- itching
- infection
- dryness

PSYCHIATRIC

- depression
- anxiety
- psychiatric disorder

HEMATOLOGIC

- bleeding
- clotting
- anticoagulant therapy

When was your last:

_____ Chest X-Ray

_____ Colonoscopy

Age you had your first menses (started your period)

How many times have you been pregnant?

How old were you when you had your first child?

How many children have you delivered?

How many abortions/miscarriages have you had?

Did you breast feed your children?

If yes, for how long?

Have you ever been on birth control pills and for how long?

Have you in the past or are you now taking Estrogen or Progesterone?

If yes, for how long?

Have you had previous breast biopsies?

If yes, which breast, when and what was the result?

Does anyone in your family have a history of breast cancer?

If yes, who, what age, and was it your mother's or father's side?

Does anyone in your family have ovarian cancer?

If yes, who, what age, and was it your mother's or father's side?

Do any of the males in your family have breast cancer?

If yes, what age were they diagnosed?

Did any of the relatives with the breast cancer or ovarian cancer die of their disease?

If yes, at what age?

Do you have any Jewish descent in you or any of your family members?
