

Patient Demographics

Today's Date _____

Name _____ AKA _____
Last First Middle

DOB _____ Social Security _____ Sex Female Male

Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Home Phone () _____ Cell Phone () _____

Pref. 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. 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. 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



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: _____



NPP

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Completion of this document authorizes the disclosure and/or use of health information about you. Failure to provide **all** information requested may invalidate this authorization.

USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION:

Name of Patient: _____ Date of Birth: _____

Other Names Used: _____ Telephone Number: _____

Medical Record or Account#: _____
(Hospital use only)

I AUTHORIZE: _____
(Facility or other provider)

TO DISCLOSE TO: _____
(Persons/organizations authorized to **receive** the information)

at the following address: _____
(Street, city, state and zip code)

the following information contained in the records specified below (check box and initial applicable lines below):

_____ Mental health or developmental disability treatment records (excludes “psychotherapy notes”).

_____ Substance abused treatment records.

_____ HIV test results (This authorizes disclosure of laboratory test results only.).

Note that your records may include information concerning your HIV status even if you do not initial this line.)

- THE FOLLOWING RECORDS**, specific types of health information, or records for the date(s) of treatment as specified [check applicable box(es)]:
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Billing Record | <input type="radio"/> Emergency Room Reports | <input type="radio"/> Procedure Report |
| <input type="radio"/> Consultation Reports | <input type="radio"/> History and Physical | <input type="radio"/> Progress Notes |
| <input type="radio"/> Discharge Summary | <input type="radio"/> Laboratory Tests | <input type="radio"/> X-ray Reports |
| <input type="radio"/> Date(s): _____ | | |
| <input type="radio"/> Other: _____ | | |

- ALL RECORDS** regarding my treatment, hospitalization, and outpatient care. A separate authorization is required for the use or disclosure of psychotherapy notes or research health information.



Bariatric Patient Health History

Patient name _____ DOB ____/____/____ Age ____

Primary Care Physician _____

Address _____

Phone _____ Fax _____

Please list any MEDICAL HISTORY:

Problem	Year of Diagnosis	Management/Special Care
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Have you ever had a problem with easy bleeding or blood clots (DVT or PE)? Yes No

Please list any SURGERY procedures:

Procedure	Year	Comments
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Have you had any problems with Anesthetics or Surgery? Yes No

Please list any MEDICATIONS you are taking:

Name of Drug	Dosage	Doses Per Day
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Please list any medications you are ALLERGIC to:

Name of Drug	Reaction
_____	_____
_____	_____

Please list any HOSPITALIZATIONS not already listed above:

Date	Reason
_____	_____
_____	_____

Family History

Father Age____ Living____ Deceased____ Cause of death_____

Mother Age____ Living____ Deceased____ Cause of death_____

Children

Number of children____ Ages_____

Any health problems in your children? Yes No

If so, please explain_____

Siblings

Brothers and sisters (list ages and significant medial problems)

Have any family members ever had?

Cardiac Disease/ Heart Attacks Yes No Anesthetic Complications Yes No

Lung Disease Yes No Other Disease Yes No

Cancer Yes No Thyroid Disorders Yes No

Diabetes Yes No Stroke Yes No

High Blood Pressure Yes No Bleeding Disorders Yes No

If so, please state whom and at what age_____

Social History

Single____ Married____ Widowed____ Divorced____

Occupation_____

Habits

Tobacco

Do you smoke? Yes No Cigarettes per day_____ How many years?_____

When did you stop smoking?_____

Alcohol

Do you drink alcohol? Yes No Drinks per day?_____

Other Substances

Do you use or have you ever used any recreational drugs (marijuana, methamphetamine, etc)? Yes No

Please explain_____

Review of Systems (common medical problems)

Does your weight cause any of the following complications:

High Blood Pressure Yes No Date diagnosed ___/___/___

How do you control your high blood pressure? ___ Diet ___ Oral medications ___ Exercise ___ Nothing

What is the highest blood pressure that you can recall? _____

Obstructive Sleep Apnea

Do you snore? Yes No

Do you wake from sleep often? Yes No

Do you feel rested when you wake up in the morning? Yes No

Does your spouse or significant other notice that you seem to have trouble breathing when you lie down?

Yes No

Heartburn

When and how often does it occur? _____

How many years? _____

Does it awaken you at night? Yes No How often? _____

Do you ever awakened coughing and choking with regurgitations? Yes No

Do you ever regurgitate solid food? Yes No

Have you ever had an upper GI study or endoscopy? Yes No When? _____

Cholesterol and Lipids

Have you ever been told that your cholesterol or triglycerides were too high?

High cholesterol? Yes No How high? _____ What is it now? _____

High triglycerides? Yes No How high? _____ What is it now? _____

How are/were these conditions treated? Diet _____ Medications _____ Not treated _____

Do you have **diabetes**? Yes No

Are you **depressed**? Yes No

Do you have **arthritis**? Yes No

Bariatric History

Are your parents or siblings overweight? Mother ___ Father ___ Sisters ___ Brothers ___
 Of those are any morbidly obese, which ones? _____

When did your obesity start? In childhood ___ In puberty ___ As an adult ___ After pregnancy ___
 After a traumatic event ___ Other ___

Were you overweight as a teenager? Yes No If so, by how many pounds? ___

My weight as an adult has ranged between ___ pounds and ___ pounds.

I maintained this weight for ___ years or ___ months.

My current weight is ___ pounds.

My realistic goal weight is ___ pounds.

I felt best at a weight of ___ pounds when I was ___ years of age.

Eating Patterns (please check all applicable):

Portions Large ___ Medium ___ Small ___
 Type Normal ___ Healthy ___ Fast Food ___ Junk Food ___
 Taste Preference Sweet ___ Salty ___ Comfort Foods ___ Other ___
 Number of meals per day ___ Number of snacks per day ___
 I eat extra calories due to Stress ___ Boredom ___ Sweets craving ___ Snacking ___
 Closet eating ___ Binging ___

I have participated in the following weight loss programs/ diets/ medications:

___ Conventional dieting (limiting calorie intake) ___ Medifast ___ Meridia ___ Redux
 ___ Phen-fen ___ Schick Center ___ Nutra-System ___ Weight Watchers
 ___ Jenny Craig ___ Slim Fast ___ Diet Center ___ Metabolife
 ___ Optifast ___ Atkins Diet ___ Lindora ___ Diet Pills
 ___ Cambridge ___ Sansum Wellness ___ Xenical ___ Jaw Wiring
 ___ Hypnosis ___ Acupuncture ___ Protein Diet
 ___ Medically Supervised Weight Loss Clinics ___ Overeater's Anonymous
 ___ Other _____

What have you tried for weight loss in the past five years? (i.e. Weight Watchers, Atkins diet, pills, etc.)

Weight Loss Method	Pounds Lost (approximate)	Month/Year (approximate)