

# Patient Information Form/*Formulario de información del paciente*

First Name/*Nombre* \_\_\_\_\_

Last Name/*Apellido* \_\_\_\_\_

Sex/*Sexo*  Male/*Masculino*  Female/*Femenino*

Marital Status/*Estado civil* \_\_\_\_\_

Address/*Dirección* \_\_\_\_\_

City/*Ciudad* \_\_\_\_\_ State/*Estado* \_\_\_\_\_

Zip/*Código postal* \_\_\_\_\_

Home Phone/*Teléfono residencial* \_\_\_\_\_

Cell Phone/*Teléfono celular* \_\_\_\_\_

Email Address/*Correo electrónico* \_\_\_\_\_

Date of Birth/*Fecha de nacimiento* \_\_\_\_\_ Age/*Edad* \_\_\_\_\_

Social Security #/*Número de seguro social* \_\_\_\_\_

Employer/*Empleador* \_\_\_\_\_

Occupation/*Ocupación* \_\_\_\_\_

Work Phone/*Teléfono del trabajo* \_\_\_\_\_

If Student, Name of School/*Si es estudiante, nombre de la escuela* \_\_\_\_\_

Language(s) Spoken/*Idiomas que habla* \_\_\_\_\_

Race/*Raza*  White/*Blanco*  Black/*Afroamericano*

Asian/*Asiático*  Hispanic/*Hispano*

Native Hawaiian/*Nativo de Hawái*

Pacific Islander/*Isleño del Pacífico*  Native American or Alaskan Native/*Nativo americano o nativo de Alaska*

Decline to Answer/*Se niega a responder*

Other/*Otra opción* \_\_\_\_\_

## Spouse or Responsible Party

### *Cónyuge o persona responsable*

Name/*Nombre* \_\_\_\_\_

Address/*Dirección* \_\_\_\_\_

City/*Ciudad* \_\_\_\_\_ State/*Estado* \_\_\_\_\_

Zip/*Código postal* \_\_\_\_\_

Home Phone/*Teléfono residencial* \_\_\_\_\_

Cell Phone/*Teléfono celular* \_\_\_\_\_

Date of Birth/*Fecha de nacimiento* \_\_\_\_\_ Age/*Edad* \_\_\_\_\_

Social Security #/*Número de seguro social* \_\_\_\_\_

Employer/*Empleador* \_\_\_\_\_

Work Phone/*Teléfono del trabajo* \_\_\_\_\_

## Person to Contact in Case of Emergency

### *Persona de contacto en caso de emergencia*

Permission to discuss my treatment, diagnostic tests and medical condition/*Permiso para analizar mi tratamiento, pruebas de diagnóstico y afección médica*

Yes/*Sí*  No/*No*

Name/*Nombre* \_\_\_\_\_

Address/*Dirección* \_\_\_\_\_

City/*Ciudad* \_\_\_\_\_ State/*Estado* \_\_\_\_\_

Zip/*Código postal* \_\_\_\_\_

Phone/*Teléfono* \_\_\_\_\_

Relationship to Patient/*Relación con el paciente:* \_\_\_\_\_

**Please bring your insurance card(s) and your prescription card with you to present to the receptionist when you arrive for your appointment.**

**Prescription Drugs:** To better meet our patients' needs we can dispense some of the prescriptions as prescribed by our physician(s) here on our campus. We will bill your pharmacy insurance and charge the applicable co-pay. Please understand that you are not obligated to have prescriptions filled here and that you have the option of receiving your medications from the pharmacy of your choice. We would be happy to facilitate this for you.

**Notice to Consumers:** Medical doctors are licensed and regulated by the Medical Board of California. (800) 633-2322 or [www.mbc.ca.gov](http://www.mbc.ca.gov)

*Lleve sus tarjetas de seguro y su tarjeta de medicamentos con receta para presentársela al recepcionista cuando llegue a su cita.*

*Medicamentos con receta: para satisfacer mejor las necesidades de nuestros pacientes, podemos dispensar, aquí en nuestro campus, algunos medicamentos con receta según las prescripciones de nuestros médicos. Le facturaremos a su seguro de farmacia y le cobraremos el copago correspondiente. Comprenda que no tiene la obligación de surtir medicamentos con receta aquí y que tiene la opción de recibirlos en la farmacia de su elección. Estaremos encantados de facilitarles esto.*

*Aviso para los consumidores: los médicos están autorizados y regulados por la Junta Médica de California. (800) 633-2322 o [www.mbc.ca.gov](http://www.mbc.ca.gov)*

Date/*Fecha* \_\_\_\_\_

Patient or Guardian Signature/*Firma del paciente o tutor* \_\_\_\_\_

Guardian Name/*Nombre del tutor* \_\_\_\_\_

Relationship to Patient/*Relación con el paciente:* \_\_\_\_\_

**CBCC** COMPREHENSIVE  
BLOOD & CANCER CENTER  
*Outsmarting Cancer™*

(661) 322-2206 main | (661) 322-7027 fax | 6501 Truxtun Avenue, Bakersfield, CA 93309 | [www.cbccusa.com](http://www.cbccusa.com)

A Jonsson Comprehensive Cancer Center TRIO-US Site

# Request for Release of Medical Records & Pathology Material

## Solicitud de divulgación de registros médicos y material patológico

**URGENT/URGENTE**

Physician/Hospital Name/*Nombre del médico/hospital*

\_\_\_\_\_

Address/*Dirección* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dates of Hospitalization/*Fechas de la hospitalización*

\_\_\_\_\_ thru/*hasta* \_\_\_\_\_

I hereby request any and all of the following medical records in your possession. *Por el presente, solicito todos y cada uno de los siguientes registros médicos en su poder.*

- Imaging Reports/*Informes de diagnósticos por imagen*
- Laboratory & Pathology Results/*Resultados patológicos y de laboratorio*
- Pathology Material/*Material patológico*
- Physicians Office Records/*Registros de los consultorios médicos*
- Hospital Records/*Registros del hospital*
- HIV Test Results/*Resultados de pruebas de VIH*
- Mental Health Records Protected by Lanterman-Petris –Short Act/*Registros de salud mental protegidos por la Ley Lanterman-Petris –Short*
- Other/*Otros* \_\_\_\_\_

To be released and faxed to:

*Divulgar y enviar por fax a:*

Comprehensive Blood & Cancer Center  
6501 Truxtun Avenue  
Bakersfield, CA 93309  
Fax/*Envíe un fax al:* **(661) 322-7027**

Date/*Fecha* \_\_\_\_\_

Patient Name/*Nombre del paciente* \_\_\_\_\_

Date of Birth/*Fecha de nacimiento* \_\_\_\_\_

Patient or Guardian Signature/*Firma del paciente o tutor*

\_\_\_\_\_

Guardian Name/*Nombre del tutor* \_\_\_\_\_

Relationship to Patient/*Relación con el paciente* \_\_\_\_\_

The authorization is effective now and will remain in effect until one year from date signed. *La autorización entra en vigencia ahora y se mantendrá vigente hasta un año después de la fecha de su firma.*

If not signed by patient, please indicate the relationship/  
*Si no tiene la firma del paciente, indique la relación*

- Parent or guardian of a minor patient/*Padre/madre o tutor de un paciente menor de edad*
- Guardian or conservator of an incompetent patient/*Tutor o custodio de un paciente incapacitado*
- Beneficiary or personal representative of a deceased patient/*Beneficiario o representante personal de un paciente fallecido*
- Spouse or person financially responsible –where information is solely for the purpose of processing an application for dependent health care coverage/*Cónyuge o persona financieramente responsable: cuando la información tiene el único propósito de procesar una solicitud de cobertura de atención médica para los dependientes*

For mental health records only.

*Solo para registros de salud mental.*

Physician Signature/*Firma del médico* \_\_\_\_\_

Date/*Fecha* \_\_\_\_\_

**CBCC** COMPREHENSIVE  
BLOOD & CANCER CENTER  
*Outsmarting Cancer™*

(661) 322-2206 main | (661) 322-7027 fax | 6501 Truxtun Avenue, Bakersfield, CA 93309 | www.cbccusa.com

A Jonsson Comprehensive Cancer Center TRIO-US Site

# Divulgación de información de salud del paciente

\_\_\_\_\_  
(Inicial) Autorizo a los médicos y al personal del CBCC a analizar mi tratamiento, pruebas de diagnóstico y afección médica con las siguientes personas:

\_\_\_\_\_  
(Inicial) Autorizo a los médicos y al personal del CBCC a analizar mis registros de salud mental protegidos por la Ley Lanterman-Petris -Short con las siguientes personas:

## Divulgar información a:

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

Relación. \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## Divulgar información a:

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

Relación. \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## Divulgar información a:

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

Relación. \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## Divulgar información a:

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

Relación. \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

*Comprendo que, si deseo agregar o eliminar personas de esta lista, debo notificar al CBCC por escrito.*

Autorizo al CBCC a informar los resultados de las pruebas a través de mi correo de voz:

Sí  No

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Autorizo al CBCC a enviarme los resultados de las pruebas por fax:

Sí  No

Número de fax: \_\_\_\_\_

*Comprendo que, si mi número de teléfono o fax cambia con respecto al que figura en esta lista, debo notificar al CBCC por escrito.*

**Este es un formulario de consentimiento indefinido a menos que se especifique lo contrario.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

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

Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**CBCC** COMPREHENSIVE  
BLOOD & CANCER CENTER  
*Outsmarting Cancer™*

(661) 322-2206 main | (661) 322-7027 fax | 6501 Truxtun Avenue, Bakersfield, CA 93309 | www.cbccusa.com

A Jonsson Comprehensive Cancer Center TRIO-US Site