

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* _____

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

Nativo/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* _____

Preferred Method of Contact

Método de contacto preferido

Phone/*Teléfono* Text/*Texto* Email/*Correo electrónico*

By agreeing to receive text messages from CBCC, you acknowledge that standard text messaging rates from your wireless carrier may apply. / *Al aceptar recibir mensajes de texto de CBCC, reconoce que se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes de texto de su proveedor de servicios móviles.*

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*

Name/*Nombre* _____

Address/*Dirección* _____

City/*Ciudad* _____ State/*Estado* _____

Zip/*Código postal* _____

Phone/*Teléfono* _____

Relationship to Patient/*Relación con el paciente:* _____

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

Date/*Fecha* _____

Patient or Responsible Party Signature/*Firma del paciente o parte responsable* _____

Responsible Party Name/*Nombre de la parte responsable* _____

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

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 Responsible Party Signature/*Firma del paciente o parte responsable* _____

Responsible Party Name/*Nombre de la parte responsable* _____

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

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

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

_____ No divulgue información médica.
(Inicial)

Divulgar información a:

Nombre: _____

Relación. _____

Teléfono: _____

Divulgar información a:

Nombre: _____

Relación. _____

Teléfono: _____

Divulgar información a:

Nombre: _____

Relación. _____

Teléfono: _____

Divulgar información a:

Nombre: _____

Relación. _____

Teléfono: _____

Divulgar información a:

Nombre: _____

Relación. _____

Teléfono: _____

Divulgar información a:

Nombre: _____

Relación. _____

Teléfono: _____

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

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

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente o parte responsable: _____

Nombre de la parte responsable: _____

Relación con el paciente: _____

Política de asistencia

Información de registro y política de retrasos

CBCC se esfuerza por hacer que la visita de todos sea cómoda y oportuna, al mismo tiempo que ofrece la mejor calidad de atención. En un esfuerzo por respetar el horario de todos y maximizar el tiempo que nuestros pacientes pasan con su proveedor/equipo de atención médica durante sus visitas, nuestra política de asistencia es la siguiente:

1. Por favor llegue 15 minutos antes de su primera cita programada para permitir suficiente tiempo para registrarse.
Pacientes nuevos: CBCC requiere que todos los pacientes primerizos lleguen al menos 30 minutos antes de la hora de su primera cita para garantizar que tengamos todos los trámites y documentos necesarios archivados durante su cita como paciente nuevo.
2. **Es posible que los pacientes que lleguen tarde (menos de 15 minutos ANTES de la hora de la cita programada) deban reprogramar su cita.** Los pacientes con tres tardanzas y/o citas perdidas pueden resultar en un alta completa de la clínica.
3. Entendemos que pueden ocurrir cosas en la vida. Requerimos que todas las citas sean confirmadas, canceladas o reprogramadas al menos 24 horas hábiles antes de su cita.
4. Ocasionalmente, los pacientes requieren atención inmediata e inesperada durante todo el tratamiento. En tales situaciones, llámenos al **(661) 322-2206** antes de venir a la clínica en un esfuerzo por acelerar la programación de su visita y limitar el tiempo de espera lo mejor que podamos. **CBCC no ofrece citas sin cita previa.**
5. **Visitantes:** El espacio en CBCC es limitado. Por favor lleve solo 1 (un) visitante a su cita.
Aviso de exposición a la radiación: Por razones de seguridad, CBCC prohíbe las visitas a mujeres embarazadas y/o niños menores de 16 años.

Esperamos poder servirle y hacer que su visita sea placentera.

Su firma a continuación indica que ha leído y acepta la Política de asistencia de CBCC.

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente o parte responsable: _____

Nombre de la parte responsable: _____

Relación con el paciente: _____

Código de conducta

El CBCC se compromete a garantizar un entorno seguro y respetuoso para todos: pacientes, visitantes, médicos, proveedores, equipos de atención médica y empleados.

Esperamos que todas las personas demuestren comportamientos civilizados y respetuosos en nuestros centros.

Lo siguiente está totalmente prohibido:

- Lenguaje abusivo que incluye amenazas y difamaciones
- Acoso sexual
- Agresión física
- Armas

Para preservar un entorno seguro y respetuoso para todos, nos reservamos el derecho a tomar las medidas adecuadas para abordar el comportamiento abusivo, perturbador, inapropiado o agresivo.

Su firma a continuación indica que ha leído y está de acuerdo con el Código de conducta del CBCC.

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente o parte responsable: _____

Nombre de la parte responsable: _____

Relación con el paciente: _____