



PATIENT REGISTRATION FORM (eCW)
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE (eCW)

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Please print) / (En letra de imprenta)

Patient's Name: (Last)/Nombre del paciente: (Apellido) (First)/(Primer nombre) (MI)/(Inicial del segundo nombre)

Preferred Full Name (if different from above) / Nombre completo preferido (si es diferente del anterior):

Address/Dirección:

City, State, Zip/Ciudad, estado, código postal:

Home Phone Number (landline) / Número de teléfono particular (línea fija): Cell / Teléfono celular:

Work / Teléfono laboral:

E-Mail Address / Dirección de correo electrónico: Date of Birth / Fecha de nacimiento:

Gender Identity / Identidad de género: Female / Femenino, Male / Masculino, Transgender Female to Male / Mujer transgénero a hombre, Transgender Male to Female / Hombre transgénero a mujer, Genderqueer / Género no binario (Genderqueer), Choose not to disclose / Elige no especificar, Additional Gender category not listed / Categoría de género adicional no incluida en la lista

Race / Raza: American Indian/Alaska Native/Indoamericano/Nativo de Alaska, Asian/Asiático, Native Hawaiian/Pacific Islander/Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico, Black/African American/Negro/Afroamericano, White/Blanco, Hispanic/Hispano, Other/Otro, Declined/NC

Ethnicity/Grupo étnico: Hispanic or Latino Hispano o latino, Not Hispanic or Latino/No hispano o latino, Declined/NC

Preferred language / Idioma preferido: English / Inglés, Spanish / Español, ASL / Lenguaje de señas, Japanese / Japonés, Mandarin / Mandarín, Korean / Coreano, French / Francés, Indian: Hindi, Tamil, Gujarati etc. / Indio: Hindi, Tamil, Gujarati, etc., Swahili / Swahili, Russian / Ruso, Arabic / Árabe, Vietnamese / Vietnamita, Haitian Creole / Criollo haitiano, Bosnian/Croatian/Serbian/Serbo-Croatian / Bosnio/Croata/Serbio/Serbocroata, Albanian / Albanés, Burmese / Birmano, Tagalog / Tagalo, Farsi-Iranian/Persian / Farsi-Irani/Persa, Portuguese / Portugués, Cambodian / Camboyano, Other not listed / Otros que no figuran en la lista

Social Security Number/Número de Seguro Social:

RESPONSIBLE PARTY INFORMATION (If not self) (Information used for patient balance statements)
INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (si no es el paciente) (Información utilizada para los estados de cuenta del paciente)

Responsible party/Parte responsable: Another patient/Otro paciente, Guarantor /Garante, Self/El paciente mismo

Check here if address and telephone information is same as patient/Marque aquí si la información de dirección y teléfono es la misma que la del paciente.

Responsible party name: (Last)/Nombre de la parte responsable: (Apellido) (First)/(Primer nombre) (MI)/(Inicial del segundo nombre)

Date of birth/Fecha de nacimiento: MM/DD/DD/MM/YYYY/AAAA Sex/Sexo: Female/Femenino, Male/Masculino

Social Security Number Número de Seguro Social: Phone number/Número de teléfono:

Address/Dirección:

City, State/Ciudad, estado: ZIP/CÓDIGO POSTAL:

INSURANCE INFORMATION: Provide your insurance card(s) (primary, secondary, etc.) to the front desk at check-in.

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO: presente su(s) tarjeta(s) de seguro (primario, secundario, etc.) en la recepción al ingresar.

EMERGENCY CONTACT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Emergency contact name (Last)/Nombre del contacto de emergencia: (Apellido) (First)/(Primer nombre)

Phone number/Número de teléfono: Do you have a living will?/¿Tiene un testamento en vida? Yes/Sí, No/No

Emergency contact relationship to patient/Relación del contacto de emergencia con el paciente: Guardian/Tutor

Address/Dirección:

City, State/Ciudad, Estado: ZIP/CÓDIGO POSTAL:

Home phone/Teléfono particular: Work phone/Teléfono laboral: Ext/Ext.



GENERAL CONSENT FOR CARE AND TREATMENT CONSENT / CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

TO THE PATIENT: You have the right, as a patient, to be informed about your condition and the recommended surgical, medical or diagnostic procedure to be used so that you may make the decision whether or not to undergo any suggested treatment or procedure after knowing the risks and hazards involved. At this point in your care, no specific treatment plan has been recommended. This consent form is simply an effort to obtain your permission to perform the evaluation necessary to identify the appropriate treatment and/or procedure for any identified condition(s).

AL PACIENTE: usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y la cirugía recomendada, el procedimiento médico o de diagnóstico que se va a utilizar de modo que pueda tomar una decisión sobre si someterse o no a un tratamiento o procedimiento después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este punto de su atención, no se ha recomendado ningún plan específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo por obtener su permiso a fin de realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento o el procedimiento adecuado para cualquier condición identificada.

This consent provides us with your permission to perform reasonable and necessary medical examinations, testing and treatment. By signing below, you are indicating that (1) you intend that this consent is continuing in nature even after a specific diagnosis has been made and treatment recommended; and (2) you consent to treatment at this office or any other satellite office under common ownership. The consent will remain fully effective until it is revoked in writing. You have the right at any time to discontinue services.

Este consentimiento nos otorga su permiso para realizar los exámenes médicos, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) es su intención que este consentimiento continúe vigente, incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento y (2) su consentimiento al tratamiento en este consultorio o en cualquier otro consultorio satélite de propiedad común. El consentimiento continuará plenamente vigente hasta que sea revocado por escrito. Tiene el derecho a descontinuar los servicios en cualquier momento.

You have the right to discuss the treatment plan with your physician about the purpose, potential risks and benefits of any test ordered for you. If you have any concerns regarding any test or treatment recommend by your health care provider, we encourage you to ask questions. I voluntarily request a physician, and/or mid-level provider (nurse practitioner, physician assistant, or clinical nurse specialist), and other health care providers or the designees as deemed necessary, to perform reasonable and necessary medical examination, testing and treatment for the condition which has brought me to seek care at this practice. I understand that if additional testing, invasive or interventional procedures are recommended, I will be asked to read and sign additional consent forms prior to the test(s) or procedure(s).

Tiene el derecho a analizar el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que sea ordenada para usted. Si tiene alguna inquietud sobre cualquier prueba o tratamiento que haya ordenado su proveedor de atención médica, le recomendamos hacer preguntas. Voluntariamente solicito a un médico o proveedor de nivel medio (enfermera practicante, asistente del médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas, según sea necesario, que realicen el examen médico, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios para la condición por la que busqué atención médica en este consultorio. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de realizar las pruebas o los procedimientos.

I certify that I have read and fully understand the above statements and consent fully and voluntarily to its contents.
Certifico que leí y entiendo plenamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento pleno y voluntario a su contenido.

Signature of patient or personal representative/Firma del paciente o representante personal: _____ Date/Fecha: _____

Printed name of patient or personal representative/Firma del paciente o representante personal en letra de imprenta: _____

Relationship to patient/Relación con el paciente: _____



Health History / Antecedentes de salud

Name/ Nombre: _____ Date of birth/ Fecha de nacimiento: _____ Height/ Estatura: _____ Weight/ Peso: _____

Reason for visit today/ Motivo de la visita de hoy: _____

Do you smoke?/¿Fuma? Yes/Sí No/No If yes, how many packs per day?/ En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por día? _____

Have you ever smoked?/ ¿Alguna vez fumó? Yes/Sí No/No If yes, when did you quit?/ En caso afirmativo, ¿cuándo dejó de fumar? _____

Do you use alcohol?/ ¿Consume bebidas alcohólicas? Yes/Sí No/No If yes, how many drinks per week?/ En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas por semana? _____

Do you or have you used the following in the last three months?/ ¿Consume o ha consumido lo siguiente en los últimos tres meses?

Marijuana/Marihuana Cocaine/Cocaína Heroin/Heroína Crack/Crack Methamphetamine/Metanfetamina

Are you allergic to any medications? Yes or No (If yes, please list.) / ¿Es alérgico a los medicamentos? Sí o no (En caso afirmativo, enumere)

Current Medications Medicamentos actuales	Dosage Dosis

Previous Surgery Cirugía anterior	Date Fecha

Have you ever had any of the following? Circle all that apply: Asthma Stomach Problems Bladder problems Jaundice-Liver Gout Alcoholism Kidney Disease Prostate Skin Disease Joint Disease Stroke Epilepsy-Seizures Depression-Anxiety Thyroid Blood Clot High Blood Pressure Tuberculosis Diabetes Cancer Lung Disease Heart Disease Psychiatric Disorder

¿Alguna vez ha padecido alguna de las siguientes afecciones? Rodee con un círculo todo lo que corresponda: Asma Problemas estomacales Problemas de vejiga Ictericia Enfermedad del hígado Gota Alcoholismo Enfermedad renal Enfermedad de la próstata Enfermedad de la piel Enfermedad de las articulaciones Accidente cerebrovascular Ataques de epilepsia Depresión Ansiedad Problemas de tiroides Coágulos sanguíneos Presión arterial alta Tuberculosis Diabetes Cáncer Enfermedad pulmonar Enfermedad cardíaca Trastorno psiquiátrico

Do any of these conditions run in your family? Circle all that apply: Alcoholism Addiction Joint Disease Stroke Blood Clots Diabetes Psychiatric Disorder Heart Disease

¿Existen antecedentes de algunas de estas condiciones en su familia? Rodee con un círculo todo lo que corresponda: Alcoholismo Adicción Enfermedad de las articulaciones Accidente cerebrovascular Coágulos sanguíneos Diabetes Trastorno psiquiátrico Enfermedad cardíaca

Primary care physician information / Información del médico de atención primaria:

Name/Nombre: _____ Phone number/Número de teléfono: _____

Address/Dirección: _____

Pharmacy information / Información de la farmacia:

Name/Nombre: _____ Phone number/Número de teléfono: _____

Address/Dirección: _____

How did you hear about us? Circle any that apply / ¿Cómo se enteró de nosotros? Rodee con un círculo todas las opciones que correspondan:

Website / Sitio web Family/Friend / Familia/amigos Internet Search / Búsqueda en Internet

Former or current patient (please provide name so we can thank them!)/Expaciente o paciente actual (¡Indique su nombre para que podamos agradecerle!) _____

Physician (please specify)/Médico (especificar): _____

Other Healthcare facility (please specify)/Otro centro de atención médica (especificar): _____

Insurance Network (please specify)/Red de seguros (especificar): _____

Other (specify)/ Otro (especificar): _____

Patient Consent for Financial Communications / Consentimiento del paciente para comunicaciones financieras

Financial Agreement / Acuerdo financiero

- I acknowledge, that as a courtesy, CONGENITAL HEART SURGERY CENTER may bill my insurance company for services provided to me.
- Reconozco, que como una cortesía, CONGENITAL HEART SURGERY CENTER puede facturar a mi compañía de seguros los servicios que reciba.
- I agree to pay for services that are not covered or covered charges not paid in full including, but not limited to any co-payment, co-insurance and/or deductible, or charges not covered by insurance.
- Acepto pagar los servicios que no estén cubiertos o cargos cubiertos no pagados en su totalidad incluidos, entre otros, cualquier copago, coaseguro o deducible, o cargos no cubiertos por el seguro.
- I understand there is a fee for returned checks.
- Entiendo que se aplica un cargo por los cheques devueltos.

Third Party Collection. I acknowledge CONGENITAL HEART SURGERY CENTER may use the services of a third-party business associate or affiliated entity as an extended business office (“EBO Servicer”) for medical account billing and servicing.

Cobro por parte de un tercero. Reconozco que CONGENITAL HEART SURGERY CENTER puede usar los servicios de un tercer socio comercial o entidad afiliada como una oficina comercial extendida (“Prestador de servicios EBO”) para prestar servicios y facturar cuentas médicas.

Assignment of Benefits. I hereby assign to CONGENITAL HEART SURGERY CENTER any insurance or other third-party benefits available for health care services provided to me. I understand CONGENITAL HEART SURGERY CENTER has the right to refuse or accept assignment of such benefits. If these benefits are not assigned to CONGENITAL HEART SURGERY CENTER I agree to forward all health insurance or third-party payments that I receive for services rendered to me immediately upon receipt.

Cesión de beneficios Por el presente cedo a CONGENITAL HEART SURGERY CENTER cualquier beneficio de seguro o de terceros disponible por los servicios de atención médica que me fueran provistos. Entiendo que CONGENITAL HEART SURGERY CENTER tiene el derecho a rechazar o aceptar la cesión de dichos beneficios. Si estos beneficios son cedidos a CONGENITAL HEART SURGERY CENTER, acepto enviar inmediatamente una vez recibidos todos los pagos del seguro de salud o de terceros que reciba por los servicios que me fueran provistos.

Medicare Patient Certification and Assignment of Benefit. I certify that any information I provide, if any, in applying for payment under Title XVIII (“Medicare”) or Title XIX (“Medicaid”) of the Social Security Act is correct. I request payment of authorized benefits to be made on my behalf to CONGENITAL HEART SURGERY CENTER by the Medicare or Medicaid program.

Certificación del paciente de Medicare y cesión de beneficios. Certifico que cualquier información que proporcione, en su caso, al solicitar el pago según el Título XVIII (“Medicare”) o Título XIX (“Medicaid”) de la Ley de Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados sea realizado en mi nombre a CONGENITAL HEART SURGERY CENTER por parte del programa Medicare o Medicaid.

Consent to Telephone Calls for Financial Communications. I agree that, in order for CONGENITAL HEART SURGERY CENTER ,or Extended Business Office (EBO) Servicers and collection agents, to service my account or to collect any amounts I may owe, I expressly agree and consent that CONGENITAL HEART SURGERY CENTER or EBO Servicer and collection agents may contact me by telephone at any telephone number, without limitation of wireless, I have provided or CONGENITAL HEART SURGERY CENTER or EBO Servicer and collection agents have obtained or, at any phone number forwarded or transferred from that number, regarding the services rendered, or my related financial obligations. Methods of contact may include using pre-recorded/artificial voice messages and/or use of an automatic dialing device, as applicable.

Consentimiento a llamadas telefónicas para comunicaciones financieras. Acuerdo que, para que CONGENITAL HEART SURGERY CENTER o la oficina comercial extendida (Prestador de servicios EBO) y los agentes de cobro, administren mi cuenta o cobran cualquier monto que adeude, expresamente acuerdo y doy mi consentimiento para que CONGENITAL HEART SURGERY CENTER o el prestador de servicios EBO y los agentes de cobro puedan comunicarse conmigo por teléfono a cualquier número, incluido celular, que haya proporcionado o que CONGENITAL HEART SURGERY CENTER o el prestador de servicios EBO y los agentes de cobro hayan obtenido, o a cualquier otro número de teléfono enviado o transferido desde ese número, sobre los servicios prestados o mis obligaciones financieras relacionadas. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes grabados/de voz artificial o el uso de un dispositivo de discado automático.

A photocopy of this consent shall be considered as valid as the original.

Una fotocopia de este consentimiento se considerará con la misma validez que el original.

Patient/patient representative signature/Firma del paciente/representante del paciente: _____

Date/Fecha: _____

If you are not the patient, please identify your relationship to the patient. Circle or mark relationship(s) from list below:

Si usted no es el paciente, identifique su relación con el paciente. Rodee con un círculo o marque la relación de la lista a continuación:

- | | |
|----------------------------------|---|
| Spouse/Cónyuge _____ | Guarantor/Garante _____ |
| Parent/Padre _____ | Healthcare Power of Attorney/Poder para atención médica _____ |
| Legal Guardian/Tutor legal _____ | Other (please specify) Otro (especificar) _____ |