

|  |   |                                  |  |
|--|---|----------------------------------|--|
| <b>Please use black/blue pen only</b><br>Today's date/Fecha de hoy:<br>/ / | Age/Edad  | Primary Physician/Doctor Regular |  |
| Patient's Name/Nombre del paciente   | Sex/Sexo<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Birthdate/Nacimiento<br>/ /      | Marital Status<br>Single <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/><br>Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> |

|   |                      |                                      |          |                      |
|---|----------------------|--------------------------------------|----------|----------------------|
| Address/Direccion   | City/Ciudad          | State/Estado                         | Zip Code | Home Phone /Telefono |
| If child, parent's or legal guardian's name/<br>Nombre del padre o guardian |                      | Place of Employment                  |          | Work Number          |
| Patient's Social Security #/Seguro de Paciente                              |                      | E-Mail Address                       |          | Cell Number          |
| Emergency Contact/Contacto en caso de emergencia                            |                      | Relationship to patient              |          | Contact Number       |
| Race/Raza:  | Ethnicity/Etnicidad: | Language Preferred/Idioma Preferido: |          |                      |

|   |   |                      |  |
|---|---|----------------------|--|
| Primary Insurance name/Nombre de aseguranza primaria: | Policy/Subscriber ID#   |                      |  |
| Subscriber's name/Nombre de la persona en el seguro:  | Subscriber's Birthdate/Nacimiento de la persona en el seguro<br>/ / |                      |  |
| Relationship to Subscriber if not patient:            | Address if different /Direccion                                     | Phone # if different |  |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| Secondary Insurance name/Nombre de segunda aseguranza          | Policy/Subscriber ID#   |  |  |
| Secondary Subscriber's name/Nombre de la persona en el seguro: | Subscriber's Birthdate/Nacimiento de la persona en el seguro<br>/ / |  |  |

**\*\*\*\*Guests of our patients are asked to wait in their car for the duration of the patient's visit to reduce impacted waiting areas.**

**\*PLEASE BRING COMPLETED PAPERWORK TO THE APPOINTMENT. THANK YOU.  
\*FAVOR DE TRAER SU FORMAS COMPLETAS A SU CITA. GRACIAS.**

**I certify the information above is true to the best of my knowledge. I authorize this office to release any information necessary to expedite insurance claims. I understand that insurance coverage is not a guarantee of payment and I may be responsible for any or all charges.**

**Patient/Parent/Guardian Signature/ \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_  
Firma de paciente/padre/guardian**

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

**Please check all that apply/Favor de marcar lo apropiado**

**Medical History/Historia Medica:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Heart disease-please specify: _____                        | <input type="checkbox"/> Diabetes                                  | <input type="checkbox"/> Sleep apnea/Apnea del Sueño         |
| <input type="checkbox"/> Hypertension/Alta presion                                  | <input type="checkbox"/> Cancer                                    | <input type="checkbox"/> Insomnia                            |
| <input type="checkbox"/> Congestive heart failure/insuficiencia cardiaca congestiva | <input type="checkbox"/> Vertigo/Mareos                            | <input type="checkbox"/> Asthma                              |
| <input type="checkbox"/> Arthritis-please specify: _____                            | <input type="checkbox"/> Hepatitis                                 | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                        |
| <input type="checkbox"/> Nosebleeds/ hemorragias nasales                            | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia                              | <input type="checkbox"/> Sinusitis                           |
| <input type="checkbox"/> GERD/heartburn/Acidez                                      | <input type="checkbox"/> Hearing loss/Sordera                      | <input type="checkbox"/> Allergic rhinitis                   |
| <input type="checkbox"/> Hypothyroidism   | <input type="checkbox"/> Meniere's disease                         | <input type="checkbox"/> COPD                                |
| <input type="checkbox"/> Seizure disorder   | <input type="checkbox"/> High Cholesterol/Alto colesterol          | <input type="checkbox"/> Depression                          |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease  | <input type="checkbox"/> Schizophrenia                             | <input type="checkbox"/> Parkinson's Disease                 |
|   | <input type="checkbox"/> Psychiatric problems-please specify _____ | <input type="checkbox"/> Kidney disease/Problemas de riñones |

List Other medical issues/Otros problemas médicos \_\_\_\_\_

**Surgical History/Operaciones:**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Appendectomy/Apendiz    | <input type="checkbox"/> Gastric Bypass    | <input type="checkbox"/> Gall Bladder/Vesicula | <input type="checkbox"/> Heart bypass/Corazon   |
| <input type="checkbox"/> Tonsillectomy/Anginas   | <input type="checkbox"/> Ear tubes/Tubitos | <input type="checkbox"/> Hysterectomy/matriz   | <input type="checkbox"/> Thyroidectomy/Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Nasal septoplasty/Nariz | <input type="checkbox"/> Tympanoplasty     | <input type="checkbox"/> Sinus                 | <input type="checkbox"/> Neck/Cuello            |

List Other Surgeries/Otras Operaciones: \_\_\_\_\_

**Social History/Historia Social:**

- Non-Smoker/No Fumo                       Non-Drinker/ No Tomo

- Smoker/ Fuma                      Packs a day?/Paquetes al dia? \_\_\_\_\_                      How many years/ Por cuantos años? \_\_\_\_\_                      Quit \_\_\_\_\_
- Alcohol                      How often/Cuanto? \_\_\_\_\_                       Street Drugs \_\_\_\_\_

**Family History/Historia Familiar:**

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Obstructive sleep apnea/apnea obstructiva | <input type="checkbox"/> Bleeding/Hemorragias | <input type="checkbox"/> Hypertension/Alta Presion | <input type="checkbox"/> Heart disease/Problemas del corazon |
| <input type="checkbox"/> Hearing loss/Sordera                      | <input type="checkbox"/> Cancer               | <input type="checkbox"/> Diabetes                  |  |

List Other/Otros Problemas: \_\_\_\_\_

**Allergies to medications/Alergias a medicamentos:**

- None/Ninguno

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sulfonamides/Sulfa | <input type="checkbox"/> Penicillin/Penicilina | <input type="checkbox"/> Aspirin, ibuprofen, naproxen |
| <input type="checkbox"/> Cephalosporins     | <input type="checkbox"/> Latex                 | <input type="checkbox"/> Anesthesia/anestesia         |

Others/otros: \_\_\_\_\_

- Not taking any medications/No tomo medicamentos

**List Medications/Anote Medicamentos:**

Preferred Pharmacy: \_\_\_\_\_

---



---



---

**Patient privacy Rights**  
***Derechos de Privacidad como Paciente***

The medical practice of Central Coast Otolaryngology (Richard P. Wikholm, MD, Zachary P. VandeGriend, M.D.) and associates have implemented policies to protect the privacy of your medical records. The following is a description of how we manage your individual medical information. / *La práctica de la medicina de la Costa Central Otorrinolaringología (Richard P. Wikholm, MD, Zachary P. VandeGriend, M.D.) y los asociados han implementado políticas para proteger la privacidad de sus registros médicos. La siguiente es una descripción de cómo manejar su información médica personal.*

An electronic record of your health care is constructed at each encounter. This record may include your symptoms, examination, test results, treatment plan, outside records, and other medical information. . Safeguards are taken to prevent the unintended disclosure of your health care information during creation, utilization, storage, and destruction. Anything that identifies a patient with his/her individual medical care is protected. *Un registro escrito o electrónico de su cuidado de salud se construye en cada encuentro.. Este registro puede incluir sus síntomas, examen, resultados de la prueba, plan de tratamiento, registros fuera y otra información médica.. Las salvaguardias se toman para evitar la divulgación accidental de su información médica durante la creación, utilización, almacenamiento y destrucción. Algo que identifica a un paciente con su atención médica individual está protegido.*

**By law, your medical information may be shared (without your authorization) for:**  
***Por ley, su información médica puede ser compartida (sin su autorización) para:***

**Treatment/Tratamiento-** To facilitate your care, we may share information with consulting physicians, healthcare entities, public health and legal entities, and on-call physicians. For example, we send a consulting physician relevant chart notes. *En casos de referirlo a otro medico para mejor tratamiento, nosotros mandaremos su informacion a la oficina endicada.*

**Payment/Pago-** To obtain payment from third parties, we will provide requested information to insurers. For example, your insurance company may request chart notes before payment. *Mandaremos informacion suya a su compania de aseguranza para obtener pago.*

**Healthcare Operations-** We may supply medical information for the purpose of quality control, business activities, and other health care operations. For example, we may need to call your home phone number to remind you of an appointment. *Podemos suministrar información médica para fines de control de calidad, actividades comerciales y otras operaciones de cuidados de salud. Por ejemplo, es posible que tengamos que llamar a su número de teléfono para recordarle las citas.*

**Any other disclosures of your medical record will require your written or expressed authorization.** This includes disclosures to non-dependent family members. All disclosures of your record requiring authorization will be documented. *Cualquier otra información de su historial médico, requerirán la autorización expresa o por escrito. Esto incluye declaraciones a los no miembros de la familia dependientes. Todas las divulgaciones de su expediente que requieren autorización serán documentadas.*

Please list any person or persons to whom you would like us to disclose any information to (i.e.: family member or spouse) */personas cual usted autoriza abtener informacion del paciente (ejemplo: un familiar/persona aparte del paciente o padres)*

\_\_\_\_\_  
Name/nombre

\_\_\_\_\_  
Relationship/relacion

\_\_\_\_\_  
Name/nombre

\_\_\_\_\_  
Relationship/relacion

**You have certain rights regarding your individual record, including the right:**  
**Tienen ciertos derechos en relación con su registro individual, incluido el derecho de:**

- 1) To request restrictions and amendments regarding your record. Your request must be in writing, specific, and time sensitive. *Solicitar restricciones y enmiendas en relación con su registro. Su solicitud debe ser por escrito, específicas y sensibles al tiempo. No vamos a aceptar o negar su solicitud por escrito.*
- 2) To file written complaints concerning your record to our office manager. *Presentar denuncias escritas sobre su registro a nuestro director de oficina*
- 3) To revoke in writing, any prior disclosure authorizations at any time. *Revocar por escrito cualquier autorización previa en cualquier momento.*

**Some of the specific actions we have taken to protect your privacy include/ Algunas de las acciones específicas que hemos tomado para proteger su privacidad incluyen:**

- 1) All employees with access to your medical record are trained to protect your privacy. Privacy training includes protection both in the office and in the community. *Todos los empleados han sido entrenados a proteger su información y privacidad.*
- 2) Contracted and business associates with access to your medical record have been instructed regarding the confidential handling of your record, and have signed agreements to protect your privacy. *Compañías con cual tenemos negocios han sido ordenadas a manejar con delicadés su información personal.*
- 3) Your medical record and demographic information is never knowingly sold or otherwise released for non-medical or commercial purposes. *Su información nunca sera vendida o dada por razones no medicas.*

**NON-COVERED BENEFITS:** Professional fees not covered by insurance-due at time of service.  
Please allow 48 hour turn-around time

- Forms to be filled out; (i.e. disability) .....\$20.00
- Request for records-greater than 5 pages.....\$20.00

**Your signature is acknowledgement that our privacy policy has been made available to you. Su firma es el reconocimiento de que nuestras reglas de privacidad ha sido puesto a su disposición**

Signature/Firma \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_

## OFFICE APPOINTMENT & FINANCIAL RESPONSIBILITY POLICY

### *Reglas y Responsabilidades de Nuestra Oficina*

#### Appointments/Citas

1. We value the time we have set aside to see and treat you as a patient. If you are not able to keep an appointment, we would appreciate a 24-hour notice. **We have an automated system in place to call and confirm all appointments, however it is the patient's responsibility to remember his/her own appointment.** *Si usted necesita cancelar su cita, favor de hablar 24 horas antes. Tenemos un sistema automatizado en lugar para llamar y confirmar todas las citas, sin embargo, es la responsabilidad del paciente para recordar su propia cita.*
2. As a courtesy, our staff mails out all new patient paperwork prior to your appointment. This minimizes any unnecessary waiting time. **Incomplete paperwork will result in an automatic rescheduling of that day's visit.** *Como cortesía, nuestro personal envía por correo todo el papeleo de nuevo paciente antes de su cita. De este modo, se minimiza el tiempo de espera innecesarios. **Documentación incompleta provocará una cancelación automática.***
3. If you are late for your appointment (>15 minutes), we will do our best to accommodate you. However, on certain days it may be necessary to reschedule your appointment. *Si usted llega mas de quince minutos tarde nosotros tenemos el derecho de cancelar su cita y cambiarsela para otro día.*
4. We strive to minimize any wait time; however, emergencies do occur and will take priority over a scheduled visit. *Tenemos días cuando suceden emergencias, en esos casos las emergencias tendrán prioridad sobre citas ya fijadas.*

#### Financial Responsibility/Responsabilidad Financiera

- 1) It is the patient's responsibility to pay any deductibles, co-insurance, co-payments, or any portion of the charges as specified by their insurance. *Si tiene un copago favor de pagarlo al tiempo de su cita.*
- 2) Self-pay/cash patients are expected to pay for services in FULL at the time of the visit. *Se espera que los pacientes de pago efectivo paguen los servicios en su totalidad en el momento de la visita.*
- 3) If we do not participate in your insurance plan, payment in full is expected from you at the time of your visit. *Si no participamos en su plan de seguro, el pago en su totalidad se espera de usted en el momento de su visita.*
- 4) Please keep in mind that any procedures performed at the time of visit, including hearing test, biopsies, laryngoscopy, etc., are considered a separate charge from the actual office visit. *Tenga en cuenta que cualquier procedimiento realizado en el momento de la visita, incluyendo pruebas de audición, biopsias, laringoscopia, etc., se consideran un cargo aparte de la visita real a la oficina.*
- 5) We accept cash, checks, Visa, MasterCard, Discover, American Express credit and debit. *Aceptamos dinero en efectivo, cheques, Visa, MasterCard, Discover, American Express y débito.*
- 6) A **\$20** fee will be charged for any checks returned for insufficient funds. *Se cobrará una tarifa de \$20 para cualquier cheques devueltos por falta de fondos.*

I have read and understand this office policy and agree to comply and accept the responsibility for any payment that becomes due as outlined previously. *He leído las reglas y responsabilidades y estoy de acuerdo con ellas.*

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_