



SC CARDIOLOGY
MEDICAL CENTER, INC.

27830 Bradley Rd. 28078 Baxter Rd. Ste.428 36320 Inland Valley Dr. Ste. 301

Sun City, CA 92586

Murrieta, CA 92586

Wildomar, CA 92595

P: 951-672-3888

P: 951-246-8881

P: 951-894-7124

F: 951-672-3758

F: 951-246-9300

F: 951-894-7125

Informacion de Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Apellido Nombre Inicial

Prefiero que me llamen: _____ Sexo: Hombre o Mujer

No. de Licencia de Conducir: _____ No. de Seguro Social: ____/____/____

Paciente es: () Casado (a) () Soltero (a) () Divorcido (a) () Separado (a) () Viudo (a)

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono de Casa: _____ Telefono Celular: _____

Correo Electronico: _____

Empleador: _____ Direccion de Trabajo: _____

Doctor Primario: _____ Numero de Telefono: _____

Conyuge o nombre de tutor: _____ Numero de Telefono: _____

Idioma Preferido: _____ Etnicidad: _____ Raza: Hispanic Not Hispanic

Informacion de Seguro

Nombre del Asegurado: _____ DOB: ____/____/____ SS#: _____

Relacion al Paciente: () Si Mismo () Esposo (a) () Padre () Otro

Primario Compania de Seguro: _____

No. de Poliza o ID#: _____ No. de Grupo: _____

Secundario Compania de Seguro(si aplica): _____

No. de Poliza o ID#: _____ No. de Grupo: _____

Yo, el que esta firmando este document tengo cobertura con **Sun City Cardiology Medical Center, Inc.**, y asigno directamente al medico para todos los beneficios siruganos y medicos, por si algun motive mu cobertura medica no paga, yo entiendo que soy responsable por todos los gastos. Por este medio autorizo a, Sun City Cardiology Medical Center, Inc. o compania de seguros para dar toda la informacion requerida para procesar mis reclamos al seguro. La informacion dada es verdad y correcta al mayor de mi conocimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor notifiqueunos si alguna de la susodicha informacion cambia durante el curso de tratamiento.



Apellido		Nombre		Inicial	
Fecha de nacimiento	Sexo	Peso	Tipo de Sangre		
Alergias <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Sulfa Otro _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Cardiaco <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Agrandamiento de corazon <input type="checkbox"/> Murmullo <input type="checkbox"/> Angina de pecho <input type="checkbox"/> A. Fib <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Ataque al corazon <input type="checkbox"/> Prolapso Mitral <input type="checkbox"/> Palpitaciones Otro _____		Cirugia <input type="checkbox"/> Bypass- Corazon ¹ _____ <input type="checkbox"/> Angiograma Coronario _____ <input type="checkbox"/> Stents/ PTCA _____ <input type="checkbox"/> Corazon _____ <input type="checkbox"/> Reemplazos de valvula _____ <input type="checkbox"/> Marcapaso/ Defibrillator _____ <input type="checkbox"/> Espalda _____ <input type="checkbox"/> Pecho I/D _____ <input type="checkbox"/> Abdominal _____ <input type="checkbox"/> Vesicula _____ <input type="checkbox"/> Hemorroides _____ <input type="checkbox"/> Pulmon _____ <input type="checkbox"/> Neurologico _____ <input type="checkbox"/> Prostata _____ <input type="checkbox"/> Agmidala _____ Otro _____		
Enfermedades Cronicas					
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> CVA / TIA/ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Alta presion <input type="checkbox"/> Presion arterial baja <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal <input type="checkbox"/> Dialisis/Renal <input type="checkbox"/> Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/ Migrana <input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Dialysis/Renal <input type="checkbox"/> Gastrointestinal <input type="checkbox"/> VIH/Sida <input type="checkbox"/> Paralysis <input type="checkbox"/> Neumonia <input type="checkbox"/> Depresion <input type="checkbox"/> Psicologico <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Abuso de drogas <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Desconocido		Pruebas cardiacas anteriores <input type="checkbox"/> Echocardiograma Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Treadmill Stress Test Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Examen Nuclear De Estres Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Monitor de 24 horas Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Monitor de 30 dias Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Ultrasonia de la arteria carotida Fecha: _____		
<input type="checkbox"/> Alcohol Y/ N <input type="checkbox"/> Tabaco: Pasado/ Presente/Nunca <input type="checkbox"/> Cafeina/cafe/te/soda	Historia Familiar Si vive: Buena Salud/ Justo/ Mal & Edad Actual Si difunto: Cual es la causa de muerte y edad en que murio Problema de salud				
Padre	1.				
Madre	2.				
Hermanos/ Hermanas	3.				
Hijo(a)s	4.				



Sun City Cardiology Medical Center, Inc.

Sun City Medical Dental Bldg
27830 Bradley Rd.
Sun City, CA 92586

LLUMC Murrieta Professional Office Building
28078 Baxter Rd. Ste #428
Murrieta, CA 92563

Stonebridge Medical Building
36320 Inland Valley Dr. #301
Wildomar, CA 92595

Consentimiento de Información Personal

Yo, _____, le doy al medico y el personal de Sun City Cardiology Medical Center, Inc. consentimiento para hablar sobre mi condición médica (s) con los siguientes contactos:

Por favor tenga en cuenta que usted está permitiendo que nuestra oficina discuta su información personal con los contactos a continuación. Si hay alguna informacion especifica que no le gustaria discutir, Por favor de apuntarlo abajo:

Los contactos que se nos permite discutir la información con:

Nombre: _____ Telefono: _____

Relacion: _____

Nombre: _____ Telefono: _____

Relacion: _____

Nombre: _____ Telefono: _____

Relacion: _____

Nombre: _____ Telefono: _____

Relacion: _____

ESTA FORMA DE CONSENTIMIENTO ES INDEFINIDA AL MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

