

**East Bay Cardiovascular and Medical Specialist
Registro del Paciente**

Escriba el nombre del doctor que consultara hoy: _____

Escriba el nombre del doctor que le ha referido a esta oficina: _____

Información del Paciente

Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino ☐

Domicilio _____

Número Teléfono Celular _____ De Hogar _____

Número de Licencia o Identificación _____

Lenguaje

¿Qué lenguaje habla el paciente? ☐ Espanol ☐ Otro _____ Lenguaje de Señas ☐ Si ☐ No

¿Necesitas un intérprete? ☐ Si ☐ No

Necesidades de comunicación: ¿Tienes problemas auditivos? ☐ Si ☐ No

Raza ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Hawaiano
☐ Otra _____

Grupo Etnico: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino ☐ Otro _____ Prefiero no responder ☐

Orientación Sexual: _____ Prefiero no responder ☐

Identidad de sexo: _____ Prefiero no responder ☐

Información de Seguro de Salud

Número de Seguro Social _____ (opcional)

Nombre del seguro Primario _____ #Identificación _____

Nombre del seguro Secundario _____ #Identification _____

Empleador Trabajas? ☐ Si ☐ No ☐ Retirado(a)

Nombre de Empleo _____ Teléfono _____

Domicilio _____

Contacto de Emergencia: Nombre/Apellido _____ Telefono _____

Relación al Paciente: ☐ Hijo(a) ☐ Padre ☐ Madre ☐ Esposo(a) ☐ otro _____

¿Tienes una Directiva anticipada de atención de la salud? ☐ Sí ☐ No Desea más información? ☐ Sí ☐ No

Para quejas o algo concerniente pida hablar con la gerente de la oficina, Lilly O. O llamar al número (510) 351-6363.

Firma del paciente o firma de tutela

Fecha

Release of Information Authorization to EBMCS

Divulgación de Información en salud

I authorize EBCMS to disclose the following medical information to the persons named below.

Autorizo a EBCMS que divulgue información de salud a las siguientes personas.

_____ **Only appointment information. Información de citas médicas.**

_____ **Any information regarding all my medical conditions.**
Información acerca de todas mis condiciones médicas.

_____ **Only medical information of my _____ diagnosis.**
Solo informacion de esta condición médica _____.

_____ **Other type of information: _____**
Otro tipo de información.

_____ **All of the above. Todo lo indicado arriba.**

_____ **I do not want any of my information disclosed to anyone, only to my insurance or other party in the planning of my care. Sign below.**

Deseo que a nadie se divulgue mi información médica.

Print Name: _____ Tel: _____ Relationship: _____
Nombre Teléfono Relacion

Print Name: _____ Tel: _____ Relationship: _____
Nombre Teléfono Relacion

Print Name: _____ Tel: _____ Relationship: _____
Nombre Teléfono Relacion

Patient Print Name: _____
Nombre de Paciente

Signature: _____
Firma

Date: _____
Fecha



GENERAL CONSENT

I hereby request and consent to diagnostic procedures, including x-rays, blood tests, medical treatments, including immunizations, and dental treatments deemed advisable by the professional staff of: _____

I acknowledge that I have this consent form and understand its contents. I have had an opportunity to discuss it and any questions I had have been answered to my complete satisfaction.

Witness

Patient Signature

Date

Parent/Legal Guardian's Signature

CONSENTIMIENTO GENERAL

Por este medio hago petición y el consentimiento para los procedimientos de diagnóstico, como radiografías, análisis de sangre, tratamientos médicos, incluyendo vacunas y tratamientos dentales que se consideran aconsejables por el personal profesional de: _____

Reconozco que tengo este formulario de consentimiento y entiendo su contenido. He tenido la oportunidad de discutir de ello y todas las preguntas que tenía han sido contestadas a mi entera satisfacción.

Testigo

Firma del paciente

Fecha

Firma del Padre / Guardián Legal



EAST BAY
CARDIOVASCULAR
& MEDICAL SPECIALIST

CANCELLATION POLICY

Dear Valued Patients of EBCMS,

Effective (revised) 2025 our practice will respectfully require an advance **TWENTY-FOUR (24) HOUR** cancellation of your scheduled appointment and / or scheduled office test. This policy is effective for NO Show Appointments and less than 24 hours of cancelling your appointment and/ OR scheduled test.

If a No Show or Late Cancellation occurs, it greatly affects our practice and ability to see other patients. You **WILL** be billed a **FEE of \$50.00**.

We understand that sometimes schedule adjustments are necessary. With that, an EBCMS medical staff member will call you one week to forty-eight (48) hours prior to your scheduled appointment to confirm. We will leave a message on your voicemail if we do not reach you.

In accordance with EBCMS Cancellation Policy, you will be billed **\$50** (as described above) and that will be your financial responsibility.

Thank you for your cooperation. Our providers and staff look forward to assisting you in your health needs and are available if you have any questions or concerns.

Sincerely,
EBCMS Administration

Name (Please Print)

Date of Birth

Signature

Date

1532 150th Ave
San Leandro, CA 94578
Phone: (510) 351-6363
Fax: (510) 278-3757

27206 Calaroga Ave. #205
Hayward, CA 94545
Phone: (510) 670-1111
Fax: (510) 670-4772

19830 Lake Chabot Rd #C
Castro Valley, CA 94546
Phone: (510) 582-6966
Fax: (510) 582-5632

2333 Mowry Ave #300
Fremont, CA 94538
Phone: (510) 670-1111
Fax: (510) 670-4772