

Bakersfield Neuroscience and Spine Institute
2601 Oswell Street, Suite 101,
Bakersfield, CA 93306

FETCHA (DATE) _____

PATIENT REGISTRATION FORM (Please Print)

Our office policy requires that this form be updated on an annual basis.

PACIENTE INFORMACION (PATIENT INFORMATION)

APELLIDO: LAST NAME:	PRIMER NOMBRE: FIRST NAME:	SEGUNDO NOMBRE: MIDDLE:
DOMICILIO: RESIDENCE ADDRESS:		
MAILING ADDRESS:		
CIUDAD: CITY:	ESTADO: STATE:	ZONA POSTAL: ZIP CODE:
FECHA DE NACIMIENTO: DATE OF BIRTH:	SEGURO SOCIAL: SS#:	SEXO: SEX: M / F
SU EMPLEADO: EMPLOYER:	DIRECCION DE EMPLEADO: EMPLOYER ADDRESS:	
TELEFONO: HOME PHONE:	TELEFONO DE EMPLEADO: WORK PHONE:	TELEFONO DE CELLULAR: CELL PHONE:

ESPOSO(A) INFORMACION (Padres/Responsable por menor de edad)
SPOUSE INFORMATION (Parent/Responsible Party for Child)

APELLIDO LAST NAME:	PRIMER NOMBRE: FIRST NAME:	SEGUNDO NOMBRE: MIDDLE:
FECHA DE NACIMIENTO: DATE OF BIRTH:	SEGURO SOCIAL: SS#	TELEFONO DE CELLULAR: CELL PHONE:
SU EMPLEADO: EMPLOYER:	TELEFONO DE EMPLEADO: WORK PHONE:	

CONTACTO DE EMERGENCIA EMERGENCY CONTACT

NOMBRE: NAME:	RELACION: RELATION:	TELEFONO: PHONE:
NOMBRE: NAME:	RELACION: RELATION:	TELEFONO: PHONE:

ASEGURANZA PRIMARIA (Proveer Copia de Tarjeta) PRIMARY INSURANCE (Provide copy of card)

NOBRE DE ASEGURANZA: INSURANCE NAME:		
DIRECCION: ADDRESS:		
CIUDAD: CITY:	ESTADO: STATE:	ZONA POSTAL: ZIP CODE:
GRUPO/POLIZA #: GROUP/POLICY#:	TELEFONO DE ASEGURANZA: PHONE:	
SUBSCRIPTOR DE ASEGURANZA: POLICY HOLDER:	SEGURO SOCIAL: SS#	

ASEGURANZA SECUNDARIA (Proveer copia de Tarjeta)
SECONDARY INSURANCE (Provide copy of card)

NOBRE DE ASEGURANZA: INSURANCE NAME:		
DIRECCION: ADDRESS:		
CIUDAD: CITY:	ESTADO: STATE:	ZONA POSTAL: ZIP CODE:
GRUPO/POLIZA #: GROUP/POLICY#:	TELEFONO DE ASEGURANZA: PHONE:	
SUBSCRIPTOR DE ASEGURANZA: POLICY HOLDER:	SEGURO SOCIAL: SS#	

COMPENSACION de TRABAJADOR Yes No **POR FAVOR DE PEDIR FORMA de ACCIDENTE**
WORKER'S COMPENSATION Yes No PLEASE ASK FOR ACCIDENT FORM

FARMACIA: PHARMACY:	TELEFONO de FARMACIA: Pharmacy Phone:
-------------------------------	---

Consienta para el Tratamiento Médico: Yo por este medio consenter que todas las rutinas diagnosticas y medico tratamiento de nuestros doctores. Yo comprendo que no hay quarantias de resultados que se han hecho. Yo autorizo que Northeast Walk-In Clinic para render justo apropiado tratamiento medico a un lado por corriente nivel.

Consent for Medical Treatment: I hereby consent to routine diagnostic procedures and medical treatment by this provider. I understand that no guarantee of results has been made. I authorize Northeast Walk-In Clinic to render reasonable and proper medical care by current standards.

La firma del Partido Paciente/Responsable
Signature of Patient/Responsible Party

Fecha:
Date

Yo por este medio autorizo que Northeast Walk-In Clinic a divulgar todos datos y registro con respeto relacionado a diagnosis, tratamiento, pronostico, historia medica, condicion mental y fisica y evaluacion de hacia delante con la persona lista debajo. Esta autorizacion permanecera valida hasta que se revocado de mi en escrito.

I hereby authorize Northeast Walk-In Clinic to disclose all information and records with respect to myself relating to diagnosis, treatment, prognosis, medical history, physical and mental condition and evaluation thereof to the person(s) listed below. This authorization will remain valid until revoked by me in writing.

Nombre: _____

Name:

La firma del Partido Paciente/Responsible

Signature of Patient/Responsible Party

(La caja indicada cuenta la cita y confirmacion solamente)
(Check in box indicates appointment confirmation only)

Fecha

Date

HEALTH QUESTIONNAIRE

THIS FORM IS TO HELP YOUR DOCTOR GIVE YOU BETTER HEALTH CARE.
IT IS COMPLETELY CONFIDENTIAL AND WILL BE A PART OF YOUR MEDICAL RECORD.

CUESTIONARIO DE SALUD

SU REPUESTA A LAS SIG UIENTES PRE GUNTAS AYUDARAN A QUE SU MEDICO DE LE UN MEJOR TRATAMIENTO, ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL Y SERAN PARTE SE SUS ARCHIVOS MEDICOS.

Name-Nombre _____ Age-Edad _____ Date-Fecha _____

Address-Direccion _____ Phone-Telefono _____

Please answer all questions. Circle YES or NO. Write in answers where indicated.

Por favor conteste todas las preguntas indicando la respuesta con un circulo SI o NO. Escriba las respuestas donde es indicado.

PAST HISTORY- HISTORIA SOBRE SU PASADO

Ha tenido antes alguna operacion? **SI NO**
Si la repuesta es si enumere las operaciones y el ano en que las tuvo.

Did you ever have an operation? **YES NO**
If yes, list operation and year performed.

Ha tenido Ud. Alguna enfermed seria aparta de sus operaciones? **SI NO**
Si la respuesta es si; enumere las enfermedades que tuvo y el ano.

Did you ever have a serious medical illness, which was not a surgical operation? **YES NO**
If yes, list illness and year of illness.

Have you ever had a serious injury? **YES NO**
If yes, list injury and date.

Tuvo alguna vez alguna herida grave? **SI NO**
Si la respuesta es si haga una lista y de las fechas.

Are you allergic to any medications? **YES NO**
If yes, list the medication and your reaction.

Es Ud. alergico a alguna medicina? **SI NO**
Si la respuesta es si haga una lista e insique cuales son las reacciones.

FAMILY HISTORY

	LIVING/VIVIENDO		DECEASED/FALLECIDOS	
	Age/ Edad	Health/ Salud	Age/ Edad	Cause/ Causa
Father/ Padre				
Mother/ Madre				
Brothers/ Hermano				
Sisters/ Hermana				

Have any relatives ever had the following?

If so, whom? **Yes No**

Tiene algun familiar que haya tenido algunas de estas enfermedades? **Si No**

	YES/ SI	NO/NO	WHOM/QUIEN
Diabetes-Diabetes			
Heart Trouble- Problemas del corazon			
High Blood Pressure- Alta Presion			
Arthritis-Artritis			
Migraine-Migrana			
Kidney Disorder- Problemas del rinon			
Goiter-Bocio			
Cancer			
Tuberculosis			
Stroke-Derrame cerebral			
Epilepsy-Epilepsia			
Insanity-Fobia			

SOCIAL HISTORY- HISTORICAL SOCIAL

What is your occupation?

En que trabaja? _____

Circle if you are:

Single/ Married / Widowed/ Separated/ Divorced

Indique con un circulo si Ud. Es:

Soltero/ Casado/ Viudo/ Separado/ Divorciado

How many children do you have?

Cuantos hijos tiene? _____

How much alcohol do you drink?

Cuantos alcohol bebe? _____

How much do you smoke?

Cuantos Fuma? _____

Please list all current medications.

Por Favor escribe toda las medicina que se esta tomando. _____

Do you have frequent or bad headaches? YES NO

Tiene con frecuencia fuertes Dolores de cabeza? SI NO

Are headaches common in your family? YES NO

Los Dolores de cabeza son comm unes en su familia? SI NO

Have you ever seen double? YES NO

Le pasa a Ud. Que a veces ve doble? SI NO

Has your eyesight blacked out completely? YES NO

Alguna vez perdio la vista completamente? SI NO

Are you bothered by dizzy spells? YES NO

Se marea a? SI NO

Have you ever had a convulsion? YES NO

Alguna vez tuvo una convulsuion? SI NO

Do you have ringing in your ears? YES NO

Siente Ud. Ruidos en los oidos constantemente SI NO

Are you hard of hearing? YES NO

Tiene problemas al oir? SI NO

Do you have nosebleeds? YES NO

Le sangra la nariz? SI NO

Is your nose frequently stopped up? YES NO

Se le congestiona la nariz frecuentemente? SI NO

Have you had difficulty swallowing or speaking?

YES NO

Tiene alguna dificultad al tragar o al hablar?

SI NO

Do you have persistent hoarseness?

YES NO

Esta ronco con mucha frecuencia? SI NO

Do you have a feeling of a lump in your throat?

YES NO

Siente Ud. un nudo en la garganta? SI NO

Do you have hay fever or asthma?

YES NO

Padece Ud. Alergias o asma? SI NO

Do you cough frequently?

YES NO

Todas con frecuencia? SI NO

Have you ever coughed up blood?

YES NO

Al toser ha escupido sangre alguna vez? SI NO

Did you ever live with anyone who had tuberculosis?

YES NO

Ha vivido Ud. Alguna vez con alguien que tenia tuberculosis?

SI NO

Do you have chest pain?

YES NO

Tiene Dolores en el pecho? SI NO

Does vigorous exertion cause chest discomfort or pressure?

YES NO

El hacer ejercicio vigoroso le causan Dolores de pecho? SI NO

Are you short of breath?

YES NO

Tiene Ud, dificultad para respirar? SI NO

Do you become winded walking up one flight of stairs?

YES NO

Se queda Ud. Sin respiracion despues de subirun teamo o escaleras? SI NO

Do you sleep on more than one pillow?

YES NO

Duerme con mas de una almohada? SI NO

Have you ever awakened short of breath?

YES NO

Alguna vez se deperto por las nochos porque le faltaba respiracion? SI NO

Does your heart thump or skip?

YES NO

Al veces su corazon late fuerte u omite un latido? SI NO

Do your ankles swell?

YES NO

Se le inchan los tobillos? SI NO

Have you ever been told you had high blood pressure?

YES NO

Le ha dicho alguna vez su medico que sufre de alta presion? SI NO

Have you ever been told you had heart trouble?	YES	NO	Do you have loose bowel movements or constipation?	YES	NO
Le ha dicho alguna vez su medico que tiene de problemas cardiaco?	SI	NO	Tiene diarrea o constipacion?	SI	NO
Have you ever had rheumatic fever, growing pains, or heart trouble?	YES	NO	Do you have hemorrhoids (piles)?	YES	NO
Ha tenido Ud. Alguna vez fiebre reumatica o problemas del corazon?	SI	NO	Tiene Ud. Hemorroides?	SI	NO
Have you ever been told you had emphysema?	YES	NO	Have you ever had blood in your bowel movements?	YES	NO
Ha tenido Ud. Enfisema?	SI	NO	Ha tenido sander en su material fecal?	SI	NO
Have you lost or gained more than five pounds in the past year?	YES	NO	Have you ever had black bowel movements?	YES	NO
Ha aumentado o perdido mas de 5 libras durante el ano que paso?	SI	NO	Su material fecal fue negra alguna vez?	SI	NO
Is your appetite poor?	YES	NO	Were you ever treated for "bad blood" (venereal disease)?	YES	NO
Tiene poco apetito?	SI	NO	Ha sido tratado por alguna enfermedad venereal?	SI	NO
Do you consider yourself overweight?	YES	NO	Has a doctor ever said you had a hernia (rupture)?	YES	NO
Se considera Ud. Que esta sobrepeso	SI	NO	Su medico alguna vez le dijo que tenia hernia?	SI	NO
Do you consider yourself underweight?	YES	NO	Have you ever passed blood while urinating?	YES	NO
Se considera Ud. Que pesa menos se lo normal?	SI	NO	Alguna vez orina con sangre?	SI	NO
Do you suffer from indigestion, heartburn or gas?	YES	NO	Do you have trouble starting your stream?	YES	NO
Sufre Ud. A menudo de indigestion ardores en el estomago o flatulencia?	SI	NO	Se le hace dificil empezar a orinar?	SI	NO
Do you take antacids such as Tums, Roloids or baking soda?	YES	NO	Do you get up at night to urinate?	YES	NO
Toma Ud. Antiacidos como tums, Roloids, o bicarbonatode soda?	SI	NO	Se levanta por las noches a orinar?	SI	NO
Are you often sick to your stomach?	YES	NO	Do you urinate frequently during the daytime?	YES	NO
Se siente a mal del estomago?	SI	NO	Orina con frecuencia durante el dia?	SI	NO
Do you have frequent vomiting spells?	YES	NO	Have you had severe burning when you urinate?	YES	NO
Vomita frecuentemente?	SI	NO	Siente ardores cuando orina?	SI	NO
Have you ever vomited blood?	YES	NO	Do you lose control of your bladder?	YES	NO
Ha vomitado sangre alguna vez?	SI	NO	Le Pasa con frecuencia que pierde el control y se orina sin dares cuenta?	SI	NO
Have you ever had an ulcer, gallbladder disease, hepatitis, colitis or jaundice?	YES	NO	Have you ever had a kidney stone or kidney infection?	YES	NO
Ha sufrido alguna vez de problemas de la vesicular hepatitas colitis o ictericia?	SI	NO	Ha tenido alguna piedra o infeccion en los rinones?	SI	NO
Have you ever had severe abdominal pain?	YES	NO	Do you have loss of sexual interest?	YES	NO
Ha tenido Ud. Fuertes Dolores del estomago?	SI	NO	Ha perdido Ud. Interes sexual?	SI	NO
Have you had any recent change in your bowel movements?	YES	NO	Do you have loss of sexual ability?	YES	NO
Ha tenido recientemente algun cambio en su eliminacion?	SI	NO	Ha perdido Ud. Habilidad sexual?	SI	NO
			Have you ever had arthritis or rheumatism?	YES	NO
			Ha sufrido Ud. Alguna vez de artritis o reumatismo?	SI	NO

Are your joints ever swollen or painful? YES NO
Se le inch o siente dolor en las coyunturas? SI NO

Have you ever had sugar in your urine or a high blood sugar? YES NO
Alguna vez ha tenido alto porcentaje de azucar en la orina o en la sangre? SI NO

Do you have diabetes in your family? YES NO
Hay alguien en su familia que sufre de diabetes? SI NO

Do you feel thirsty? YES NO
Se siente con sed? SI NO

Have you ever had boils or other skin infections? YES NO
Ha tenido algun abseso o infeccion de la piel? SI NO

Do you become weak if you do not eat? YES NO
Se siente debil si no come? SI NO

If yes, will it occur between ordinarily spaced meals? YES NO
Si es asi esto ocurre durante el tiempo entre las comidas? SI NO

Do you frequently have weak, shaky spells, which are relieved by eating? YES NO
Le pasa que se siente debil y tiembla y se alivia al comer? SI NO

If yes, will this occur only if a regular meal is missed? YES NO
Esto ocurre solo si deja de comer una comida? SI NO

Have you ever taken thyroid hormones? YES NO
Ha tomado hormonas para las tiroides? SI NO

Have you ever had a goiter (thyroid enlargement)? YES NO
Ha tenido alguna vez bosio? SI NO

Do you have bleeding gums? YES NO
Le sangran las encias? SI NO

Do you bruise easily? YES NO
Le salen moretones cuando se golpea? SI NO

Have you ever been anemic? YES NO
Ha sufrido de anemia alguna vez? SI NO

Have you ever had a blood transfusion? YES NO
Le han hecho alguna transfusion de sangre? SI NO

Do you have lumps in your neck, under your arms, or in your groin? YES NO
Tiene glandulas inflamadas en su cuello, debajo de los brazos o en la ingle? SI NO

Are you considered a sickly person? YES NO
Se considera Ud. Una persona enfermo? SI NO

Do you have difficulty falling asleep or staying asleep? YES NO
Tiene Ud. Generalmente dificultad en dormirse o permanecer dormido? SI NO

Do you awaken tired in the morning? YES NO
Por las mananas se despierta cansado? SI NO

Do you often have spells of complete exhaustion? YES NO
Se siente agotado con frecuencia? SI NO

Does work tire you out completely? YES NO
Su trabajo lo agota completamente? SI NO

Do you push or drive yourself most of the time? YES NO
Se cansa Ud. Al hacer el mas minimo esfuerzo? SI NO

Does worrying get you down? YES NO
Se deprime a? SI NO

Are you considered a nervous person? YES NO
Se considera Ud. Una persona nerviosa? SI NO

Did you ever have nervous breakdown? YES NO
Ha tenido Ud. Algun trastorno nervioso? SI NO

Did anyone in your family ever have a nervous breakdown? YES NO
Alguien en su familia ha tenido algun trastorno nervioso? SI NO

Are your feelings easily hurt? YES NO
Es Ud. Extremadamente sensitive? SI NO

Do people misunderstand you? YES NO
Le parece a Ud. Que la gente no lo comprende? SI NO

Are you easily upset or irritated? YES NO
Se irrita u ofende con facilidad? SI NO

Do you often get into a violent rage? YES NO
Se pondo vioelto con facilidad? SI NO

Do you often shake or tremble? YES NO
Tiembla Ud. A? SI NO

Are you constantly keyed up or jittery? YES NO
Esta constantemente tenso o nervioso? SI NO

Do frightening thoughts keep coming back in your mind?	YES	NO
Vienen a su mente pensamientos que le causan miedo?	SI	NO
Do you often cry?	YES	NO
Llora a frecuentemente?	SI	NO
Do you feel unhappy and depressed?	YES	NO
Se siente desanimado y deprimido?	SI	NO
Are you always miserable and blue?	YES	NO
Se siente miserable y triste?	SI	NO
Does life look entirely hopeless?	YES	NO
Siente Ud. Que no tiene esperanzas en la vida?	SI	NO
Do you often wish you were dead and away from it all?	YES	NO
Desa a veces que seria major morir para a si terminar con todos los problemas?	SI	NO
Rectal Exam/Examen del recto _____		
Pelvic Exam/ Examen de la pelvis _____		
Pap Smear/ Analisis de papanicolau _____		
Mammogram/Mamograma _____		
Cardiac Lipid Profile/ Analisis de lipidos cardiacos _____		

THIS SECTION FOR WOMEN PATIENTS ONLY/ ESTA SECCION ES PARA MUJERES SOLAMENTE

Are your menses irregular?	YES	NO
Son sus periodos (reglas) Irregulares?	SI	NO
Do you have severe cramps with your menses?	YES	NO
Tiene fuertes Dolores durante sus reglas?	SI	NO
Do you have hot flashes?	YES	NO
Tiene Ud. Calores (bochornos)?	SI	NO
Are you bothered by an irritating vaginal discharge?	YES	NO
Tiene un derrame vaginal que es irritante?	SI	NO
Do you have discharge from your breasts?	YES	NO
Tiene Ud. Peridida o desecho de los pechos?	SI	NO
Have you ever been pregnant?	YES	NO
Ha estado embarazada alguna vez?	SI	NO
Have any of your babies weighed 8 lbs. or more at birth?	YES	NO
Ha tenido algun bebe que pesara oucho libras o mas?	SI	NO

Bakersfield Neuroscience & Spine Institute POLIZA FINANCIARA (FINANCIAL POLICY)

Gracias por elegir Bakersfield Neuroscience & Spine Institute. Nuestra practica esta comprometida a condiciones de alto cuidado tratamiento para servirle. Su claro entendimiento de nuestra poliza financiera es importante para nuestro relación professional. Nosotros requerimos que usted lea y firme nuestra póliza financiera antes de tratamiento.

Thank you for choosing Bakersfield Neuroscience & Spine Institute. Our practice is committed to providing you with the highest possible care. Your clear understanding of our financial policy is important to our professional relationship. We will require that you read and sign our financial policy prior to any treatment.

ASEGURANZA (INSURANCE)

- **Si usted tiene aseguranza de cuidado manejado por otra administraciones que nosotros participamos, su pagos deducibles servicios que no sean cubiertos y copay seran vencidas cuando el service este rendido.**

Co-payments, deductibles, and non-covered services are due when services are rendered.

Los co-pagos, deductibles, y los servicios de no-cubrió son debidos cuándo servicios son rendidos.

- **Si usted esta cubierto por su aseguranza nosotros tenemos placer de someter su reclamacion por usted si toda informacion esta en orden. Pagos del presente es sujeto hacia a elegibilidad en tiempo de servicio. Su aseguranza es contrato entre usted, su empleado, y su compania de aseguranza. Es demasiado importante de que usted entienda la provision de su poliza. No podemos garantizar pagos de sus reclamaciones. Reduccion o rechazo de sus reclamaciones por su aseguranza no releva de su obligacion financiara.**

Claim submission: If you are covered by insurance we will be happy to submit a claim for you if all necessary information is provided. Payment is subject to eligibility at time of service. Your insurance is a contract between you, your employer, and the insurance company. It is very important that you understand the provisions of your policy. We cannot guarantee payment of all claims. Reduction or rejection of your claim by your insurance company does not relieve you of your financial obligation.

- **El seguro suplementario y secundario se facturará un tiempo como una cortesía al paciente.**
Supplemental and secondary insurance will be billed one time as a courtesy to the patient.
- **Nosotros aceptamos asignacion de el programa medicare. Usted sera responsable por su deducible y 20% de admissible gastos. La aseguranza secundaria va hacer cobrada por nosotros de una cortesia con teniendo todo la informacion en orden.** We accept assignment from the Medicare program. You will be responsible for your annual deductible and the 20% of the allowable charges.
- **Y su usted esta cubierto por un programa patrocinado por el gobierno usted debe presentar su tarjeta medical antes de render sus servicios médicos. Y si no tiene su tarjeta medical y no podemos verificare su elegibilidad, los servicios serán considerados pago por si mismo.** If you are covered by a government sponsored program you must present your current month medical card prior to services being rendered. If your card is not available, and we are unable to verify your eligibility, services will be considered self-pay.

PACIENTES INDUSTRIALES (INDUSTRIAL PATIENTS)

Su comoensacion de trabajador es responsable por su gasto medico. Por favor de proporcionar con informacion completa y estar seguro de haber una autorizacion antes de render sus servicios medicos. Your worker's compensation carrier is responsible for your medical expenses. Please provide us with complete information and make sure that authorization has been received prior to services being rendered.

PACIENTES CON PAGO EN EFFECTIVO (CASH PATIENTS)

Pago es requerido en tiempo de Servicio Si No Esta cubierto por alguna aseguranza. Payment is required at time of service if you do not have health insurance. **Consultas Medico-Legal son consideras cossideras costos en effective y plan de pagos deben hacer en avance. Informacion de abogados debe hacer proporcionado si**

aplicable. Costos relacionado a las consultas sera cubrido asociado con reportes, y repaso de documentos. Medical- Legal consultations are also considered cash pay and payment arrangements must be made in advance. Attorney information must be provided if applicable. Fees related to consultations will cover time associated with reports and review of records.

CUOTA (FEES)

Cuotas para servicios médicos están basadas en la complejidad de el problema y el cantidad de tiempo requerida para la visita.

Nosotros combramos lo que es usual y acostumbrado para nuestra area.

Costos adicionales:

- **\$10 cuota de servicio si el copay no es pagado en tiempo de servicio.**
- **\$25 cuota de servicio en los cheques sin fondos sevueltos.**
- **\$35 Cuota para citas perdidas o falta para proporcionar una 24 hora noticia de cancelacion.**
- **Registro medico y formas para completer: Cargos no exceder lo admisible para este servicio y deudas en el tiempo de completer. Por favor de preguntar de cuotas en el tiempo de su solicitud.**

Fees for medical services are based on the complexity of the problem and the amount of time required for the visit.

We charge what is usual and customary for our area.

Additional fees:

- Finance charge of 1½ % per month applies to account balances over 30 days
- \$25 service fee on any returned checks
- \$35 fee for missed appointments or failure to provide 24-hour notice of cancellation.
- Medical Records & Form Completion: Charges will not exceed the allowable for this service and are due at time of completion. Please inquire regarding fees at time of your request.

Gracias por comprender nuestra poliza financiera. Por favor dejarnos saber si tiene algunas preguntas o asuntos. Thank you for understanding our financial policy. Please let us know if you have any questions or concerns.

Yo he leído y comprendo la póliza financiera de nuestra practica estoy de acuerdo con los términos. Yo también comprendo y estoy de acuerdo con los términos de ser enmendado de tiempo a tiempo en esta oficina medica. I have read and understand the financial policy of the practice and I agree to be bound by its terms. I also understand and agree that such terms may be amended from time to time by the practice.

Paciente/Persona responsable
 Patient or Responsible Party

Fecha
 Date

Rev. 06/18/2007

Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices

Declaracion De Recibo Por Noticias De Las Practicas Privada

Bakersfield Neuroscience & Spine Institute

2601 Oswell Street, Suite 101, Bakersfield, CA 93306

I hereby acknowledge that I have been provided with a copy of this medical practice's Notice of Privacy Practices. I further acknowledge that a copy of the current notice will be posted in the reception area, and that a copy of any amended Notice of Privacy Practices will be available at each appointment.

Yo por este medio llevo a confirmar que me a han comprobado una copia de esta practica medical noticia de las practicas privadas. Ademas confirmo que una copia de esta noticia estara colocada en la area de recepcion. Y que copia va a hacer enmendada de noticias de las practicas privadas va estar disponible para cada cita medica.

Signed/Firma: _____

Print Name/Nombre de Imprinta: _____

Date/Fecha: _____ Telephone/Telefono: _____

If not signed by the patient, please indicate:
Si no esta firmado por el paciente, por favor de indicar:

Relationship/Relacion:

- parent or guardian of minor patient
Padres o guardian de menor paciente
- guardian or conservator of an incompetent patient
Guardian o la persona bajo custodia del paciente incompetente
- beneficiary or personal representative of deceased patient
Beneficiario o representative del paciente fallecido

Name of Patient/Nombre de paciente: _____

FIRMA DE ARCHIVO (SIGNATURE ON FILE)

Authorizacion de Aseguranza/ Asignacion (Insurance Authorization / Assignment)

Yo autorizo la liberación de cualquier medical o otra información necesaria para processor mi reclamación de aseguranza. Mi firma authoriza pago de todao medical beneficios/o beneficios de quirurgico, al cual dan derecho a Bakersfield Neuroscience & Spine Institute. Yo comprendo que soy responsable por los cargos que no son cubiertos por mi aseguranza. Esta fotocopia de este documento es considerada y valida como la original.

I authorize the release of any medical or other information necessary to process my insurance claim. My signature authorizes payment of all medical and/or surgical benefits, to which I am entitled to **Bakersfield Neuroscience & Spine Institute**. I understand that I am responsible for charges not covered by my insurance. A photocopy of this document is considered as valid as the original.

Nombre de Paciente (Letra de molde)
Patient Name (Print)

Fecha
Date

Firma de Insured
Insured's Signature

Número de suscriptor
Subscriber's Number

MEDICARE

Authorizacion de Medicare/ Asignacion (Medicare Authorization / Assignment)

Yo solicito que el pago autorizado por los beneficios de medicare hagan hecho en favor de pagar a Bakersfield Neuroscience & Spine Institute, por cualquier servicios suministrar al lodo de nosotros Bakersfield Neuroscience & Spine Institute. Yo autorizo cualquier poseor de información medica a salud cuidado de institucion financiera y sus agencias en cual información es necesitada para determiner estos beneficios o los beneficios pagados por servicios relacionados.

Yo comprendo mi firma requerida que el pago sea pagado y autorizando liberación de información medica necesaria para pagar esta reclamación, y si su aseguranza de reclamaciones aprobadas y reclamaciones sometido electrónicamente, mi firma autoriza liberacion de informacion a el asegurado o la agencia aparecida. En medicare los casos asignados, el proveedor o suministrador acepta el cargo determinado que el portador de medicare a medida del cargo máximo, y el paciente ser responsable por el deducible su aseguranza secundaria y servicios no cubiertos. La aseguranza secundaria y deducible son basadas sobre los cargos determinados por el portador de medicare.

I request that payment of authorized Medicare benefits are made on my behalf to **Bakersfield Neuroscience & Spine Institute**, for any services furnished me by Bakersfield Neuroscience & Spine Institute. I authorize any holder of medical information about me to the healthcare Financing Administration and its agencies any information needed to determine these benefits or the benefits payable for related services.

I understand my signature requests that payment be made and authorizes release of medical information necessary to pay the claim. If other health insurance coverage is indicated in item 9 of the HCFA-1500 claim for or elsewhere on other approved claim forms or electronically submitted claims, my signature authorizes releasing information to the insurer or agency shown. In Medicare assigned cases, the provider or supplier agrees to accept the charge determination of the Medicare carrier as the full charge, and the patient is responsible for only the deductible, coinsurance and non-covered services. Coinsurance and deductible are based upon the charge determination of the Medicare carrier.

Nombre de Paciente (Letra de molde)
Patient Name/ (Print)

Fecha
Date

Firma de Insured
Insured's Signature

Número de Medicare para el Paciente
Patient's Medicare Number

Medigap Asignacion de Beneficios (Medigap Assignment of Benefits)

Yo solicito pago de autorizacio a los beneficios de Medigap que se hagan a mi o favor de Bakersfield Neuroscience & Spine Institute para cualquier servicios suministrado por Bakersfield Neuroscience & Spine Institute. Yo autorizo cualquier poseor de informacion medica de mi para liberar a mi medigap asegurador. Con cualquier informacion determinando estos beneficios pagados por los servicios relacionados.

Esta asignacion debera permanecer en effective hasta que sea revocado por me in escrito. Y la fotocopia de esta asignacion es considerada y valida como una original.

I request the payment of authorized Medigap benefits be made either to me or on my behalf to **Bakersfield Neuroscience & Spine Institute** for any services furnished my by Bakersfield Neuroscience & Spine Institute. I authorize any holder of medical information about me to release to my Medigap insurer any information needed to determine these benefits payable for related services.

This assignment shall remain in effect until revoked by me in writing. A photocopy of this assignment is to be considered as valid as an original.

Nombre de Paciente (Letra de molde)
 Patient Name/ (Print)

Fecha
 Date

Firma de Paciente
 Patient's Signature

Numero de Medigap
 Medigap Number