



Timothy W. Casarez, MD., FACC  
David A. Ferry, MD., FACC  
Nancy Kim, MD., FACC  
Frederic Leong, MD., FACC  
Jeffrey A. Wong, MD., FACC

## FAX COVER LETTER

Welcome to our cardiology practice! In order to save time, please fill out our new patient registration forms and fax them to our office or bring them with you to your child's appointment. For your convenience, you may use this page as the fax cover letter and please do not hesitate to call our office with any questions.

**DATE:** \_\_\_\_\_

**TO:** **PEDIATRIC CARDIOLOGY MEDICAL ASSOCIATES**

**FAX #'S:** **ENCINO, SANTA CLARITA, LANCASTER:**  
Fax (818) 784-1531 • Tel (818) 784-6269

**THOUSAND OAKS:**  
Fax (805) 497-0864 • Tel (805) 497-7214

**FROM:** \_\_\_\_\_

**PATIENT:** \_\_\_\_\_

**TOTAL NUMBER OF PAGES INCLUDING COVER SHEET:** \_\_\_\_\_

### STATEMENT OF CONFIDENTIALITY:

THE DOCUMENT ACCOMPANYING THIS COPY TRANSMISSION CONTAINS CONFIDENTIAL INFORMATION BELONGING TO THE SENDER WHICH IS LEGALLY PRIVILEGED. THE INFORMATION IS INTENDED ONLY FOR THE USE OF THE INDIVIDUAL OR INTENDED NAME ABOVE. IF YOU ARE NOT THE INTENDED RECIPIENT, YOU ARE HEREBY NOTIFIED THAT ANY DISCLOSURE, COPYING, DISTRIBUTION, OR TAKING OF ANY ACTION IN RELIANCE ON THE CONTENTS OF THIS COPIED INFO IS STRICTLY PROHIBITED. IF YOU HAVE RECEIVED THIS IN ERROR PLEASE CALL US AT 818-784-6269

## **CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y EL ACCESO DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD**

Con mi consentimiento, Pediatric Cardiology Medical Associates of Southern California (PCMA) puede utilizar y divulgar la información protegida de la salud (PHI) sobre mí para realizar el tratamiento, el pago, y las operaciones del healthcare (TPO). Refiera por favor a PCMA de las prácticas de la aislamiento para una descripción más completa de tales las aplicaciones y los accesos.

Tengo el derecho de repasar el aviso de las prácticas de la aislamiento antes de firmar este consentimiento. PCMA reservan el derecho de revisar su aviso de las prácticas de la aislamiento en los asociados pediátricos de la cardiología del tiempo meridional de Californiaany. Un aviso revisado de las prácticas de la aislamiento se puede obtener por la expedición una petición escrita al rodador de Cristina Mercado y PCMA a 5400 Balboa Blvd., #202, Encino, CA 91316.

Con mi consentimiento, PCMA pueden llamar a mi hogar o la otra localización señalada y dejar un mensaje en correo de voz o en persona en referencia a cualquier artículo que asista a la práctica en TPO que realiza, tal como recordatorios de la cita y artículos del seguro; y en referencia a mi cuidado clínico, incluyendo resultados del laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento, PCMA pueden enviar al mi hogar o a la otra localización señalada cualquier artículo que asista a la práctica en TPO que realiza, tal como tarjetas del recordatorio de la cita y declaraciones pacientes, mientras son "personales y confidenciales marcada."

Con mi consentimiento, PCMA pueden enviar un e-mail a mi hogar o a la otra localización señalada cualquier artículo que asista a la práctica en TPO que realiza, tal como recordatorios de la cita y declaraciones pacientes. Tengo el derecho de solicitar que PCMA restringen cómo utiliza o divulga mi PHI para realizar TPO. Sin embargo, la práctica no se requiere de convenir mis restricciones solicitadas, sino que si lo hace, es limitar por este acuerdo. Firmando esta forma, estoy consintiendo a PCMA del uso y del acceso de mi PHI de realizar TPO. Puedo revocar mi consentimiento en la escritura a menos que hasta el punto de la práctica haya hecho ya accesos en confianza sobre mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, PCMA pueden declinar proporcionarme el tratamiento.

---

Nombre del Paciente

---

Firma del guarda paciente o legal

---

Fecha

---

Nombre de la impresión del guarda paciente o legal

## HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

SU NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE: \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE NACIMIENTO:

- Si No El/La paciente nacio prematuramente?  
Si No Hubo complicaciones en su embarazo?  
Si No El/La paciente hubo complicaciones despues de su parto?  
Si No El/La paciente nacio por cesaria?  
Peso de nacimiento del paciente                      libras                      onzas

### EL/LA PACIENTE ALGUNA VEZ A TENIDO LO SIGUIENTE? Si contesto si, porfavor explique

- Si No Soplo en el corazon  
Si No Dolor de pecho  
Si No Desmayos  
Si No Palpitaciones/latidos de corazon muy rapido  
Si No Problemas al respirar  
Si No Alta presion  
Si No Perdida de peso  
Si No Fatiga  
Si No Pulmonia  
Si No Asma  
Si No Alerjias  
Si No Problema para comer/dolor de estomago  
Si No Problemas con ojos  
Si No Problemas con oidos, nariz, garganta  
Si No Problemas con piel/sarpuido  
Si No Combulciones/problemas de cerebro  
Si No Trastorno por deficit de atencion con hiperactividad (ADHD)  
Si No Autismo  
Si No Desorden psiquiatrico  
Si No Desabilidad mental  
Si No Problemas con hormonas/diabetis  
Si No Problemas de sangre/anemia  
Si No Cancer  
Si No Fumar  
Si No Admision en hospital or quirurgicos  
Si No Alerjico(a) a medicamentos  
Si No El/la paciente toma medicamento

### ALGUIEN EN SU FAMILIA A TENIDO LO SIGUIENTE? Si contesto si, porfavor explique

- Si No Niño(a) nacio con problema del corazon  
Si No Ataque al Corazon antes de los 50 años  
Si No Alto colesterol o presion  
Si No Sudden cardiac death or cardiomyopatía  
Si No Ritmo abnormal del Corazon/marcapasos