Orange Orthopedic Medical Group

FORMA DE REGISTRASION

Fecha:		

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido:	Primer Nombre:	Fecha de nacimiento: / /	Estado Civil:(circule uno) Solo / Casado / Div / Sep / Viudo
Domicilio:		Seguro Social:	Sexo: ❑ M ❑ F
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	Numero de Licencia:
Telefono: ( )	Celular: ( )	Correo Electrinico: @	
Ocupacion:	Trabajo:		Trabajo Telefono:
Farmacia:	Domicillo:		Telefono: ( )

ESPOSO/A O SI EL PACIENTE ES UN NIÑO, OTRO PADRE

Apellido:	Primer Nombre:	Fecha de nacimiento: / /	Telefono: ( )
Domicilio:		Seguro Social:	Sexo: ❑ M ❑ F
Ciudad	Estado:	Codigo Postal:	Relacion al paciente:

INFORMACION DE ASEGURANSA

Persona responsable del bill:	Fecha de Nacimento: / /	Domicillo:	Telefono: ( )
Aseguransa Primaria:			
Nombre de Subscriptor:		Seguro Social:	Fecha de Nacimento:
Relacion al paciente:	❑ Ser	❑ Esposo/a	❑ Hijo/a ❑ Otro
Aseguransa secundaria:			
Nombre de Subscriptor:		Seguro Social:	Fecha de Nacimento:
Relacion al paciente:	❑ Ser	❑ Esposo/a	❑ Hijo/a ❑ Otro

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de amigo/a o un pariente (no viviendo en casa):	Relacion al paciente:	Telefono: ( )
Domicillo:	Ciudad	Estado Codigo Postal

DOCTOR DE CABESERA

Nombre/numbero	

Autorizo la liberación de información médica necesaria para procesar reclamos al séguro. Autorizo pago de beneficios médicos Orange Orthopedic Medical Group,Inc.

_____

Signature

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES DE SALUD

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____

Médico Primario: _____ Diestro ❑ Zurdo ❑

Historia médica pasada

Enumere los problemas/enfermedades médicas que haya tenido en el pasado o que esté recibiendo tratamiento actualmente y quién los trató (incluidas enfermedades cardíacas, pulmonares, estomacales, intestinales, renales, hepáticas, artritis, diabetes, cáncer, presión arterial alta).

PROBLEMA MEDICO	AÑO	DOCTOR EN TRATAMIENTO

HISTORIA QUIRÚRGICA PASADA

Por favor enumere TODAS las cirugías, el año y el cirujano.

CIRUGÍA	AÑO	CIRUJANO

MEDICAMENTOS

Por favor indique todos los medicamentos, dosis y frecuencia.

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

ALERGIAS

Por favor enumere todas las alergias y reacciones.

ALERGIA	TIPO DE REACCIÓN

LESIONES ORTOPÉDICAS

Enumere fracturas, esguinces u otras lesiones importantes anteriores en el cuello, la espalda, las piernas o los brazos.

LESIÓN	AÑO

HISTORIA FAMILIAR

Por favor indique la familia inmediata, sus problemas médicos y/o causa de muerte.

Miembro de la familia	Edad	Estado de salud o causa de muerte
Madre		
Padre		
Hermana		
Hermano		
Niña		
Niño		

Historia social

Ocupación: _____

Consumo de alcohol: Nunca ❑ Casi nunca ❑ Moderadamente ❑ A diario ❑

Uso de cigarrillos: Nunca ❑ Actualmente fuma ❑ # de paquetes/al día_____ por cuantos años_____?

Previamente ahumado ❑ # de paquetes/al día_____ por cuantos años _____? Cuántos años? _____

Estado civil: Soltero ❑ Casado ❑ Apartado ❑ Divorciado ❑ Viudo ❑

Firma del paciente_____ **Fecha** _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha: _____

Nuestros médicos deben obtener la información que se enumera a continuación para cumplir con los requisitos del programa Medicare Access and CHIP Reauthorization Act (MACRA), que fue implementado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Es un programa instituido para cambiar fundamentalmente la forma en que Estados Unidos evalúa y paga la atención médica.

POR FAVOR LLENE COMPLETAMENTE:

¿Tiene un PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA AVANZADO/DIRECCIONES ANTICIPADAS? (marque una)

- o NO
- o Si

IF SI:

- o No resucitar
- o Poder notarial duradero para atención médica Testamento vital
- o Testamento vital
- o No hay sustituto para la toma de decisiones
- o El paciente se negó a discutir la planificación anticipada de la atención.
- o Tomador de decisiones sustituto

USO DE TABACO: (marque una)

- o Fumador Actual
- o Ex fumador
- o Nunca fumé
- o Utiliza tabaco en otras formas

SI ES ASÍ: ¿Con qué frecuencia fuma cigarrillos?

- o Todos los días
- o Algunos días, pero no todos los días.

¿Cuántos cigarrillos fumas al día?

- o 5 o menos
- o 6-10
- o 11-20
- o 21-30
- o 31- más

¿Cuánto tiempo después de despertarte fumas tu primer cigarrillo?

- o dentro de 5 minutos
- o 6-30 minutos
- o 31-60 minutos
- o After 60 minutos

IF SI: ¿ESTÁS INTERESADO EN DEJAR DE FUMAR? (marque una)

- o Listo para dejar de fumar
- o Estoy pensando en dejarlo
- o No estoy listo para renunciar

SI ANTIGUO FUMADOR: ¿CUÁNTO TIEMPO HA SIDO DESDE QUE USTED FUMÓ POR ÚLTIMO? (POR FAVOR CIRCULAR UNO)

- o Menos de un mes
- o 1-3 meses
- o 3-6 meses
- o 6-12 meses
- o 1-5 años
- o 5-10 años
- o Más de 10 años

***Para su información, el uso de tabaco puede retrasar la curación y se recomienda dejar de fumar**.

USO DE ALCOHOL: (marque una)

¿Tomó usted alguna bebida que contenía alcohol durante el último año?

- o NO
- o Si

SI ES ASÍ: ¿CON QUÉ FRECUENCIA? (marque una)

- o Nunca
- o Mensual o menos
- o 2-4 veces al mes
- o 2-3 veces por semana
- o 4 o más veces a la semana

SI ES ASÍ: ¿Cuántas bebidas bebiste en un día típico durante el último año? (marque una)

- o 1-2
- o 3-4
- o 5-6
- o 7-9
- o 10 or more.

SI ES ASÍ: ¿Con qué frecuencia bebió 6 tragos o más en una ocasión durante el año pasado? (marque una)

- o Nunca
- o Menos de mensual
- o Mensual
- o Semanalmente
- o Diario o casi diario

*** Para su información, el uso de alcohol puede elevar s**

Revisión actual del cuestionario médico de sistemas

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha:_____

General

Aumento de peso	O Si	O No
Fiebre	O Si	O No
Sudores nocturnos	O Si	O No
Pérdida de peso inexplicable	O Si	O No

ENT

Discapacidad auditiva	O Si	O No
Zumbido en los oídos	O Si	O No
Sensibilidad en el cuero cabelludo	O Si	O No

Sistema Nervioso

Jaqueca	O Si	O No
debilidad, entumecimiento, hormigueo	O Si	O No
Mareos	O Si	O No

Corazón / Circulatorio

Hipertensión	O Si	O No
Dolor torácico	O Si	O No
Palpitaciones	O Si	O No
Marcapasos	O Si	O No
Ataque cardíaco/insuficiencia cardíaca	O Si	O No

Respiratorio

Asma	O Si	O No
Enfermedad pulmonar	O Si	O No
Dificultad para respirar	O Si	O No

Sistema Digestivo

Enfermedad ulcerosa	O Si	O No
Diarrea	O Si	O No
Vómitos/náuseas	O Si	O No
Estreñimiento	O Si	O No
Hepatitis	O Si	O No
Dolor abdominal	O Si	O No
Reflujo /Acidez	O Si	O No

Genitourinario

Infección del tracto urinario	O Si	O No
Sangrado urinario	O Si	O No
Menstruación alterada	O Si	O No
Micción incontrolada	O Si	O No
Nefropatía	O Si	O No

Sangre

Trastorno hemorrágico	O Si	O No
Glándulas inflamadas	O Si	O No
Anemia	O Si	O No
Tumores/enfermedades sanguíneas	O Si	O No

Musculoesquelético

Rigidez articular	O Si	O No
Dolor en las articulaciones	O Si	O No
Dolor de espalda	O Si	O No
Fractura ósea previa	O Si	O No
Otras limitaciones físicas	O Si	O No

Psicología

Depresión	O Si	O No
Alto nivel de estrés	O Si	O No
Cambio de humor	O Si	O No
Ataques de pánico	O Si	O No

Endocrinologla

Diabetis	O Si	O No
Enfermedad de la tiroide	O Si	O No
Enfermedad hormonal	O Si	O No

Neurología

Derrame cerebral	O Si	O No
Ataque Epilepticos	O Si	O No
Dificultades de Gota	O Si	O No

Dermatologla

Sarpullido	O Si	O No
Ronchas	O Si	O No
Masa/Tumores	O Si	O No

Antecedentes familiares

Madre aún viva	O Si	O No
El padre aún vive	O Si	O No

¿Tienes hijos?

- ○ No
- ○ 1
- ○ 2
- ○ 3
- ○ 4
- ○ More than 4:_____

Historia Social

Vive Solo O Si O No
O Con cónyuge
O Con niños
O Con Otro

¿Trabajas O Si O No
- ○ Full Time
- ○ Part Time

Ejercicio O Si O No
- ○ 1-3x/week
- ○ 4-7x/week

Orange Orthopedic Medical Group, Inc.

● Eric W. Lee, M.D. ● Ayaz A. Biviji, M.D. ● Nikita Bezrukov, M.D. ● Paul A. Beck, M.D

● Andres Taleisnik, M.D ● Ehsan Saadat, M.D. ● Jeffrey Sodl, M.D. ● Saman Shabani, M.D.

● Elizabeth McKinley, PA-C ● Melissa Kappes, PA-C ● Jenna Attiyeh, NP

1310 W Stewart Drive, Suite 410
Orange, CA 92868
(714)538-8549 Fax (714)538-1547

FORMA BE GARANTIA DE ELEGIBILIDAD

☐ PACIENTES SIN SEGURO:

Yo, _____ por la presente certifico que **no** tengo seguro
(Imprimir el nombre claramente)
y acepto pagar en su totalidad todos los servicios, el día en que se prestan. Soy consciente de que el pago se puede hacer en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. ***(Firma abajo)***

☐ PACIENTES CON SEGURO:

Yo, _____ por la presente certifico que no tengo seguro
(Imprimir el nombre claramente)
Después de la compañía de seguros de salud, ___ Si tengo un seguro HMO, he elegido a St. Joseph Hospital Affiliated Physicians como mi grupo médico. También certifico que he elegido a Dr._____ para ser mi proveedor médico. Entiendo que si lo anterior no es cierto o si no soy elegible bajo los términos de mi Acuerdo médico y de suscriptor, soy responsable de todos y cada uno de los cargos por los servicios prestados. Además, si lo anterior no es cierto, acepto pagar en su totalidad todos los servicios prestados dentro de los treinta días posteriores a la recepción de una factura del médico mencionado anteriormente. También acepto informar al proveedor de cualquier cambio en mi información personal (dirección, número de teléfono, etc.) o mi cobertura médica.

_____
Firma del Paciente/Miembro

_____
Verificado por

_____
Fecha

****Facturar a su compañía de seguros o compañía de compensación laboral es una cortesía que nuestra oficina se complace en extenderle. Si por alguna razón no recibimos el pago de ninguna fuente externa, el paciente es responsable del saldo en su totalidad.****

Orange Orthopedic Medical Group, Inc.

● Eric W. Lee, M.D. ● Ayaz A. Biviji, M.D. ● Nikita Bezrukov, M.D. ● Paul A. Beck, M.D

● Andres Taleisnik, M.D ● Ehsan Saadat, M.D. ● Jeffrey Sodl, M.D. ● Saman Shabani, M.D.

● Elizabeth McKinley, PA-C ● Melissa Kappes, PA-C ● Jenna Attiyeh, NP

1310 W Stewart Drive, Suite 410
Orange, CA 92868
(714)538-8549 Fax (714)538-1547

Plan de asociación con pacientes

Estimado paciente,

Bienvenido a nuestra práctica. Tenemos la intención de brindarle la atención y el servicio que espera y merece. Logrando su **La mejor salud posible** requiere una "asociación" entre usted y su médico. Como nuestro "socio en salud", le pedimos que nos ayude de las siguientes maneras:

Asistir a las citas de seguimiento y reprogramar las citas perdidas
Entiendo que mi médico querrá saber cómo progresa mi condición después de que salga de la oficina. Regresar a mi médico a tiempo le da la oportunidad de verificar mi condición y mi respuesta al tratamiento. Durante una cita de seguimiento, mi médico podría ordenar pruebas, derivarme a un especialista, recetarme medicamentos o incluso descubrir y tratar una afección de salud grave. Si falto a una cita y no reprograma, corro el riesgo de que mi médico no pueda detectar y tratar una afección de salud grave. Haré todo lo posible para reprogramar las citas perdidas lo antes posible

Llame a la oficina cuando no escuche los resultados de los análisis de laboratorio y otras pruebas
Entiendo que el objetivo de mi médico es informarme los resultados de mi laboratorio, escaneo y / o prueba lo antes posible. Sin embargo, si no recibo noticias del consultorio de mi médico dentro de 1 semana después de hacerme la prueba, llamaré a la oficina para obtener los resultados de mi prueba.

Informe a mi médico si decido no seguir su plan de tratamiento recomendado
Entiendo que después de examinarme, mi médico puede hacer ciertas recomendaciones basadas en lo que él siente que son mejores para mi salud. Esto podría incluir recetarme medicamentos, referirme a un especialista, ordenar laboratorios y pruebas, o incluso pedirme que regrese a la oficina dentro de un cierto período de tiempo. Entiendo que no seguir mi plan de tratamiento puede tener graves efectos negativos en mi salud. Le informaré a mi médico cada vez que decida no seguir sus recomendaciones para que pueda informarme completamente de cualquier riesgo asociado con mi decisión de retrasar o rechazar el tratamiento.

Base de datos de Open Payments
"La base de datos Open Payments es una herramienta federal utilizada para buscar pagos realizados por compañías farmacéuticas y de dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en https://openpaymentsdata.cms.gov

Gracias por su colaboración. Como nuestro paciente, usted tiene derecho a ser informado sobre su atención médica. Lo invitamos, en cualquier momento, a hacer preguntas, informar síntomas o discutir cualquier inquietud que pueda tener.
Si necesita más información sobre su salud o condición, por favor pregunte.

_____	_____	_____
Firma del Paciente	Fecha	Firma del Doctor

Orange Orthopedic Medical Group, Inc.

● Eric W. Lee, M.D. ● Ayaz A. Biviji, M.D. ● Nikita Bezrukov, M.D. ● Paul A. Beck, M.D

● Andres Taleisnik, M.D ● Ehsan Saadat, M.D. ● Jeffrey Sodl, M.D. ● Saman Shabani, M.D.

● Elizabeth McKinley, PA-C ● Melissa Kappes, PA-C ● Jenna Attiyeh, NP

1310 W Stewart Drive, Suite 410
Orange, CA 92868
(714)538-8549 Fax (714)538-1547

POR FAVOR, LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

Protocolo de prescripción de medicamentos y formulario de responsabilidad del paciente

Debido al aumento de la vigilancia y los requisitos de la Agencia de Control de Drogas y la Junta Médica de California, Orange Orthopedic Medical Group, Inc. ha adoptado algunos estándares de política profesional para pacientes, médicos y personal con respecto a la prescripción y renovación de medicamentos.

Los medicamentos narcóticos no se dispensarán a ningún paciente sin la aprobación de uno de los cirujanos ortopédicos mencionados anteriormente.

Las solicitudes de resurtido de medicamentos solo serán aceptadas por las solicitudes de farmacia por fax con 72 horas de anticipación.
NO se otorgarán resurtidos por solicitudes de pacientes.

Las recargas de medicamentos no estarán disponibles después del horario de oficina, fines de semana o días festivos.

Los pacientes sin cita previa no otorgarán resurtidos de medicamentos sin la autorización previa por escrito de uno de los cirujanos ortopédicos mencionados anteriormente.

Todos los medicamentos dispensados al paciente son responsabilidad de los pacientes y deben tomarse según las indicaciones del médico que prescribe. No se otorgarán resurtidos para los pacientes que faltaron a su última cita programada o que no han sido vistos en los últimos 6 meses.

Creemos que este protocolo no solo mejorará los problemas de seguridad con los medicamentos para los pacientes, sino que también confirmará la mejora de los estándares profesionales y éticos en la prestación de atención médica de calidad.

Consentimiento de RX History

Doy permiso para que Orange Orthopedic Medical group, Inc vea mi historial de medicamentos externos

_____ _____
Firma del Paciente/Miembro Nombre de impresión

Llamadas de pacientes devueltos

Debido a los horarios ocupados de la clínica y la cirugía de los médicos, espere 2 días hábiles para todas las llamadas / preguntas de pacientes devueltos que le queden a su médico. Se harán excepciones para situaciones de emergencia.

Yo _____ entender y estar de acuerdo con las instrucciones que me dio OOMG, Inc.,
(Nombre en molde)

Firma del Paciente _____ **Fecha** _____

Orange Orthopedic Medical Group, Inc.

● Eric W. Lee, M.D. ● Ayaz A. Biviji, M.D. ● Nikita Bezrukov, M.D. ● Paul A. Beck, M.D

● Andres Taleisnik, M.D ● Ehsan Saadat, M.D. ● Jeffrey Sodl, M.D. ● Saman Shabani, M.D.

● Elizabeth McKinley, PA-C ● Melissa Kappes, PA-C ● Jenna Attiyeh, NP

1310 W Stewart Drive, Suite 410
Orange, CA 92868
(714)538-8549 Fax (714)538-1547

Correo de voz o mensajes de correo electrónico
Puede haber ocasiones en que nuestra oficina no pueda comunicarse con usted por teléfono. Con su permiso, nos gustaría poder dejar mensajes en su correo de voz o correo electrónico. Para cumplir con las estrictas normas legales, una autorización por escrito nos permitirá dejar un mensaje en su correo de voz o permitirnos enviarle un correo electrónico. Al firmar a continuación, nos autoriza a comunicarnos con usted por correo electrónico o correo de voz.

Número de teléfono de contacto preferido (_____) _____

Dirección de correo electrónico preferida _____

AUTORIZACION DESIGNADA PARA LIBERACION DE 1NFORMACJON MEDICA
Algunos pacientes prefieren que otros individuos, especialmente miembros de la familia, son permitidos acceso a su información médica. Para conformarse con estándares legales estrictos, una liberación escrito es requerida a permitir otro acceso de persona a sus historiales medicos.
Esta liberación les otorga permiso a individuos listaron abajo a: Haga o confirme las citas, tiene acceso para radiografiar y conclusiones de laboratorio, recoger medicinas de muestra, enterandose de su diagnóstico, del pronóstico, y de planes de tratamiento, y sirve como su contacto de emergencia. Este permiso aplica para telefonear y mensajes de contestador asI como otos medios de comunicación.

1. Persona Designada: _____

Teléfono: _____Relación: _____

2. Persona Designada: _____

Teléfono: _____ Relación: _____

RECONOCIMIENTO de HIPAA

He sido dado la oportunidad de leer la Nota de HIPAA de Prá.cticas de Intimidad para la Información Protegida de la Salud situó en la sala de espera. He sido dado una copia de la Nota de HIPAA de Prácticas de Intimidad para la Información Protegida de la Salud.

Fichado: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente (molde): _____ Teléfono: _____

Si no está firmado por el paciente, indique la relación

☐ Padre o tutor del paciente menor

Tutor o curador de un paciente incompetente

Orange Orthopedic Medical Group, Inc.

● Eric W. Lee, M.D. ● Ayaz A. Biviji, M.D. ● Nikita Bezrukov, M.D. ● Paul A. Beck, M.D

● Andres Taleisnik, M.D ● Ehsan Saadat, M.D. ● Jeffrey Sodl, M.D. ● Saman Shabani, M.D.

● Elizabeth McKinley, PA-C ● Melissa Kappes, PA-C ● Jenna Attiyeh, NP

1310 W Stewart Drive, Suite 410
Orange, CA 92868
(714)538-8549 Fax (714)538-1547

Política de no presentación y citas perdidas

Effective 10-21-2025

Al programar su cita en nuestra oficina, reservamos un horario exclusivo para usted. Nuestra política exige un aviso con al menos 48 horas de anticipación si necesita cancelar o reprogramar su cita. Esta cortesía nos permite ofrecer su horario reservado a otro paciente que necesite atención.

tenga en cuenta:

- Se aplicará una tarifa de $50 por cualquier cita perdida o por cancelación/reprogramación realizada con menos de 48 horas de anticipación..
- **Las cancelaciones tardías repetidas** o **las citas perdidas darán** como resultado la **pérdida de futuros privilegios** de programación y el posible **despido del consultorio**.

Reconocimiento de la paciente:

_____ Entiendo que si no cancelo o no me presento a una cita, seré

Please initial

Sujeta a una tarifa de **$50 por no presentarse / cita perdida**.

He leído, comprendido y acepto la política anterior.

_____

Imprimir nombre **Firma** **Fecha**

Orange Orthopedic Medical Group, Inc.

● Eric W. Lee, M.D. ● Ayaz A. Biviji, M.D. ● Nikita Bezrukov, M.D. ● Paul A. Beck, M.D

● Andres Taleisnik, M.D ● Ehsan Saadat, M.D. ● Jeffrey Sodl, M.D. ● Saman Shabani, M.D.

● Elizabeth McKinley, PA-C ● Melissa Kappes, PA-C ● Jenna Attiyeh, NP

1310 W Stewart Drive, Suite 410
Orange, CA 92868
(714)538-8549 Fax (714)538-1547

Disability & Insurance Claim Form Policy

Los formularios de reclamo de seguro y discapacidad se completan por orden de llegada. Cada formulario tiene una fecha estampada cuando se recibe. Luego se procesan en ese orden.

El período normal de procesamiento de estos formularios es de siete a diez (7-10) **días hábiles**. Este período de tiempo nos permite obtener el dictado del médico para obtener un estado de discapacidad preciso. State Disability tiene un proceso en línea para presentar reclamos por discapacidad. Consulte la página siguiente para obtener instrucciones.

Para los pacientes que tienen un formulario de "Regreso al trabajo" y regresan a trabajar el mismo día de su evaluación, podremos completar el formulario al final del día.

Informe a la recepción si tiene algún formulario que deba completarse cuando se registre para su cita. Si desea que le enviemos su formulario por correo, proporciónenos un sobre con su dirección y sello.

Nuestra oficina requiere que los pacientes paguen una tarifa, **por adelantado**, por cada formulario de discapacidad/seguro/trabajo que se nos presente para completar.

Fee Schedule:

Misc Forms	**1-2 Pages**	**$12**
	3-5 Pages	**$20**
	6 pages +	**$25**
State Disability	**Initial Claim**	**$20**
Paper or Online	**Extension**	**$12**

Aunque nuestra oficina estará más que feliz de completar sus formularios de discapacidad/seguro/trabajo, en última instancia, es responsabilidad del paciente conocer y comprender los requisitos y la política de discapacidad de su empleador.

He leído y entiendo la política anterior.

_____ _____

Firma del paciente **Fecha**

_____

Imprima el nombre del paciente

***** Como cortesía, hemos incluido instrucciones para presentar reclamos estatales por incapacidad en línea en la página siguiente



SDI Online Tips

Employment Development Department
State of California

Are you unable to work because of a pregnancy, non-work-related disability or need to bond with a new child, care for an ill family member, or assist a military family member? Use SDI Online to apply for Disability Insurance (DI) or Paid Family Leave (PFL) benefits!

.

Get Started Today!

Create Your myEDD Account

If you already have a myEDD account, you may skip this step.

- Visit myEDD (myedd.edd.ca.gov) and select **Create Account**.
- Enter a personal email and create a password.
- Select your preferred language and accept our terms and conditions.
- Check your email. Select the unique link within 48 hours to complete the process or you'll need to start over.

Make sure to check your spam folder if you don't see this message in your inbox.

Register in SDI Online

Log in to myEDD and select **SDI Online** to begin registration.

- Select the **Register as a Claimant** link.
- Enter all required information such as legal name and date of birth as it appears on your California Driver's license (CDL) or identification (ID) card.
- Select **Submit** and save your EDD Customer Account Number for future reference.

You will need to file by mail if you do not have a CDL or ID.

File Your DI or PFL Claim

Log in to myEDD and select **SDI Online** to get started.

- Select **New Claim**.
- Select the appropriate link to apply for DI or PFL benefits.
- Enter all required information including your employer's details, last date worked, wages received after you stopped working, and any workers' compensation information, if applicable.
- Review the information you entered and select **Submit**.
- After submitting your claim, a confirmation page will display. Save your receipt number and follow the instructions to complete your DI or PFL claim.

What's Next?

DI claims require a medical certification for your disability. Provide your receipt number to your licensed health professional (edd.ca.gov/en/Disability/Physicians-Practitioners).

Care claims require a completed Claim for Paid Family Leave (PFL) Care Benefits (DE 2501FC) uploaded to the claim. The licensed health professional can complete their certification through SDI Online or by using the DE 2501FC.

Bonding claims require proof of relationship documentation:

- Child's birth certificate.
- Foster care placement record.
- Adoptive Placement Agreement.
- New mothers transitioning from a DI pregnancy claim do not need to submit proof of relationship documentation.

Military Assist claims require supporting military documentation:

- Covered active duty orders.
- Letter of impending call or order to covered duty.
- Documentation of leave for Rest and Recuperation.
- Documentation of the qualifying events.

After you upload all necessary documents, we will review your claim and notify you of approval or denial within 14 days.

For additional help with your SDI Online account, view the SDI Online Tutorials (edd.ca.gov/en/disability/SDI_Online_Tutorials/).

The EDD is an equal opportunity employer/program. Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities. Requests for services, aids, and/or alternate formats need to be made by calling 1-866-490-8879 (voice). TTY users, please call the California Relay Service at 711.

DE 8515 Rev. 6 (6-23) (INTERNET)