

# Registration

# West Point Medical Center

Rancho Cucamonga       Fontana       San Bernardino  
 8520 Archibald St. Ste. B Bldg. #20      7798 Cherry Ave.      1800 Medical Center Dr. Ste. 99

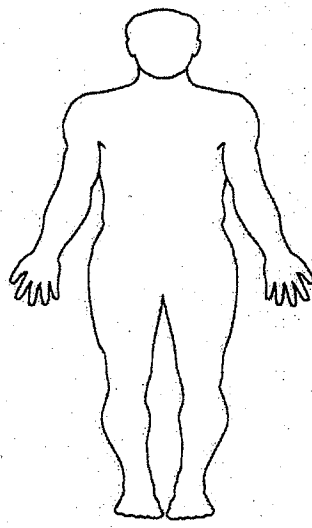
<b>DATE/FECHA:</b>				<b>SSN#:</b> -      -	
<b>Last/Apellido</b>	<b>First/Nombre</b>	<b>Middle</b>	<b>Title</b>	<b>Marital Status / Estado Civil</b>	
<b>Street Address / Direccion De Casa</b>				<b>DOB</b> Fecha de nacimiento	<b>Gender</b> H/M
<b>City/Ciudad</b>	<b>State/Estado</b>	<b>ZIP/Codigo Postal</b>		/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>I wish to be contacted in the following manner:</b>				<b>Home # (Numero de telefono)</b>	
<input type="checkbox"/> Written Communication <input type="checkbox"/> Verbal Communication <input type="checkbox"/> Other :				(    )	
				<b>Fax</b>	
				(    )	
<b>Occupation / Ocupacion</b>		<b>Employer / Trabajo</b>		<b>Employer Ph (Numero De Trabajo)</b>	
				(    )	

**DESCRIBE THE INJURY / DESCRIBE EL ACCIDENTE/OR SINTOMAS**

Where was the accident? / Donde se lastimo

Date & Time of Injury (Fecha y Hora de Accidente)

**MARK THE BODY PART INJURED & LEVEL OF PAIN**  
 From 0 to 10. Zero means no pain and 10 means very severe pain.  
**MARQUE LA PARTE DEL CUERPO QUE SE LASTIMO.**  
 Del 0 al 10. 0 siendo no tanto dolor 10 siendo mucho dolor.



Anatomical Position

**IN CASE OF EMERGENCY CONTACT (EN CASO DE EMERGENCIA)**

Name / Nombre	Relationship / Relacion	Home#(casa)	Work #(Trabajo)
1)		(    )	(    )
2)		(    )	(    )

The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits be paid directly to WPMC. I understand that West Point Medical Center will bill my insurance company or your employer for the services provided. However if insurance company denies the payment for any reason, injury is determined not to be work related, or the claim is denied I will be responsible for the full payment. I authorize my medical records to be released to my employer, insurance company, 3<sup>rd</sup> party administrator, and/or PCP.

Según mi conocimiento la información anteriormente mencionada es correcta. Yo autorizo que los beneficios de mi seguro sean pagados directamente a WPMC. Yo comprendo que el Centro Médico Westpoint le enviará el cobro directamente a mi empleador por los servicios rendidos. Sin embargo, si por alguna rason la aseguranza no paga yo sere responsable de pagar la cuenta, si se determina que mi lesión no es relacionada con el trabajo, o si la demanda es rechazada, yo seré responsable de pagar la cuenta. Yo autorizo que mis archivos medicos estén disponibles para mi empleador, mi aseguranza, alguna tercer persona administrativa, y/o Provedor.

<b>Signature (Firma)</b>	<b>Date / Fecha</b>
<b>Parent/Guardian (Padres/Guardian)</b>	<b>Date / Fecha</b>

# West Point Medical Center Health History Questionnaire

Rancho Cucamonga       Fontana       San Bernardino  
 8520 Archibald St. Ste. B Bldg. #20      7798 Cherry Ave.      1800 Medical Center Dr. Ste. 99

**Nombre (apellido, primero, MI.):** \_\_\_\_\_  M  H      **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**1. Razon por la visita de hoy:** \_\_\_\_\_ **Cuantos días?** \_\_\_\_\_

**2. Describe cualquier cirugía que alla tenido y tenga y que se este tratando Ahora** \_\_\_\_\_

**3. Describe cualquier cirugía que a tenido:** \_\_\_\_\_

**4. Medicamentos que este tomando horita, tambien los que compra sin una prescripcion (como aspirinas, vitaminas, ect..)** \_\_\_\_\_

**5. Alergias algun medicamento:**

Alergico a	Reacsoion	Alergico a	Reaccion
_____	_____	_____	_____

**6. Enfermedades de nino:**     Measles     Mumps     Rubella     Chickenpox     Polio     Rheumatic Fever

**7. Vacunas:**     Tetano \_\_\_\_\_ anos     Hepatitis     MMR     Polio     HIB     Pneumonia

**9. Historia Familiar:**     Diabetes     Alta presion     Condisiones en el corazon     Cancer \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

**10. Fumas, tomas o abusos de cualquier otra substancia, y cuanto?** \_\_\_\_\_

**Historia de salud:**

SI	No	Uste Tiene:	Yes	No	Uste Tiene:
		Cansancio, o cambio de peso?			Dolor al orinar, orina mucho o sangre en la orina?
		Dolor de cabeza, mareos, problemas en la vista?			Algun cambio de la Forma de la horina?
		Dolor en oidos, pus, infeccion, problemas oyendo?			Mucho dolor menstrual?
		Congestion, dolor de garganta?			Dolor en el cuello, en la espalda, otros tendons?
		Dolor de cuello o inflamasion?			Se a lastimado en el trabajo o disabilitato?
		Respiracion corta, asthma?			Arthritis en la familia?
		Tos, congestion en el pecho?			Perdida de mano, pie, brazo, dedos etc.....
		Infeccion en los pulmones?			Hitoria de ataques, paro cardiaco o se lastimo la espa
		Dolor de pecho, pression ect.			Historia de algun trauma ocontusion de la cabeza?
		Condisiones en el corazon, marka pasos?			Epilectico prdida deconosimiento o mareos?
		Operaciones en el corazon?			Paralysis, Cordinicion?
		Ulceras en el estomago?			Dificultad de memoria y ablar?
		Vomito o diarrea?			Disturbiodo algun problema del nervios?
		Dolor de estomago, gas, indigestion?			Depresion oh ataques de nervios?
		Sangre en el desecho o cambio el Habito del bano?			Attento de asesinato?
		Enfermedad del Hgado?			Picason o algun abnormal lunar?
		Diabetes, enfermedad de los rinones, dialysis?			Anemia, sangra facil y moretes?
		Enfermedad Veneria?			Thyroides otro hormonal desorden?

**Si contesto si en alguna pregunta, indique el diagnostico y el tratamiento corriente** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

# WPMC Poliza Financial de la Oficina

**Poliza Basica:** Yo entiendo que West Point Medical Center le cobrara a la aseguransa de mi trabajo por los servicios que me prohevieron. Sin embargo, si la aseguransa de la compania se niega aser los pagos por alguna razon, incluyendo pero no limitado a Deductibles no encontrado, fuera del systema de servicio, negasiones de pre-autorizados. Yo sere responsable por todos los pagos. **NO Rembolso.**

**Pacintes con Aseguransa:** Nosotros les cobramos a varias de las aseguransas por ustedes si el papeleo esta correctamente prohebidoa nosotros. Co-pagos y/o deductibles tienen que ser pagados al momento que se le prohebe la ayuda.

**Pacientes con Medicare:** Nosotros cobramos a Medicare por ustedes. Co-pagos y deductibles se asen al momento del servicio.

**Precios de Sirugias:** Todos los Co-pagos, deductibles y pagos para no sirugias cubiertà tienen que ser pagados al momento de ser vistos por el Dr. Authorisasion prioridad puede que la requiera la aseguransa.

**Servicios No Cubiertos:** Cualquier servicio no pagado por la aseguransa se le cobrara el pago en total al momento de los servicios prohebidos o al momento del reclamo negado.

**Compensasion Al Trabajador:** Si su accidente fue causa al trabajo, nesitamos authorisasion del empleo para tratarlo en la oficina, el numero del casoy el cargador del nombrede que lleba el caso antesde su visita en orden que podamos cobrar ala aseguransade la compania de compensasion al trabajador.

**Chequeo Annual:** Chequeos periodicos puede ser cubierto bajo la poliza de la aseguransa medica. Es su responsibilidad verificar con suaseguransa de su compania que las visitas sean cubiertas bajo la poliza de la asguransa antes de ser una cita, porque usted sera responsable porcualquierservicio no cubierto.

**Aseguransas HMO:** Nosotros participamos con algunas pero no todas que sean de HMO Health Maintenance Organization. En muchos casos necesitas una referencia de su Dr primario o un numero de authorisasion de HMO que nos ayudara a tratarlo. Es su responsibilidad de verificar con su aseguransa que todo esto sea cubierto bajo su plan medico. Recuerde que cualquier servicio no cubierto por la aseguransa sera responsable por la cuenta.

Signature: \_\_\_\_\_

## "Nosotros requerimos Foto copias de su tarjeta medica y de su indentificacion"

**Pacientes con Medicare:** Yo quiero pagos de beneficion de Medicare authorisados que se agan directamente a West Point Medical Center, para cualquier informacion de mi, a cualquier financiamiento medico administritivo y a sus agentes cualquier informacion que necesiten para determinar los beneficios pagados relacionado con los servicios.

Yo entiendo que mi firma requiere que los pagos se agan authorisados y suelten informacion medica que sea nesesaria para pagar cualquier reclamo. Si cualquier otro aseguransamedica es indicado en el formulario HCFA-1500 espacio 9 o otro reclamo aprobado, formas o electronico, mi firma authorisa soltar informacion alas aseguransas o agencias. El Medicare asigna casos, que el prohebedor a pruebe que se accepten el cargo determinado de Medicare, el cargo total y el paciente es responsable por los deductibles y/o coinsurance y el deductible se abase de los cargos determinado de Medicare intermedio.

Patient's: \_\_\_\_\_ Medicare# \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**MEDICARE Patient's Signature:** \_\_\_\_\_

# Notice of Privacy Practices

West Point Medical Center  
7774 Cherry Avenue. Fontana, Calif. 92336  
Privacy Officer 909-355-1296

I hereby acknowledge that I received 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.

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

If not signed by the patient, please indicate relationship:

parent or guardian of minor patient

guardian or conservator of an incompetent patient

Name and Address of Patient:

## Notificacion de Practicas Privadas

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de esta practica medica de practicas de privacidad. Ademas, reconozco que una copia del aviso actual sera fijada en la zona de recepcion, y que una copia de la Notificacion de Practicas de Privacidad modificado estara disponible en cada cita.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Si no esta firmada por el paciente, por favor indique la relacion:

El padre o tutor del paciente menor de edad

Tutor o curador de un paciente inopetente

Nombre y direccion del paciente: