

# Registration

# West Point Medical Center

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

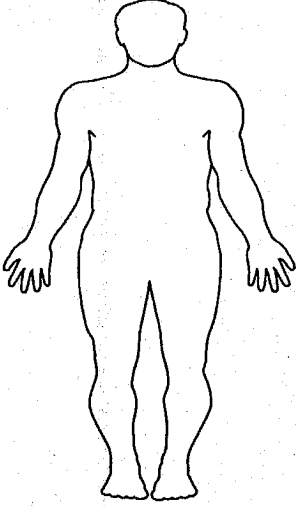
<b>DATE/ FECHA:</b>				<b>SSN#:</b> - - -	
<b>Last/Apellido</b>	<b>First/Nombre</b>	<b>Middle</b>	<b>Title</b>	<b>Marital Status / Estado Civil</b>	
<b>Street Address / Direccion De Casa</b>				<b>DOB</b> Fecha de nacimiento	<b>Gender</b> H/M
<b>City/Ciudad</b>	<b>State/Estado</b>	<b>ZIP/Codigo Postal</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 cuando no tanto dolor 10 cuando 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 será 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. Rason por la visita de hoy:** \_\_\_\_\_ **Cuantos dias?** \_\_\_\_\_

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

**3. Describe cualquier sirugia 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:**       Diabetis       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:
		Cansando, o cambio de peso?			Dolor al orinar, orina mucho o sangre en la orina?
		Dolor de cabesa, 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?			Historia 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 Higado?			Picason o algun abnormal lunar?
		Diabetis, 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 currente** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## WPMC Poliza Financiera 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, negaciones de pre-authorized. 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 prohibidoa 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 cubierta tienen que ser pagados al momento de ser vistos por el Dr. Authorisation 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 prohibidos o al momento del reclamo negado.

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

**Chequeo Anual:** Chequeos periodicos puede ser cubierto bajo la poliza de la aseguransa medica. Es su responsabilidad 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 authorisation de HMO que nos ayudara a tratarlo. Es su responsabilidad 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 autorizados 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 autorizados 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 acepten 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:** \_\_\_\_\_