



600 N. MOUNTAIN AVE., SUITE A104 UPLAND, CA. 91786
(909) 931-1033 FAX (909) 981-8976
Horas: 8:30 - 5:30 P.M.
Cerrado entre 12:30 P.M. - 1:30 P.M.

En nombre de todo el personal de Women's Medical Group of Upland, quisieramos darle la bienvenida a nuestra práctica. Le agradecemos su preferencia:

Fecha: _____ **hora de cita** _____

En caso que no pueda asistir a su cita necesitamos recibir aviso por lo menos 24 horas antes. Agregado encontrara formas que necesita llenar y traer a su cita. Por favor incluya cualquier pregunta o duda que tenga.

Es muy importante que traiga su tarjeta de aseguranza medica. Tambien necesitamos un tipo de identificación cuando venga y entregue su tarjeta de aseguranza a la hora de su cita.

SI NO TIENE SU TARJETA DE ASEGURANZA Y UN TIPO DE IDENTIFICACION VAMOS A TENER QUE CAMBIAR SU CITA. ESTA ES UNA POLIZA ESTRICTA POR MEDIO DE LA COMISION FEDERAL DE COMERCIO EFECTIVO AGOSTO 1, DEL 2009. NOS DISCULPAMOS DE ANTEMANO POR CUALQUIER INCONVENIENCIA.

Por favor de presentarse 15 minutos antes de su cita, con la excepciòn de las citas de las 8:30 am y 1:30 pm. Si tiene cualquier otra pregunta antes de su cita por favor llamenos al número disponible arriba. Esperamos Conocerla

Sinceramente,

Grace Williams

Servicios de atención al paciente

WOMEN'S MEDICAL GROUP OF UPLAND, INC.
 600 N. Mountain Ave., Suite A104 Upland, CA. 91786
 (909) 931-1033 FAX (909) 981-8976
FORMA de REGISTRO
 (Imprime)

| | |
|---------------|-----------------|
| Fecha de hoy: | Doctor General: |
|---------------|-----------------|

INFORMACIÓN DE LA PACIENTE

| | | | | | |
|---|---------------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------|--|
| Apellido: | Nombre: | 2 nd Nom. | <input type="checkbox"/> Sr. | <input type="checkbox"/> Srta. | Estado civil (círculo uno) Sol/ Casada / Div / Sep / Viu. |
| es este su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Si no, cuál es su nombre legal? | Nombre anterior: | Fecha de nacimiento: / / | Edad: | |
| Dirección: | Seguro Social #: | Teléfono: () | | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: | P.O. caja: | | |
| Ocupación: | Trabajó y dirección: | Teléfono de trabajó: () | | | |
| Quien la recomendo a nuestra clinica: | <input type="checkbox"/> El Dr. | <input type="checkbox"/> Aseguranza | <input type="checkbox"/> hospital | | |
| <input type="checkbox"/> Familia | <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Paginas Amarillas | <input type="checkbox"/> Otro | | |
| Otros miembros de familia que vienen aquí: | | | | | |

INFORMACIÓN DEL ASEGURANZA

(por favor dé su tarjeta de aseguranza a la recepcionista)

| | | | | | |
|--|--|--------------------------------|-----------------------------|-------------------|----------------|
| responsable de cuenta: | Fecha de nacimiento: / / | Dirección (si es diferente): | Teléfono de casa: () | | |
| Es la persona un paciente aqui? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Ocupación: | Trabajó y dirección: | Teléfono de trabajó: () | | | |
| El paciente esta cubierto por la aseguranza? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Nombre de aseguranza primario: | | | | | |
| Nombre del suscriptor: | Seguro Social del suscriptor: | Fecha de nacimiento: / / | Numero de Grupo: | Numero de Póliza: | Co-pago: \$ |
| Relación del paciente al suscriptor: | <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> esposo <input type="checkbox"/> niño <input type="checkbox"/> otro | | | | |
| Nombre del seguro secundario: | Nombre del suscriptor: | Numero de Grupo: | Numero de Póliza: | | |
| Relación del paciente al suscriptor: | <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> esposo <input type="checkbox"/> niño <input type="checkbox"/> Otro | | | | |

EN CASO DE URGENCIA

| | | | |
|---|----------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| nombre de amigo o pariente local (que no vive en la misma dirección): | Relación al paciente | Teléfono de casa: () | Teléfono de trabajó: () |
|---|----------------------|-----------------------------|--------------------------------|

La información antes dicha es verdadera a mi conocimiento. Autorizo mis derechos de la aseguranza se pague directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance si o no pagado por mi aseguranza. También autorizo a Women's Medical group of Upland o de la compañía de aseguranza proporcionar cualquier información requerida para procesar mis demandas.

firma del paciente/del guarda
Fecha



600 N. Mountain Ave., Suite A104 Upland, CA. 91786
(909) 931-1033 FAX (909) 981-8976

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO
DE
AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que una copia del aviso actual de las prácticas del aislamiento está fijada en el área de la recepción. De acuerdo a mi conveniencia leer este aviso.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Si no esta firmado por el paciente indique por favor:

Relación:

_____ Padre/ guardian

_____ Beneficiario o representante personal

Nombre del paciente: _____



600 N. Mountain Ave., Suite A104 Upland, CA. 91786
(909) 931-1033 FAX (909) 981-8976

Por favor tenga en cuenta que cualquier honorarios y/o cuenta del laboratorio que usted pueda recibir, en donde se envían su resultados **no es** la responsabilidad de esta oficina. Por favor comunicarse con su aseguranza si usted no esta seguro que esta cubierto por su portador de aseguranza.

Por favor de firmar si usted ha recibido esté aviso.

Firma: _____

Fecha: _____

Gracias,

Women's Medical Group of Upland



600 N. Mountain Ave., Suite A104 Upland, CA. 91786
(909) 931-1033 FAX (909) 981-8976

Póliza y procedimientos de la facturación:

- Cobrarán al paciente un honorario de \$25.00 por cualquier cita no cancelada dentro de 24hrs antes de su cita.
- Se proporciona la facturación de la cortesía cuando la información apropiada ha sido equipada por el paciente. Esto incluye tarjetas del seguro, direcciones en donde mandan las cuentas, y la información del suscriptor. Si esta información no se proporciona antes de la facturación será la responsabilidad del paciente..
- Si la compañía de aseguranza no cubre la cuenta del paciente por completo es la responsabilidad del paciente.
- No todos los servicios son ventajas cubiertas de todos los contratos de aseguranza. El paciente es responsable de saber si su aseguranza cubrirá cierto servicios necesitados. En caso que la compañía de aseguranza no cubra los servicios es la responsabilidad del paciente pagar esa cuenta.
- Es la responsabilidad del paciente comprobar con la compañía de aseguranza con respecto a la autorización antes de su cita.
- **Pacientes De HMO:** es la responsabilidad del paciente serciorarse de que es la políza eficaz con Primecare Medical group of Inland Valley. Tratarán al paciente de los asegurados que no es un miembro activo con el grupo médico de Primecare Medical group of Inland Valley y no tiene un punto del plan de servicio como efectivo que paga a pacientes. Toda cuota es debida cuando se rinden los servicios.
- Se acepta la asignación de Aseguranza de enfermedad. Es una cortesía nosotros mandar la cuenta a la aseguranza secundario una vez. Cualquier balance no cubierto será la responsabilidad del paciente.
- **Cuota** y los deductibles son pagados cuando los servicios se rinden con la excepción del paciente quirúrgico y obstétrico's. Se requiere al paciente programado para cirugías hacer pago por la cita Pre-Operacion. Los pacientes obstétricos son responsables del pago conforme al contrato de OB proporcionado por nuestra oficina.
- Todas las cuentas son debidas y pagaderas en el plazo de 60 días a partir de la fecha del servicio a menos que se hayan tomado las medidas.

Firma del paciente/Guardia _____

Fecha: _____

| Histórico Quirúrgico | | Historia Médica Familiar | |
|--|--------------|---|----------------------|
| Cirugía Ginecológico | Fecha | Enfermedad | Pariente/Edad |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía Abdominal | _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer de seno | _____ |
| <input type="checkbox"/> Reparación vaginal anterior | _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular | _____ |
| <input type="checkbox"/> Procedimiento de Burch | _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer del Cuello Uterino | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cesárea | _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer del Colorrectal | _____ |
| <input type="checkbox"/> Conización | _____ | <input type="checkbox"/> Pólipos de colon | _____ |
| <input type="checkbox"/> Criocirugía | _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del arteria coronaria | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dilatación y curetaje | _____ | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia Diabetes | _____ |
| <input type="checkbox"/> Eliminación de embarazo ectópico | _____ | <input type="checkbox"/> Síndrome de Hipercoagulabilidad | _____ |
| <input type="checkbox"/> Essure | _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión, Esenciales | _____ |
| <input type="checkbox"/> Histeroscopia | _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía asistida laporoscópica | _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario | _____ |
| <input type="checkbox"/> La ligadura de trompas laparoscópica | _____ | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Laparoscopia | _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer Uterino | _____ |
| <input type="checkbox"/> Leep | _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Miomectomía | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Ooforectomía bilateral | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Cistectomía ovárica | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Reparación paravaginal | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Reparación posterior | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Salpingoectomy | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Salpingo ooforectomía bilateral | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Procedimiento de Cabestrillo | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> TVT Cabestrillo | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Entrega Vaginal | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía vaginal | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | _____ | | |
| Cirugía Común | | Historia Genética | |
| Nombre | Fecha | Nombre | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Appendectomy | _____ | <input type="checkbox"/> Anomalía congénital | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del Espalda | _____ | <input type="checkbox"/> Anomalía cardiac congénital | _____ |
| <input type="checkbox"/> Implantes de senos | _____ | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | _____ |
| <input type="checkbox"/> Reducción de senos | _____ | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | _____ |
| <input type="checkbox"/> CABG | _____ | <input type="checkbox"/> Síndrome X Frágil | _____ |
| <input type="checkbox"/> Colectistomía | _____ | <input type="checkbox"/> Hemofilia | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cystoscopia | _____ | <input type="checkbox"/> Anomalías Renales | _____ |
| <input type="checkbox"/> Reparación de la Hernia | _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal, quístico | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Cadera | _____ | <input type="checkbox"/> Síndrome de Marfan | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de rodilla | _____ | <input type="checkbox"/> Retraso Mental | _____ |
| <input type="checkbox"/> Lumpectomía (Senos) | _____ | <input type="checkbox"/> Defecto del tubo neural | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mastectomía | _____ | <input type="checkbox"/> Riñón poliquístico, autosómica dominante | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiroidectomía | _____ | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Espina Bífida | _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Tay-Sachs | _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Talasemia | _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Síndrome de Turner | _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Anomalía del útero, congénita | _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Defecto septal ventricular | _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Otro _____ | _____ |
| Pregnancy History | | Historia Menstrual | |
| <input type="checkbox"/> Número total de embarazos | _____ | <input type="checkbox"/> Edad | _____ |
| <input type="checkbox"/> Embarazos a término | _____ | <input type="checkbox"/> Intervalo | _____ |
| <input type="checkbox"/> Embarazos prematuros | _____ | <input type="checkbox"/> Duración | _____ |
| <input type="checkbox"/> Número de abortos involuntarios/abortos | _____ | <input type="checkbox"/> último período menstrual | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hijos que viven | _____ | <input type="checkbox"/> Menopausia | _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Edad cuando empezó menopausia | _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Control de la Natalidad | _____ |

