

# Inland Pulmonary Specialists

Anoop Maheshwari, MD

Young H. Lee, MD

2275 S. Main St  
Corona Ca 92882

31571 Canyon Estates Dr # 219  
Lake Elsinore Ca 92532

4646 Brockton Ave #203  
Riverside Ca 92506

36243 Inland Valley Dr #170  
Wildomar Ca 92595

## PATIENT REGISTRATION/ REGISTRACION DEL PACIENTE

LastName/Apellido \_\_\_\_\_ Int \_\_\_\_\_

FirstName/Primer Nombre \_\_\_\_\_

Address/Direccion \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_

City/Ciudad \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_

Zip code/Codigo postal \_\_\_\_\_ Social Security \_\_\_\_\_

Home phone/Tel de casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Cell/Telefona Movil (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Date of Birth/Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Male/Hombre \_\_\_\_\_ Female/Mujer \_\_\_\_\_ Age/Edad \_\_\_\_\_

Email/Correo Electronico \_\_\_\_\_

Name of emergency contact person/Nombre de contacto de emergencia

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

# Inland Pulmonary Specialists

Anoop Maheshwari, MD

Young H. Lee, MD

2275 S. Main St  
Corona Ca 92882

31571 Canyon Estates Dr # 219  
Lake Elsinore Ca 92532

4646 Brockton Ave #203  
Riverside Ca 92506

36243 Inland Valley Dr #170  
Wildomar Ca 92595

## Permission to receive and release information medical records Permiso para recibir y divulgar información expedientes médicos

I, \_\_\_\_\_ give my permission to:  
Inland Pulmonary Specialists to collect records from the doctors I have listed below so that they  
may be used in order to provide care for me and that said physicians will receive updates on my health  
and aware are of any testing that may be ordered by Dr Anoop Maheshwari M.D or Dr Young H. Lee M.D.

Yo, \_\_\_\_\_ Doy mi permiso a:  
Especialistas pulmonarios Inland para recoger registros de los médicos anotados abajo para que  
puede ser utilizado con el fin de proporcionar atención para mí y que dichos los médicos recibirán  
actualizaciones de mi salud y estén conscientes de cualquier prueba ordenada por los médicos de  
Inland Pulmonary Specialists Dr. Anoop Maheshwari MD. o Dr. Young H. Lee MD.

Please PRINT physician names and contact information clearly as well as any family you wish to have  
access to your health information

Por favor escriba los nombres de los médicos y la información de contacto con claridad, así como  
cualquier familiar que desea tener acceso a su información médica.

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Your Name/Su Nombre \_\_\_\_\_

Date of birth/fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Today's Date/Fecha de hoy \_\_\_\_\_

I hereby release Inland Pulmonary Specialists from any and all legal liability that may arise from the  
release of information to the party named above. I understand that I may receive a copy of this  
authorization upon request and that this authorization expires one year from today \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Yo libero Especialistas Inland pulmonarios de cualquier y toda responsabilidad legal que  
pudiera derivarse de la publicación de esta información a los nombres de los partidos  
anteriores. Entiendo que puedo recibir una copia de esta autorización cuando la  
solicite y que esta autorización se vencera un año a partir de la fecha de hoy \_\_\_ / \_\_\_ /

Signature/Firma \_\_\_\_\_

# Inland Pulmonary Specialists

Anoop Maheshwari, MD

Young H. Lee, MD

2275 S. Main St  
Corona Ca 92882

31571 Canyon Estates Dr # 219  
Lake Elsinore Ca 92532

4646 Brockton Ave #203  
Riverside Ca 92506

36243 Inland Valley Dr #170  
Wildomar Ca 92595

## Consent for treatment

I, the undersigned, consent to any and all medical or surgical treatment or procedures which may be performed during any office visit, including emergency visit or services and which may include but are not limited to laboratory procedures, x-ray examinations, diagnostic testing, treadmills, echocardiograms, holter monitors or electrocardiogram.

## Convento de tratamiento

El abajo firmante, doy consentimiento para cada tratamiento medico, quirurgico o procedimientos que puedan llevarse a cabo durante la visita de consultorio. Estos servicios incluyen tratamiento de emergencias, y puede incluir, pero no se limitan a los procedimientos de laboratorios, rayos x, pruebas diagnosticas, cintas para correr, ecocardiogramas, monitores holter o electrocardiogramas  
Initial/Inicial \_\_\_\_\_

## Assignment of Insurance benefits

I, the undersigned understand, assign any and all rights, title, interest and insurance proceeds or benefits payable to me or on my behalf for any services rendered by Inland Pulmonary Specialists and direct payment to be made directly to Inland Pulmonary Specialists

## Asignacion de las Prestaciones de seguro

El abajo firmante, asignare cualquiera y todos los derechos, titulo, interes y producto de la aseguranza o las prestaciones pagaderas a mi o a mi nombre por los servicios prestados por Inland Pulmonary Specialists y pago directo de hacerse directamente a Inland Pulmonary Specialists  
Initial/Inicial \_\_\_\_\_

## Financial Agreement

I, the undersigned, agree that in the consideration for the services rendered to the patient, I hereby individually obligate myself to pay the account of Inland Pulmonary Specialists in accordance with the regular rates and terms of Inland Pulmonary Specialists regardless of my insurance status. Should the account be referred to an attorney or a collection agency for collection, I the undersigned, agree to pay the actual attorney fees, collection expenses and court costs expended in collecting amounts due. All delinquent accounts not paid within thirty days (30) will bear interest at the legal rate

## Acuerdo Financiero

El abajo firmante, estoy de acuerdo que, en consideracion de los servicios prestados a el paciente, yo declaro individualmente estar obligado a pagar la cuenta de Inland Pulmonary Specialists de conformidad con las condiciones y tarifas regulares de Inland Pulmonary Specialists independientemente de mi estado de seguro. Si la cuenta se refiere a un abogado o agencia de cobro, Yo, el abajo firmante, acepto pagar los honorarios de los abogados o agencia de cobro y acepto pagar los honorarios de los abogados, los gastos de recaudacion, y gastos de corte desembolsados para recaudar sumas adeudadas. Todas las cuentas en mora no pagada dentro de los treinta dias (30) devengaran intereses a la tasa legal  
Initial/Inicial \_\_\_\_\_

Name/Nombre \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_  
Signature/Firma \_\_\_\_\_ DOB/FDN \_\_\_\_\_

# Inland Pulmonary Specialists

Anoop Maheshwari, MD

Young H. Lee, MD

2275 S. Main St  
Corona Ca 92882

31571 Canyon Estates Dr # 219  
Lake Elsinore Ca 92532

4646 Brockton Ave #203  
Riverside Ca 92506

36243 Inland Valley Dr #170  
Wildomar Ca 92595

## NOTICE OF PRIVACY ACKNOWLEDGEMENT

I understand that, under the Health Insurance Portability & accountability Act of 1996 (HIPAA), I have certain rights to privacy regarding my protected health information, I understand that this information can and will be used to:

- \*Conduct, plan and direct my treatment and follow-up among the multiple healthcare providers who may be involved in that treatment directly or indirectly.
- \* Obtain payment from third party payers
- \* Conduct normal healthcare operations such as quality assessments and physician certifications

I have received, read and understood your NOTICE OF PRIVACY PRACTICES containing a more complete description of the uses and disclosures of my health information. I understand that Inland Pulmonary Specialists has the right to change its NOTICE OF PRIVACY PRACTICES from time to time and that I may contact the doctors office at any time at the above address to obtain a current copy of the NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I understand that I may request in writing that you restrict how my private information is used or disclosed to carry out treatment or payment of healthcare operations. I also understand you are not required to agree to my requests or restrictions, but if you agree then you are bound to abide by such restrictions.

### Del aviso de Privacidad Practica Reconocimiento

Entendo que, en virtud de ley Federal de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud de 1996 (HIPAA). Tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi salud informacion de salud protegida entiendo que esta informacion puede y sera utilizada para:

- \*Conducir planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los profesionales de la salud multiples que puedan estar involucrados en el tratamiento que directo o indirectamente.
- \*Obtener el pago de los pagadores terceros. Realizar las operaciones normales de salud, tal como evaluaciones de calidad y las certificaciones medico.

He recibido leído y entendido el aviso de las practicas de privacidad que contiene una descripcion mas completa de los usos y desclases de mi informacion de salud. Entiendo que Inland Pulmonary Specialists tiene el derecho de cambiar su aviso de las practicas de privacidad de vez en cuando y que pueden contactar a la oficina de Inland Pulmonary Specialists durante las horas de operacion para obtener una copia actual del aviso de practicas privadas.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrigan como mi informacion privada es usada o revelada para llevar a cabo el tratamiento, o el pago de operaciones de cuidado de la salud. Yo tambien entiendo que no estaran obligados a aceptar a mi solicitud de restricciones, pero si usted de acuerdo entonces estan obligados a cumplir con tales restricciones.

Patient Name/Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Signature/Firma \_\_\_\_\_

Date of Birth/Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Todays date/Fecha

Name and relationship of person signing on the patients behalf/nombre y la relación de la persona que firma en nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Facility name and phone/nombre de la instalación y el teléfono \_\_\_\_\_