

## CLINIC PATIENT CHECK-IN FORM

Last Name (s)/Apellido: \_\_\_\_\_

First Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Date of birth/Fecha De Nacimiento (MM/DD/YY): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Age/Edad: \_\_\_\_\_

Sex/Sexo: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

Apt # \_\_\_\_\_ City/St/Zip \_\_\_\_\_

SSN#/Número Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Marital Status/Estado Civil: \_\_\_\_\_

Race/Raza: \_\_\_\_\_ Ethnicity/Etnia: \_\_\_\_\_

Cell Phone Number/Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Secondary Number /Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

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

Preferred Language/Idioma preferido: English Spanish Other: \_\_\_\_\_

Height/Estatura: \_\_\_\_\_ Weight/Peso: \_\_\_\_\_ Do you Smoke/Fumas? \_\_\_\_\_

Medication Allergies/ Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

Referring Physician/Médico referente: \_\_\_\_\_

Phone/Teléfono: \_\_\_\_\_

Primary Care Physician/Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Phone/Teléfono: \_\_\_\_\_

Last Name (s)/Apellido: \_\_\_\_\_ DOB (MM/DD/YY): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pharmacy Name/Farmacia: \_\_\_\_\_

Pharmacy Address/Dirección de la farmacia: \_\_\_\_\_

Pharmacy Phone/Teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

**Emergency Contact/Contacto De Emergencia:**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono: \_\_\_\_\_

Relationship to Patient/Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Insurance Information/Información del Seguro:**

Primary Insurance/Seguro Primario: \_\_\_\_\_

Policy #/Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Policy Holder Name/Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Policy Holder date of birth/Tomador del seguro fecha de nacimiento (MM/DD/YY): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Type of Plan (if known):  HMO  PPO  Other \_\_\_\_\_

Secondary Insurance/Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

Policy #/Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Policy Holder Name/Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Policy Holder date of birth/Tomador del seguro fecha de nacimiento (MM/DD/YY): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Last Name (s)/Apellido: \_\_\_\_\_ DOB (MM/DD/YY): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Have you been treated by one of our physicians before?  Yes  No If yes (and known), select physician:

- |                                   |                                   |                                   |                                 |                                    |                                       |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BAIGORRI | <input type="checkbox"/> ENRIZO   | <input type="checkbox"/> GANS     | <input type="checkbox"/> JOSEPH | <input type="checkbox"/> RADVANY   | <input type="checkbox"/> SHIVASHANKAR |
| <input type="checkbox"/> CHUKUS   | <input type="checkbox"/> FOURZALI | <input type="checkbox"/> GHOSTINE | <input type="checkbox"/> KOSOVE | <input type="checkbox"/> RODRIGUEZ | <input type="checkbox"/> TEJERO       |
| <input type="checkbox"/> CRIMMINS | <input type="checkbox"/> FRANCA   | <input type="checkbox"/> GOMAA    | <input type="checkbox"/> MIR    | <input type="checkbox"/> SEDORA    | <input type="checkbox"/> ZAYAS        |

What problem(s) bring you here today? *¿Qué problemas te traen aquí hoy?* \_\_\_\_\_

Please list prior surgeries and procedures the patient has had done. *Enumere las cirugías y los procedimientos anteriores que el paciente haya tenido.*

Surgery/Procedure	Date	Hospital	MD (if known)

How much Alcohol do you drink approximately? *¿Cuánto alcohol bebes aproximadamente?*

\_\_\_\_\_ per DAY/DIA \_\_\_\_\_ per WEEK/SEMANA \_\_\_\_\_ per MONTH/MES

Do you currently smoke or use tobacco products? *¿Actualmente fuma o usa productos de tabaco?* \_\_\_ YES/SÍ \_\_\_ NO

if yes, what are you using or smoking? *En caso afirmativo, ¿qué está usando o fumando?*

- Cigarettes/Cigarrillos  Cigars/puros  Chewing tobacco/tabaco de mascar  Vape/vaporizador

How much are you smoking or using? *¿Cuánto o con qué frecuencia está fumando o usando?* \_\_\_\_\_ packs/day

If you are not a current smoker or tobacco user, have you ever smoked or used tobacco products? \_\_\_ YES/SÍ \_\_\_ NO

*Si actualmente no fuma ni consume tabaco, ¿ha fumado o usado productos de tabaco alguna vez?*

Approx. when was the last time? *¿Aproximación Cuando fue la última vez?* \_\_\_\_\_

Do you currently use any illegal drugs? PAST/ PRESENT/ NONE *Drogas ilegales – Pasado / Presente/Ninguna*

**MEDICATION INFORMATION (INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO):**

Are you on a blood thinner? *¿Estás tomando un anticoagulante?*

Plavix/Clopidogrel, Brilinta, Effient  YES  NO

Coumadin, Lovenox  YES  NO

Xarelto/Pradaxa  YES  NO

Aspirin  YES  NO

Do you take a statin? *¿Tomas una estatina?* (Lipitor, Crestor, Zocor, etc)  YES  NO

Do you take steroids? *¿Tomas esteroides?* (Prednisone, Decadron, etc)  YES  NO

## MEDICAL HISTORY

Last Name (s)/Apellido: \_\_\_\_\_ DOB (MM/DD/YY): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Any **family history** of aneurysm or deep vein thrombosis (DVT)?  YES  NO

¿Algún antecedente familiar de aneurisma o trombosis venosa profunda (TVP)?

Have you **ever** had any of the following in the past? ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes o en el pasado?

### VASCULAR:

- |   | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | When? ¿Cuándo? |
|---|------------------------------|-----------------------------|----------------|
| Aneurysm ( <i>Aneurisma</i> )   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    | _____          |
| Deep Vein Thrombosis (DVT) ( <i>Trombosis venosa profunda</i> )       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    | _____          |
| Carotid Disease ( <i>Enfermedad carotídea</i> )                       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    | _____          |
| Leg or Feet Swelling ( <i>Hinchazón de piernas o pies</i> )           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    | _____          |
| Varicose Veins ( <i>Venas varicosas</i> )                             | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    | _____          |
| Spider Veins ( <i>Venas de araña</i> )                                | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    | _____          |
| Treatment of Varicose Veins ( <i>Tratamiento de venas varicosas</i> ) | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    | _____          |
| Gangrene ( <i>Gangrena</i> )  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    | _____          |
| Vascular Problems ( <i>Problemas vasculares</i> )                     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    | _____          |
| Leg pain with walking ( <i>Dolor en las piernas al caminar</i> )      | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    | _____          |
| Pain in feet at night ( <i>Dolor en los pies en la noche</i> )        | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    | _____          |
| Wounds on legs/feet ( <i>Heridas en los pies o piernas</i> )          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    | _____          |
| Skin color change ( <i>Cambio de color en la piel</i> )               | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    | _____          |
| Other ( <i>Otra</i> ) _____   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    | _____          |

### CARDIAC (CARDÍACO):

- |  |                          |                          |       |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|
| Heart Problems ( <i>Problemas del corazón</i> )                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| High Cholesterol ( <i>Colesterol alto</i> )                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Pacemaker ( <i>Marcapasos</i> )  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Automatic Defibrillator ( <i>Desfibrilador Automático</i> )                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| High Blood Pressure ( <i>Alta presión sanguínea</i> )                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Heart Murmur ( <i>Soplo cardíaco</i> )                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Chest pain in past 6 months ( <i>Dolor de Pecho en los últimos 6 meses</i> ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Shortness of breath with walking ( <i>Falta de Aire al Caminar</i> )         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Shortness of breath lying down ( <i>Dificultad al respirar acostado</i> )    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Heart failure ( <i>Insuficiencia Cardíaca</i> )                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Irregular/rhythm heartbeat ( <i>Latidos Irregulares</i> )                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Other ( <i>Otra</i> ) _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

### GENITOURINARY: (GENITOURINARIA –ORINE)

- |   |                          |                          |       |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|
| Prostate Cancer ( <i>Cáncer de la Próstata</i> )                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Kidney Stones ( <i>Piedra del Riñón</i> )   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Kidney Failure ( <i>Falla del Riñón</i> )   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Benign Prostatic Hypertrophy (BHP) ( <i>Hipertrofia Prostática Benigna</i> )        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Pain on urination ( <i>Dolor al Orinar</i> )  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Impotence ( <i>Impotencia</i> )   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Frequent Urination ( <i>Orina frecuente</i> )                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Blood in urine now ( <i>Sangre en la Orina ahora</i> )                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Frequent urinary tract infection ( <i>Infección frecuente del tracto urinario</i> ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Other ( <i>Otro</i> ) _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Last Name (s)/Apellido: \_\_\_\_\_ DOB (MM/DD/YY): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PULMONARY (PULMONAR):**

**When? ¿Cuando?**

- |   |                              |                             |       |
|---|------------------------------|-----------------------------|-------|
| Asthma ( <i>Asma</i> )  | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Bronchitis ( <i>Bronquitis</i> )  | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| COPD (Emphysema)/(Enfisema Pulmonar)  | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Lung Cancer ( <i>Cáncer del Pulmón</i> )                                    | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Pneumonia ( <i>Neumonía</i> )   | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Sleep Apnea ( <i>Apnea del sueño</i> )                                      | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Coughing up blood ( <i>Tosiendo sangre</i> )                                | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Chronic or frequent cough ( <i>Tos crónica o frecuente</i> )                | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Shortness of breath ( <i>Falta de Aliento</i> )                             | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Chest congestion ( <i>Congestión en el pecho</i> )                          | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Recent upper respiratory infection ( <i>Infección respiratorias altas</i> ) | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Recent flu symptoms ( <i>Síntomas recientes de gripe</i> )                  | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| COVID-19 positive ( <i>COVID-19 positivo</i> )                              | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Wheezing ( <i>Sibilancia</i> )  | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Other ( <i>Otra</i> ) _____   | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |

**ENDOCRINE (ENDOCRINO):**

- |   |                              |                             |       |
|---|------------------------------|-----------------------------|-------|
| Gout ( <i>la Gota</i> )                             | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Overactive Thyroid ( <i>Tiroides Hiperactivas</i> ) | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Underactive Thyroid ( <i>Tiroides Hipoactivas</i> ) | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Diabetes ( <i>Diabetes</i> )                        | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Other ( <i>Otro</i> ) _____                         | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |

**GASTROINTESTINAL:**

- |   |                              |                             |       |
|---|------------------------------|-----------------------------|-------|
| Gastrointestinal Bleeding ( <i>Sagrado</i> )                                  | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Bleeding with bowel movements ( <i>Sangramiento con deposiciones</i> )        | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Stomach ulcer ( <i>Úlcera de estomago</i> )                                   | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Intestinal Ulcer ( <i>Úlcera</i> )  | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Vomiting blood ( <i>Vómitos de Sangre</i> )                                   | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Hiatal hernia ( <i>Hernia de Hiato</i> )                                      | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Heartburn or Indigestion ( <i>Acidez estomacal o indigestion</i> )            | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Gallbladder disease ( <i>Enfermedades de la Vesícula</i> )                    | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Liver disease ( <i>problemas del Hígado</i> )                                 | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Black stools ( <i>Heces fecales color negro</i> )                             | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Recent change in bowel movements ( <i>cambios recientes en deposiciones</i> ) | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Hemorrhoids ( <i>Hemorroides</i> )  | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Frequent diarrhea ( <i>Diarrea Frecuente</i> )                                | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Abdominal Pain ( <i>Dolor abdominal</i> )                                     | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Hepatitis ( <i>Hepatitis</i> )  | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Reflux ( <i>Reflujo</i> )   | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Gallbladder Disease ( <i>Problemas de Vesícula</i> )                          | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Colon Polyps ( <i>Pólipos del Colon</i> )                                     | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Inflammatory Bowel ( <i>Intestinos inflamado</i> )                            | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Irritable Bowel Syndrome/Disease ( <i>Intestino Irritable</i> )               | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Other ( <i>Otro</i> ) _____   | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |

Last Name (s)/Apellido: \_\_\_\_\_ DOB (MM/DD/YY): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**GYN: (GINECOLOGIA)**

- |  |                              |                             |                             |
|--|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Cervical Cancer ( <i>Cancer Cervical</i> ) | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | When? <i>¿Cuándo?</i> _____ |
| Hysterectomy ( <i>Hysterectomia</i> )      | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____                       |
| Other ( <i>Otro</i> ) _____                | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____                       |

**NEUROLOGIC: (NEUROLÓGICO)**

- |   |  |                             |       |
|---|--|-----------------------------|-------|
| Stroke ( <i>Derrame Cerebral</i> )                                    | <input type="checkbox"/> YES                                 | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Mini-Stroke or TIA ( <i>Ataque Isquémico Transitorio</i> )            | <input type="checkbox"/> YES                                 | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Leg Weakness or Paralysis ( <i>Debilidad o parálisis de piernas</i> ) | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Arm Weakness or Paralysis ( <i>Debilidad o parálisis de brazos</i> )  | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Episode of loss of visión ( <i>Momentos de perdida de visión</i> )    | <input type="checkbox"/> YES                                 | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Difficulty Speaking ( <i>Dificultad al Hablar</i> )                   | <input type="checkbox"/> YES                                 | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Sciatica ( <i>Ciática</i> )   | <input type="checkbox"/> YES                                 | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Fainting spells ( <i>Desmayos</i> )                                   | <input type="checkbox"/> YES                                 | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Seizures ( <i>Convulsiones</i> )                                      | <input type="checkbox"/> YES                                 | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Back injury ( <i>Lesión de Espalda</i> )                              | <input type="checkbox"/> YES                                 | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Headaches ( <i>Dolor de Cabeza</i> )                                  | <input type="checkbox"/> YES                                 | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Poor balance ( <i>Equilibrio Pobre</i> )                              | <input type="checkbox"/> YES                                 | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Sciatica ( <i>Ciatica</i> )   | <input type="checkbox"/> YES                                 | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Numbness in legs ( <i>Entumecimiento</i> )                            | <input type="checkbox"/> YES                                 | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Pins and Needles Hands ( <i>Hormigueos en las manos</i> )             | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Pins and Needles Feet ( <i>Hormigueos en los Pies</i> )               | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Other ( <i>Otro</i> ) _____   | <input type="checkbox"/> YES                                 | <input type="checkbox"/> NO | _____ |

**MUSCULOSKELETAL: (MUSCULOSKELETAL)**

- |   |                              |                             |       |
|---|------------------------------|-----------------------------|-------|
| Osteoporosis ( <i>Osteoporosis</i> )                            | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Reumatoid/Inflammatory Arthritis ( <i>Artritis Reumatoide</i> ) | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Osteoarthritis ( <i>Osteoartritis</i> )                         | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| History of fracture ( <i>historia de fracturas</i> )            | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Fibromyalgia ( <i>Fibromialgia</i> )                            | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Polymyalgia Rheumatic (PMR) ( <i>Polimialgia Reumatica</i> )    | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Muscle Weakness ( <i>Debilidad en los músculos</i> )            | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Pain ( <i>Dolor</i> )   | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Joint Stiffness ( <i>Rigidez de las articulaciones</i> )        | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Joint Swelling ( <i>Inflamación de articulaciones</i> )         | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Bone Aches ( <i>Dolor en los Huesos</i> )                       | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Other ( <i>Otra</i> ) _____                                     | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |

**BLOOD PROBLEMS AND BLEEDING (PROBLEMAS DE SANGRE Y SANGRADO):**

- |  |                              |                             |       |
|--|------------------------------|-----------------------------|-------|
| Do your cuts heal slowly? ( <i>¿Sus cortes sanan lentamente?</i> )   | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Anemia? WHEN? ( <i>¿CUANDO?</i> ) _____  | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Blood Disorder ( <i>Desorden sanguíneo</i> )   | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Excessive bleeding in surgery ( <i>Sangrado excesivo en cirugía</i> )  | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Abnormal bruising or bleeding due to blood thinner meds<br>( <i>Moretones o sangrado anormales debido a medicamentos anticoagulantes</i> ) | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Phlebitis or blood clots in veins ( <i>Flebitis o coágulos de sangre en las venas</i> )  | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Other ( <i>Otro</i> ) _____  | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | _____ |

Last Name (s)/Apellido: \_\_\_\_\_ DOB (MM/DD/YY): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**INTEGUMENTARY & SKIN DISORDERS/AUTOIMMUNE (INTEGUMENTARIO y TRASTORNOS DE LA PIEL/AUTOINMUNE)**

When? ¿Cuándo?

- Rashes, Eczema, Psoriasis (*Erupciones, Eczema, Psoriasis*)  YES  NO \_\_\_\_\_
- Lupus, Scleroderma, Sjogrens (*Lupus, Esclerodermia, Sjogrens*)  YES  NO \_\_\_\_\_
- Basal Cell/Squamous Cell (*Célula basal/célula escamosa*)  YES  NO \_\_\_\_\_
- Melanoma  YES  NO \_\_\_\_\_
- Itching (*Picazon*)  YES  NO \_\_\_\_\_
- Rashes (*Erupciones*)  YES  NO \_\_\_\_\_
- Wound (*Heridas*)  YES  NO \_\_\_\_\_
- Lesions (*Lesiones*)  YES  NO \_\_\_\_\_
- Other (*Otra*) \_\_\_\_\_  YES  NO \_\_\_\_\_

**PSYCHIATRIC (PSIQUIATRICOS) :**

- Anxiety (*Ansiedad*)  YES  NO \_\_\_\_\_
- Depression (*Depresión*)  YES  NO \_\_\_\_\_
- Suicidal Ideation (*pensando en el suicidio*)  YES  NO \_\_\_\_\_
- Other (*Otra*) \_\_\_\_\_  YES  NO \_\_\_\_\_

**EYE AND EAR ISSUES (PROBLEMAS DE OJOS Y OÍDOS)**

- Impaired Hearing (*Problemas de audición*)  YES  NO \_\_\_\_\_
- Dizziness (*Mareo*)  YES  NO \_\_\_\_\_
- Temporary spells of blindness (*Ceguera Temporal*)  YES  NO \_\_\_\_\_
- Double Vision (*Visión doble*)  YES  NO \_\_\_\_\_
- Cataracts (*Cataratas*)  YES  NO \_\_\_\_\_
- Glaucoma (*Glaucoma*)  YES  NO \_\_\_\_\_
- Blindness (*Ceguera*)  YES  NO \_\_\_\_\_
- Other (*Otra*) \_\_\_\_\_  YES  NO \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_

Signature of Patient or Patient's Legal Representative

\_\_\_\_\_ Date Signed (mm/dd/yyyy)

\_\_\_\_\_ Print Name of Legal Representative (if applicable)

Check one to describe the relationship of Legal Representative to Patient (if applicable):

- Parent of minor (*padre de hijo menor*)  Guardian (*Guardián*)
- Other personal representative (*Otro representante personal*)

Explain (*Explique*): \_\_\_\_\_

## PATIENT EMAIL AND TEXT MESSAGING REGISTRATION FORM

### FORMULARIO DE REGISTRO DE CORREO ELECTRÓNICO Y MENSAJERÍA DE TEXTO DEL PACIENTE

Due to the changing world of healthcare and technology, IntelliRad Imaging now has the ability to provide our patients with certain types of information via e-mail and/or text messaging. If you wish to have the opportunity to receive information of this type, please complete the form below.

IntelliRad Imaging believes strongly in protecting the privacy of our patients. When you provide this information to us, it is only used as a way to communicate with you. In order to protect your privacy, no confidential or personal information will be sent from IntelliRad Imaging via email or text messaging. IntelliRad Imaging does not share the names, email addresses, and/or telephone numbers of patients with any other company, or with any other patient.

*Debido al mundo cambiante de la atención médica y la tecnología, IntelliRad Imaging ahora tiene la capacidad de proporcionar a nuestros pacientes ciertos tipos de información por correo electrónico o mensajes de texto. Si desea tener la oportunidad de recibir información de este tipo, por favor complete el siguiente formulario.*

*IntelliRad Imaging cree firmemente en proteger la privacidad de nuestros pacientes. Cuando nos proporciona esta información, solo se utiliza como una forma de comunicarnos con usted. Para proteger su privacidad, IntelliRad Imaging no enviará información personal o confidencial por correo electrónico o mensaje de texto. IntelliRad Imaging no comparte los nombres, las direcciones de correo electrónico ni los números de teléfono de los pacientes con ninguna otra empresa ni con ningún otro paciente.*

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

Cell Phone Number/Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Select one option/Seleccione una opción:

- Yes, please sign me up to receive email and text messaging confirmations.  
*Sí, inscribame para recibir confirmaciones por correo electrónico y mensajes de texto.*
- I do not wish to be contacted via email. (Text messaging only)  
*No deseo que me contacten por correo electrónico. (Solo mensajes de texto)*
- I do not wish to be contacted via text messaging (Email only)  
*No deseo ser contactado a través de mensajes de texto (Solo correo electrónico)*
- I do not wish to be contacted by either text messaging or email.  
*No deseo que me contacten por mensaje de texto o correo electrónico.*

I hereby give IntelliRad Imaging permission to send messages to me via email and/or text messaging as a means of communication as indicated by my selection above. Por la presente doy permiso a IntelliRad Imaging para enviarme mensajes por correo electrónico y/o mensajes de texto como medio de comunicación como se indica en mi selección anterior.

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Signature/Firma \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_



## ASSIGNMENT OF BENEFITS FORM FORMULARIO DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

I request that payment of authorized insurance benefits, including Medicare, if I am a Medicare beneficiary, be made on my behalf to the organization listed below for any equipment or services provided to me by that organization.

I authorize the release of any medical or other information necessary to determine these benefits or the benefits payable to related equipment or services to the organization, Health care financing administration, my insurance carrier or other medical entity. A copy of this authorization will be sent to Health care financing administration, my insurance company or other entity if requested. The original authorization will be kept on file by the organization.

I understand that I am financially responsible to the organization for any charges not covered by health care benefits. It is my responsibility to notify the organization of any changes in my health care coverage. In some cases, exact insurance benefits cannot be determined until the insurance company receives the claim. I am responsible for the entire bill or balance of the bill as determined by the organization and/or my health care insurer if the submitted claims or any part of them are denied for payment. I understand that by signing this form I am accepting financial responsibility as explained above for all payment for products received.

Solicito que el pago de los beneficios de seguro autorizados, incluido Medicare, si soy un beneficiario de Medicare, se realice en mi nombre a la organización que se indica a continuación por cualquier equipo o servicio que me proporcione esa organización.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos a equipos o servicios relacionados con la organización, la administración financiera de atención médica, mi compañía de seguros u otra entidad médica. Se enviará una copia de esta autorización a la administración financiera de atención médica, mi compañía de seguros u otra entidad si así lo solicita. La autorización original será archivada por la organización.

Entiendo que soy financieramente responsable ante la organización por cualquier cargo no cubierto por los beneficios de atención médica. Es mi responsabilidad notificar a la organización de cualquier cambio en mi cobertura de atención médica. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros reciba el reclamo. Soy responsable de la factura completa o del saldo de la factura según lo determine la organización y/o mi aseguradora de atención médica si se deniega el pago de las reclamaciones presentadas o de una parte de ellas. Entiendo que al firmar este formulario acepto la responsabilidad financiera como se explicó anteriormente por todos los pagos por los productos recibidos.

**X** \_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Patient's Legal Representative

\_\_\_\_\_  
Date Signed (mm/dd/yyyy)

\_\_\_\_\_  
Print Name of Legal Representative (if applicable)

Check one to describe the relationship of Legal Representative to Patient (if applicable):

- Parent of minor (*padre de hijo menor*)       Guardian (*Guardián*)  
 Other personal representative (*Otro representante personal*)

Explain (*Explique*): \_\_\_\_\_

## PATIENT HIPAA CONSENT FORM

I understand that I have certain rights to privacy regarding my protected health information. These rights are given to me under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). I understand that by signing this consent, I authorize you to use and disclose my protected health information to carry out:

- Treatment (including direct or indirect treatment by other healthcare providers involved in my treatment);
- Obtaining payment from third party payers (e.g. my insurance company);
- The day-to-day healthcare operations of your practice.

I have also been informed of and given the right to review and secure a copy of your *Notice of Privacy Practices*, which contains a more complete description of the uses. I understand that I may contact you at any time to obtain the most current copy of this notice.

I understand that I have the right to request restrictions on how my protected health information is used and disclosed to carry out treatment, payment, and health care operations, but that you are not required to agree to these requested restrictions. However, if you do agree, you are then bound to comply with this restriction.

I understand that I may revoke this consent, in writing, at any time. However, any use or disclosure that occurred prior to the date I revoke this consent is not affected.

Signed this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

Print Patient Name \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Relationship to Patient \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE HIPAA

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Estos derechos se me otorgan en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento, lo autorizo a usar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo:

- Tratamiento (incluido el tratamiento directo o indirecto por parte de otros proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento);
- Obtener el pago de terceros pagadores (por ejemplo, mi compañía de seguros);
- Las operaciones diarias de atención médica de su práctica.

También se me informó y se me otorgó el derecho de revisar y obtener una copia de su *Aviso de prácticas de privacidad*, que contiene una descripción más completa de los usos. Entiendo que puedo comunicarme con usted en cualquier momento para obtener la copia más reciente de este aviso.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se usa y divulga mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica, pero que no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si está de acuerdo, está obligado a cumplir con esta restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que haya ocurrido antes de la fecha en que revoco este consentimiento no se ve afectado.

Firmado este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

Escriba el nombre del paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

**UNIVERSAL PATIENT AUTHORIZATION FORM FOR  
FULL DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION FOR TREATMENT AND QUALITY OF CARE**

\*\*\*PLEASE READ THE ENTIRE FORM, BOTH PAGES, BEFORE SIGNING BELOW\*\*\*

Name and information of person whose health information is being disclosed. *Nombre e información de la persona cuya información de salud se divulga:*

Name (First Middle Last)/Nombre (Primer, Segundo, Apellido): \_\_\_\_\_

Date of Birth (mm/dd/yyyy)/Fecha de nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_\_

Address/ Dirección: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**You may use this form to allow your healthcare provider to access and use your health information. Your choice on whether to sign this form will not affect your ability to get medical treatment, payment for medical treatment, or health insurance enrollment or eligibility for benefits.**

**By signing this form, I voluntarily authorize, give my permission, and allow use and disclosure:**

**OF WHAT (QUÉ INFORMACIÓN):** ALL MY HEALTH INFORMATION including any information about sensitive conditions (if any).  
TODA MI INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD incluso información sobre condiciones delicadas (si aplicable)

**FROM WHOM (QUIÉN VA A DAR A CONOCER LA INFORMACIÓN):** ALL information sources.  
TODAS las personas o instituciones médicas y de servicios de salud

**TO WHOM (QUIÉN VA A RECIBIR ESTA INFORMACIÓN):** Specific person(s) or organization(s) permitted to receive my information (must be a healthcare provider): *La persona u organización que está autorizada para recibir esta información es la siguiente (tiene que ser un proveedor de atención médica):*

IntelliRad Imaging, LLC – 3661 S. Miami Ave, Suite 1001, Miami, FL 33133

Phone: 305-712-7229 • Fax: 305-397-1139

Upload documents to our encrypted sFTP: <https://www.intelliradimaging.com/files>

**PURPOSE:** To provide me with medical treatment and related services and products, and to evaluate and improve patient safety and the quality of medical care provided to all patients.

**EFFECTIVE PERIOD:** This authorization/permission form will remain in effect until my death or the day I withdraw my permission.

**REVOKING MY PERMISSION:** I can revoke my permission at any time by giving written notice to the person or organization named above in "To Whom."

**In addition:**

- I authorize the use of a copy (including electronic copy) of this form for the disclosure of the information described above.
- I understand that there are some circumstances in which this information may be redisclosed to other persons [See page 2 for details].
- **I understand that refusing to sign this form does not stop disclosure of my health information that is otherwise permitted by law without my specific authorization or permission.**
- **I have read all pages of this form and agree to the disclosures above from the types of sources listed.**

**X** \_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Patient's Legal Representative      Date/Fecha      Print Name of Legal Representative (if applicable)

Check one to describe the relationship of Legal Representative to Patient (if applicable):

- Parent of minor (*padre de hijo menor*)       Guardian (*Guardián*)  
 Other personal representative (*Otro representante personal*)

Explain (*Explique*): \_\_\_\_\_

## Explanation of Form Florida AHCA FC4200-004

### “Universal Patient Authorization for Full Disclosure of Health Information for Treatment & Quality of Care”

Laws and regulations require that some sources of personal information have a signed authorization or permission form before releasing it. Also, some laws require specific authorization for the release of information about certain conditions and from educational sources.

“Of What”: includes ALL YOUR HEALTH INFORMATION, INCLUDING:

1. **All records and other information regarding your health history, treatment, hospitalization, tests, and outpatient care. This information may relate to sensitive health conditions (if any), including but not limited to:**
  - a. Drug, alcohol, or substance abuse
  - b. Psychological, psychiatric, or other mental impairment(s) or developmental disabilities (excludes “psychotherapy notes” as defined in HIPAA at 45 CFR 164.501)
  - c. Sickle cell anemia
  - d. Birth control and family planning
  - e. Records which may indicate the presence of a communicable disease or noncommunicable disease; and tests for or records of HIV/AIDS or sexually transmitted diseases or tuberculosis
  - f. Genetic (inherited) diseases or tests
2. **Copies of educational tests or evaluations, including Individualized Educational Programs, assessments, psychological and speech evaluations, immunizations, recorded health information (such as height, weight), and information about injuries or treatment.**
3. **Information created before or after the date of this form.**

“From Whom” includes: **All information sources** including but not limited to medical and clinical sources (hospitals, clinics, labs, pharmacies, physicians, psychologists, etc.) including mental health, correctional, addiction treatment, Veterans Affairs health care facilities, state registries and other state programs, all educational sources that may have some of my health information (schools, records administrators, counselors, etc.), social workers, rehabilitation counselors, insurance companies, health plans, health maintenance organizations, employers, pharmacy benefit managers, worker’s compensation programs, state Medicaid, Medicare and any other governmental program.

“To Whom”: For those health care providers listed in the “TO WHOM” section, your permission would also include physicians, other health care providers (such as nurses) and medical staff who are involved in your medical care at that organization’s facility or that person’s office, and health care providers who are covering or on call for the specified person or organization, and staff members or agents (such as business associates or qualified services organizations) who carry out activities and purpose(s) permitted by this form for that organization or person that you specified. Disclosure may be of health information in paper or oral form or may be through electronic interchange.

“Purpose”: Your signature on this form does NOT allow health insurers to have access to your health information for the purpose of deciding to give you health insurance or pay your bills. You can make that choice in a separate form that health insurers use.

“Revocation”: You have the right to revoke this authorization and withdraw your permission at any time regarding any future uses by giving written notice. This authorization is automatically revoked when you die. You should understand that organizations that had your permission to access your health information may copy or include your information in their own records. These organizations, in many circumstances, are not required to return any information that they were provided nor are they required to remove it from their own records.

“Re-disclosure of Information”: Any health information about you may be re-disclosed to others only to the extent permitted by state and federal laws and regulations. You understand that once your information is disclosed, it may be subject to lawful re-disclosure, in accordance with applicable state and federal law, and in some cases, may no longer be protected by federal privacy law.

Limitations of this Form: If you want your health information shared for purposes other than for treating you or you want only a portion of your health information shared, you need to use Form Florida AHCA FC4200-005 (Universal Patient Authorization Form For Limited Disclosure of Health Information), instead of this form. Also, this form cannot be used for disclosure of psychotherapy notes. This form does not obligate your health care provider or other person/organization listed in the “From Whom” or “To Whom” section to seek out the information you specified in the “Of What” section from other sources. Also, this form does not change current obligations and rules about who pays for copies of records.

## Explicación del formulario Florida AHCA FC4200-004

### “Formulario de Autorización Universal para Dar a Conocer Información Médica Completa para Tratamiento y Calidad de Cuidado”

Las leyes y los reglamentos requieren que haya un formulario de autorización o un permiso firmado por el paciente antes que ciertas fuentes de información personal sean divulgadas. Además, hay leyes que requieren una autorización específica para dar a conocer información sobre ciertas condiciones y de fuentes educacionales.

**“Qué Información”:** incluye TODA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD, INCLUSO:

1. **Todos los registros e información relacionada a su historial de salud, tratamiento, hospitalización, pruebas, y atención ambulatoria. Esta información puede referirse a condiciones de salud delicadas (si aplica), que incluye pero no es limitado a las siguientes:**
  - a. Drogas, alcohol, o abuso de sustancia
  - b. Deterioro mental, psiquiátrico, o psicológico, y otro tipo de discapacidad (excluyendo las notas tomadas por un psicoterapeuta como es definido en HIPAA al 45 CFR Parte 164.501)
  - c. Anemia de células falciformes
  - d. Control de natalidad y planificación familiar
  - e. Registros que puedan indicar la presencia de enfermedades transmisibles o de enfermedades no transmisibles; pruebas y archivos de VIH/SIDA o de enfermedades de transmisión sexual o de tuberculosis
  - f. Pruebas o enfermedades genéticas (heredadas)
2. **Copias de pruebas o de evaluaciones educacionales, incluso Programas Educativos Individualizados, análisis, evaluaciones psicológicas del habla, inmunizaciones, registros de la salud (como el peso, la altura) e información sobre lesiones o tratamientos.**
3. **Información creada antes o después del día en el cual este formulario fue firmado.**

**“Quién Va a Dar a Conocer la Información”** incluye: **Todas las fuentes de información** que incluye pero no es limitado a las fuentes medicas y de salud (hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias, médicos, psicólogos, etc.) incluyendo de salud mental, correccional, tratamiento para adicciones, los centros de salud que pertenecen a los Asuntos de los Veteranos, registros del estado y otros programas del estado, todas las fuentes educacionales que tengan parte de mi información médica o de salud (escuelas, administradores de registros, consejeros, etc.), trabajadores sociales, consejeros de rehabilitación, compañías de seguros, planes de salud, organizaciones de mantenimiento de salud, empleadores, administradores de beneficios de farmacia, programas de compensación a los trabajadores, Medicaid, Medicare, y cualquier otro programa del gobierno.

**“Quién Va a Recibir esta Información”:** Para los proveedores de atención médica incluidos en esta sección, su permiso también va a incluir médicos, otros proveedores de servicios de salud (como enfermeras), y personal médico de la instalación de tal organización involucrados en su tratamiento y los proveedores de servicios de salud de turno o que están de guardia en lugar de la persona u organización nombradas, y otro personal o agente (como socios de negocios u organizaciones de servicios cualificados) quienes llevan a cabo las actividades y los objetivos permitidos por esta autorización por la organización o persona quien usted ha nombrado. La divulgación de esta información médica puede ser en forma escrita u oral o electrónica.

**“Propósito”:** Su firma en este formulario no permite que las compañías de seguro tengan acceso a su información con el propósito de negársele el seguro de salud o de pagar sus cuentas. Usted puede hacer tal decisión usando un formulario proporcionado por los aseguradores de salud.

**“Revocación de su Permiso”:** Usted tiene el derecho de retirar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, con respecto al uso futuro de su información. Esta autorización se revoca automáticamente cuando usted fallezca. Usted debe entender que las organizaciones a las que usted les dio su permiso para tener acceso a su información médico pueden hacer copias o incluir su información en sus propios registros. Estas organizaciones, en muchas circunstancias, no están obligadas a devolver la información que se les proporcionó ni están obligadas a suprimirla de sus propios archivos.

**“Nueva Divulgación de Información”:** Cualquier información sobre su salud que fue dada a conocer puede ser dada a conocer nuevamente a otras personas e instituciones sólo en la medida permitido por la ley y reglamentos federales y estatales. Usted debe entender que una vez que su información sea divulgada, podrá ser objeto de una nueva divulgación de acuerdo con las leyes estatales y federales que apliquen, y en algunos casos, puede que la información ya no sea protegida por la ley federal de privacidad

**Las Limitaciones de este Formulario:** Si usted desea que su información médica sea dada a conocer con otro propósito que el recibir tratamiento médico o si desea que solamente una parte de su información médica sea dada a conocer, en tal caso usted necesita usar el Formulario Florida AHCA FC4200-007 (Formulario de Autorización Universal Para Dar a Conocer Información Medica Limitada) en vez del presente formulario. Además, el presente no puede ser utilizado para dar a conocer las notas tomadas por un psicoterapeuta. Este formulario no obliga a su proveedor de asistencia médica u otra persona/organización mencionada en las secciones “Quién Va a Dar a Conocer la Información” o “Quién Va a Recibir esta Información” a buscar información que usted ha especificado en la sección “Qué Información” de otras fuentes. Además, este formulario no cambia la obligación del quién debe de pagar los gastos incurridos por copiar los archivos.