Kissimmee Primary Care PATIENT REGRISTRATION

Today's Date:

\_c/

\_c/ Date of Birth: / / Age: \_

*Fecha Fecha de nacimiento-*--- *Edad*

#### PERSONAL INFORMATION

*Infonnaccion Personal*

Name: Preferred Name:. \_

First/Nombre Middle/Inicial Last/Apellido

Gender: □Male □Female Social Security Number: \_

*Sex.a Numero de Social* (may be needed for insurance)

Marital Status: □Single □Married □Separated □ Divorced □Widowed

Soltero/a Casado/a Separndo/a Divorciado/a Viudo/a

Address:

*Direccion* Street Address *I* calle City *I* Ciudad State/Estado ZIP Code/Codigo postal

Cellphone: L\_) \_

*Celu!ar*

----May we send a text? □Yes □No Leave voicemail? □Yes □No

*Podemos enviarle textos? Mensaje de voz?*

Secondary Phone: L\_) \_ May we leave a voicemail here?□Yes □No

*Numero secundario Mensaje de voz a este numero?*

E-mail:

*Correo electronico*

Race and Ethnicity: □ Asian/Pacific Islander □African-American/Black □Latino/Hispanic

*Raza* □Native American □White/Caucasian □Decline to Specify

Employer: Phone number:

*Empleador Telefono de Emplador*

Are you a caregiver for **a** family member? □Yes □No *I/yes, your relationship*

*;,Es usted el cuidador de unfamiliar? Relaccion*

Pharmacy Name: Phone: L\_) - -

*Fannacia TeLefono*

#### EMERGANCY CONTACT

*Contacto de Emergencia*

Emergency Contact Name: This person lives with you? □Yes □No

*Nombre y Ape/lido Vive con usted?*

Phone:L\_) \_

*Telefono*

\_ Relationship: \_

*Relaccion*

Address:---------------------------- --

*Direccion* Street Address/ calle City/ Ciudad State/Estado ZIP Code/Codigo postal

###### INSURANCE INFORMATION

*INFORMACCION DE SEGURO*

Primary Insurance:

*Segura primario*

Member ID#: Insurance Policy Holder Name: \_

Numero de ID Nombre exacto del duefio de la *Poliza* (write exactly as written on card)

Relationship to Patient: □Self □Spouse □Parent

*Relaccion Ud. mismo/a Esposo/a Padres*

Secondary Insurance: Member ID#: \_

*Poliza segunadaria Numero de ID*

Relationship to Client: □Self □Spouse □Parent

*Relaccion Ud. mismo/a Esposo/a Padres*

Pharmacy Name: Phone:( ) \_

*Nombre de farmacia Telefono*

Address: --- ----,---,-c-- -- --- - ------ = -=-cc----

*Direccion*

Street Address/ calle City *I* Ciudad State/Estado ZIP Code/Codigo postal

## SOCIAL HISTORY

*Historial Social*

Do you smoke? □Yes □No If Yes, Packs per day \_ Year you quit \_

*Furna Cuantos Paquetes al dia Alia que lo deja*

Medical Cannabis Card:.□Yes □No If Yes, ID#: \_

*Tar:Jeta de cannabis medicinal:*

Alcoholic Beverages? □Never

*En cas0 afirmafivo, mlmero de identificaci6n:*

□Rarely □Moderate □Heavily □Social

*Bebidas aLcoholicas: Nunca*

Exercise: □ Sedentary □ Mild

*Ejercicio: Sedentario Leve*

*Casi Nunca Moderadamente*

□ Vigorous

*Vigoroso*

*Mucha Sociablemente*

## Mental Health

*Salud mental*

Is stress a major problem for you? □Yes □No

*;,Es el estres un problema importante para usted?*

Do you panic when stressed? □Yes □No

*;,Entras en pClnico cuando est6.s estresado?*

Do you feel depressed? □Yes □No

*Te sientes deprimido?*

Do you have problems with eating or your appetite? □Yes □No

*;,Tiene problemas para comer o su apetito?*

Do you cry frequently? □Yes □No Have you ever attempted suicide?

*;,lloras confrecuencia? ;,Alguna vez ha intentado stdcidarse?*

Have you ever seriously thought about hurting yourself? □Yes □No

*;,Alguna vez ha pensado seriamente en hacerse dafio?*

□Yes □No

Do you have trouble sleeping?□Yes □No

*Tienes problemas durmiendo?*

Have you ever been to a counselor? □Yes □No

*;,Alguna vez ha ido a un consejero?*

*First/Hombre Midd/ellnicia/*

## Patient Medical History

Gender: □Male □Female

*Last/Ape/lido Sexo*

Date of Birth:-- / / Age: Birth Place -------

*Fecha de nacimiento Edad Lugar de Nacimiento*

Marital Status: □Single □Married □Separated □ Divorced □Widowed

*Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudola*

Allergies to Medications

*Aler<;!ia a Medicamentos*

|  |  |
| --- | --- |
| Medication/Medicamento | Reaction/Reaccion |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Current Medications {please

include over the counter medications and food supplements)

*Med,'camentos actuaIes IimcIu* a *med,'camen* as *de venta /I'bre v como emen os a*/*,*'*ment'*,c,•os1)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Drug Name/ Nombre | Dose/Dosis | How Often? | Drug Name/Nombre | Dose/Dosis | How Often? |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| .,at |  |  |  |  |  |
| . " a:,\_.,I,,, ·4 |  |  |  |  |  |
| ;, |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Current Symptoms:

*Sintomas actuates*

□Weight Loss

*Perdida de peso*

□Stomach Ulcers

□Hoarseness □Weight Gain □Difficulty Speaking

*Ronquera Aumento de peso Dificultad para hablar*

□Shortness of Breath □Fever or Chills □Wheezing

*U!ceras de est6mago*

□Difficulty in Exericising

*Dificultad para ejercitarse*

□Change in Nails

*Dificultad para respirar Fiehre o escalofr[os*

□Arthritis □Change in Hair

*Artritis Cambia de cabello*

□Stomach Ulcers □Rashes

*Sibilancias*

□Coughing up blood

*Tos con sangre*

□Blood in Stool

*Entpciones*

□Skin Lesions

*Sangre en las heces*

□Varicose Veins

*Erupcianes*

□Vision Problems

*Sangre en las heces*

□Back Pain

*Lesiones cut6.neas*

□Glaucoma

*Glaucoma*

□Nose Bleeding

*Sangrado de nariz*

□Black Tarry Stool

*aburete alquitranado negro*

*Varices Prablemas de visiOn*

□Swelling in Legs □Hearing Loss

*Hinchaz6n en las piernas Pirdida auditiva*

□Substance Abuse □Cough

*Abttso de sustancias Tos*

□None of the above

*Ninguno de las anteriores*

*Dolor de espalda*

□Difficulty Thinking

*Dificultad para pensar*

□Depression

*Depresi6n*

Have you had blood transfusions: □Yes □No

*Ha recibido transfi1siones de sangre?*

Any trouble falling asleep? □Yes □No

*A!giln problema para conciliar el sueiio*

Have you been told you snore loudly? □Yes □No

*Le han dicho que ronca fuerte*

How many hours a night do you sleep?

*Cudntas haras por noche duerme*

No any trouble staying asleep? □Yes □No

*Tiene problemas para quedarse dormido?*

**Continue ...**

□Abnormal Heart Rhythm

*Ritmo* cardiaco anonnal

□Anxiety/Stress

A.nsiedad / Estres

□Asthma

Asma

□Chronic Bronchitis

Bronquitis cronica

□Diabetes

Diabetes

□Emphysema/COPD

Enfisema / EPOC

□Headaches/Migraines

Dolores de cabeza / migrafias

□Heart Murmur

Soplo cardiaco

□High Blood Pressure

Presi6n arterial alta

□IBS

Sil

□Obesity

Obesidad

□Osteoporosis

Osteoporosis

□Stroke

Accidente cerebrovascular

□Allergies/Seasonal/ Environmental

Alergias / estacionales / ambientales

□Atrial Fibrillation

Fibrilaci6n auricular

□Colitis or Crohn's Disease Cancer

Colitis o cancer de la enfennedad de Crohn (cualquier tipo)

□Chronic Pain

Dolor cr6nico

□Chronic Kidney Disease

Enfennedad renal cr6nica

□Galbladder Disease

Enfermedad de la vesfcula galvinica

□Heart Attack Heartburn (GERD)

Acidez de est6mago por ataque cardiaco (ERGE)

□ Hepatitis

Hepatitis

□High Cholesterol

Colesterol alto

□Kidney Failure

[nsuficiencia renal

□Peripheral Vascular Disease

Enfetmedad vascular periforica

□Sleep Apnea

Apnea del•suefi.o

□Thyroid Disease

Enfermedad de la tiroides

□Anemia

Anemia

□Back Pain

Dolor de espalda

□Arthritis

Aliritis

□Depression

Deptesi6n

□Diverticulitis

Diverticulitis

□Gout

Gota

□Heart Failure

1nsuficiencia cardfaca

□Kidney Stones

Cillculos renales

□HIV/AIDS

VIH/ SIDA

□Mental Illness

Enfermedad mental

□Seizures/Epilepsy

Convulsiones / Epilepsia

□Stomach Ulcers

Dlceras de est6mago

□UTI

Infecci6n de! tracto urinario

Any other information you wish to provide not listed above:

*Cua!quier otra inj0rmaci6n que desee proporcionar no mencionada anteriormente:*

###### Women Only

*Solo Mujeres*

Age at when you got your **1"** period: Date of Last menstrual period: Length of Cycle\_

*Edad a la que tuvo su primer periodo Fecha de la ilitima menstruaci6n*

Heavy periods, irregular, spotting, pain or discharge? □Yes □No

*;,Periodos abundantes, irregulares, manchado, dolor o secreci6n?*

*Duraci6n def ciclo*

Number of pregnancies Number of live births Pregnant or breastfeeding?□Yes □No

*Nt'tmero de embarazos Ni'tmero de nacidos vivas ,,:Esta embarazada* o *amamantando?*

Have you had D&C, Hysterectomy or C-Section? □Yes □No

*;,Ha tenido D&C, Histerectomfa o Cesiirea?*

Any Urinary Tract Infection or Kidney infection in the last year? □Yes □No

*;,Alguna infecci6n def tracto urinario o def rifi.6n en el it!timo aiio?*

Any blood in urine? □Yes □No Problems controlling urine? □Yes □No

*;,Sangre en la ofina? ;,Problemas para controlar la orina?*

Hot flashes or sweating at night? □Yes □ No Date of last Pap smear and rectal exam? \_

*;,Sofocos o sudoraci6n nocturna? ;,Fecha de la t'tltima pn1eba de Papanicolaou y examen rectal?*

Do you have menstrual tension, pain, bloating, irritability or other symptoms at or around time of period? □Yes ,□No

"'

*I, Tiene tensi6n menstn.tal, dolor, hinchaz6n, irn'tabilidad u otros sfntomas en un momenta detenninado de{ periodo?*

Recent breast tinderness, lumps or nipple discharge? □Yes □No

*;,Sensibilidad reciente,,en los senos, bultos o secreci6n de! pez6n?*

### Men Only

*Solo Hombres*

Do you usually get up at night to uriniate? □Yes □No If yes, how many times per night---

*;,Suele levantarse par la noche para orinar? En caso afirmativo, cu6ntas veces par noche*

Do you feel pain or burning with urination?□Yes □No Blood in urine? □Yes □No

*;,Siente dolor o ardor al orinar? ,:;Sangre en la orina?*

Do you feel burning discharge from penis? □Yes □No Force when urinating decrease?□Yes □No

*;,Siente secreci6n ardiente de! pene? t:Disminuye lafi1erza al orinar?*

Any kidney, bladder or prostate infection in the last year? Yes No

*;,Alguna irifecci6n de rir76n, vejiga o pr6stata en el Ultimo ano?*

Problems emptying your bladder completely? □Yes

*,:;Problemas para vaciar comp/etamente la vejiga?*

□No Testicle pain or swelling? □Yes

*;,Dolor* o *inflamaci6n de las testiculos?*

□No

Difficulty with erection or ejaculation?□Yes □No

*;,Dificultad con la erecci6n o la eyaculaci6n?*

Date of last prostate & rectal exam: \_

*Fecha del tlltimo examen de pr6stata y recto:*

### Family Medical History

*Historial medico familiar*

Please indicate if YOUR FAMILY has a history of the following: (ONLY include parents, grandparents, siblings, and children)

*Par favor indique si SU FAMILIA tiene antecedentes de lo siguiente: (S6LO incluya padres, abuelos, hennanos e hijos)*

□I am adopted and do not know biological family history □Family History Unlmown

*Soy adoptado y no conozco antecedentesfamiliares bio!0gicos Antecedentesfamiliares Desconocido*

□Alcohol Abuse □Anesthetic Complication □Arthritis □Asthma

*Abuso de alcohol*

□Diabetes

*Diabetes*

□Colon Cancer

*cancer de colon*

□High Cholesterol

*Alta en colesterol*

□Rectal Cancer

*Cit.ncer de recto*

□Breast Cancer

*Complicaci6n anest!:sica*

□Bladder Problems

*Problemas de vejiga*

□Heart Disease

*Enfermedad cardfaca*

□Kidney Disease

*Enfermedad renal*

□Seizures/Convulsions

*Convulsiones*

□Stroke/CVA of the Brain

*Artritis*

□Bleeding Disease

*Enfennedad hemorrdgica*

□Leukemia

*Leucemia*

□Anemia

*Anemia*

□Depression

*Depresi6n*

□Other Cancer

*Asma*

□Migraines

*Migrafias*

□Osteoporosis

*Osteoporosis*

□Severe Allergy

*Alergia severa*

□Thyroid

*Tiroides*

***Ctincer de mama Accidente cerehrovascular/ACV cerebral*** *Otro cancer*

□Lung/Respiratory Disease □High Blood Pressure

*Enfermedad pulmonar I respiratoria Presi6n arterial alta*

□NONE of the Above

*NJNGUNOde las anteriores*

Mother, Grandmother, or Sister developed heart disease before the age of 65?

*La madre, la abuela o la·hermana desarrollaron una enfermedad cardfaca antes de las 65 aiios.*

Father, Grandfather, or Brother developed heart disease before the age of 55?

*Padre, abuelo o hennano desarrollaron una enfermedad card[aca antes de las 55 afios*

□Yes □No

□Yes □No

If your mother, father, brothers or sisters are deceased, please list their age at the time of death and the cause:

Si su madre, padre, hermanos o hermanas ban fallecido, indique su edad en el momcnto de la muerte y la causa:

Any other family information you wish to provide not listed above:

*Cualquier otra informaci6n que desee proporcionar:*

##### Text/E-mail Consent

*Consentimiento par rnensaje de texto I correo electr6nico*

By signing below, I authorize Kissimmee Primary Care to contact me by automated SMS text messages and e-mail for appointment reminders. I understand that message/data rates may apply to messages sent by Kissimmee Primary Care under my cell phone plan. I know that I am under no obligation to authorize Kissimmee Primary Care to send me text messages. I may opt-out of receiving these communications by signing a revoke part of this form or by responding STOP in the messages received. Please allow 2-3 business days for processing.

I understand that text messaging is not a secure fo1mat of communication. There is some risk that individually identifiable health information or other sensitive or confidential information contained in such text may be misdirected, disclosed to or intercepted by unauthorized third parties. Information included in text messages may include your first name, date/time of appointments, name of physician, and physician phone number.

By signing below, I indicate I am the primary user for the mobile phone number listed above, I accept the risk explained above and consent to receive text messages via automated technology from Kissimmee Primary Care to the phone number that I have provided.

##### Consentimiento por mensaje de texto / correo electronico

*Al firmar a continuaci6n, autorizo a Kissimmee Primary Care a que se comunique conmigo mediante mensajes de texto SMS automatizados y correo electr6nico para recordatorios de·citas. Entiendo que se pueden aplicar tarifas de mensajes I datos a las mensajes enviados par Kissimmee Primary Care bajo mi plan de telefono celular. Se que no tengo la obligaci6n de autorizar a Kissimmee Primary Care a enviarme mensajes de texto. Puedo optar par no recibir estas comunicaciones firmando una parte de revocaci6n de este formulario o respondienda STOP en las mensajes recibidos. Par favor, espere de 2 a 3 dias habiles para el pracesamiento.*

*Entiendo que la mensajeria de texto no es unformato de camunicaci6n seguro. Existe cierto riesgo de que la informaci6n medica identijicable individualmente u otra infarmaci6n sensible o confidencial contenida en dicho texto pueda ser ma/ dirigida, divulgada o interceptada par terceros no autorizadas. La informaci6n incluida en las mensajes de texta puede incluir su nombre, fecha I hara de las citas, nombre de! medico y numero de telefono de! medico.*

*Al firmar a continuaci6n, indico que soy el usuario principal de! numero de telefono m6vil mencionado anteriormente, acepto el riesgo explicado anteriormente y day mi consentimiento para recibir mensajes de texto a /raves de tecno/ogia automatizada de Kissimmee Primary Care al numero de telefono que he proporcionado.*

Mobile: Email:

*mobile Correo electronico*

Patient Name: Date of Birth:

*Nombre de paciente*

*Fecha de nacimiento*

Signature: Date:

*Firma de paciente Fecha*

##### Revoke Consent

Patient Name: Date of Birth:

*Nombre de paciente*

*Fecha de nacimiento*

**Signature: Date:**

#### HIPAA/ DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION POLICY

This office will **NOT** disclose information to any party without signed consent from the patient. If you do not write the name/s of person on this HIPPA form, no information will be discussed with them. **NO EXCEPTIONS.** I authorize the Kissimmee Primary Care to disclosed my medical information (i.e. progress notes, lab and radiology results, medication, patients plans, referral information). To the following individuals:

, , , ,

#### HIPAA *I* POLITICA DE DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA

*Esta oficina NO divulgara informaci6n a ninguna parte sin el consentimiento firmado de! paciente. Si no escribe el I las nombre Is de la persona en este formulario HIPPA, nose discutira ninguna informaci6n con ellos. SIN EXCEPCIONES. Autorizo a Kissimmee Primaey Care a divulgar mi informaci6n medica (es decir, notas de progreso, resultados de laboratorio y radiologia, medicamentos, planes de pacientes, informaci6n de derivaci6n). A las siguientes personas:*

Name: Relationship:

First/Nombre Middle/Inicial Last/Apel!ido Relaccion

Name: Relationship:

FirsUNombre Middlellnicial Last/Apel!ido Re!accion

Name: Relationship:

First/Nombre Middle/Inicial Last/Apellido Relaccion

**Patient Name:**  : • "' **Date of Birth:**

*Nombre de paciente*

*Fecha de nacirniento*

Signature: Date:

*Firma de paciente Fecha*

##### Revoke Consent

Patient Name: Date of Birth:

*Nombre de paciente*

Signature:

*Finna de paciente*

*Fecha de nacimiento*

Date. = ­

*Fecha*

# Medication Policy

Controlled substance will NOT be refilled without an encounter with the doctor first and are only supplied for one **(I)** month.

Antibiotics are not refilled, in case they are needed the patient must see the doctor first.

I, ,have read the above information or it has been read to me. By signing this document I affirm I understand the medication policy.

# Politica de medicaci6n

*Sustancia contro/adas NO se volveran a llenar sin una consulta con el medico primero y solo se suministran d:urante un (]) mes.*

*Los antibi6ticos ·nose rellenan, en caso de que sean necesarios, el paciente debe consultar primero al medico.*

*Yo, , he leido la informaci6n anterior o me la han leido. Al firmar este documento, afirmo que entiendo la politica de medicamentos.*

Patient Name: Date of Birth:

***Nombre de paciente Fecha de nacimiento***

Signature: Date:

***Firma de paciente Fecha***

##### Patient Acknowledgment

I, (print name) ,certify that the information stated above is true and accurate to the best of my knowledge. I hereby authorize Kissimmee Primary Care (K.PC), to bill my health insurance company, myself, and/or its representative for all services that I receive. I further authorize my health insurance company or its representative to make direct payment of benefits to KPC or its providers under the terms and conditions of my health care contract. It is my responsibility to understand my coverage, including co-pays, co-insurance, and deductibles. This also includes understanding what services are covered or not. It is also my responsibility to let KPC know if there is a change in my insurance or coverage. I understand that I am ultimately responsible for payment of all services. I agree that parents, guardians, or personal representatives are responsible for all fees and services rendered for treatment of a minor/child. I will be held liable for any care provided to me, or to the client for whom I am legally responsible for, even when not covered by the insurance company. In addition, I authorize the appropriate staff at KPC to fill out any and all necessary paperwork or electronic claims required by my insurance carrier or managed care company, including but not limited to: treatment plans, insurance claim forms and termination of care information.

I affirm that I have read, understand, and agree to the authorizations stated above.

**SIGNATURE TODAY'S DATE**

##### Reconocimiento de Paciente

*Yo, (nombre en letra de imprenta)* ------------- ·*certifico que la informaci6n indicada anteriormente es verdadera y precisa segun mi en/ender. Par la presente autorizo a Kissimmee Primary Care (KPC) afacturar a mi compafiia de seguro medico, a mi mismo y/o a su representante par todos las servicios que reciba. Ademas, autorizo a mi compaiiia de seguro medico o su representante a realizar el pago directo de los beneficios a KPC o sus proveedores segun los terminos y condiciones de mi contra/a de atenci6n medica. Es mi responsabilidad comprender mi cobertura, incluidos las copagos, el coseguro y los deducibles. Esto tambien incluye comprender que servicios estan cubiertos o no. Tambien es mi responsabilidad informar a KPC si hay a/gun cambio en mi seguro o cobertura. Entiendo que soy, en ultima instancia, responsable de! pago de todos las servicios. Estoy de acuerdo en que los padres, tutores o representantes persona/es son responsables de todos los honorarios y servicios prestados par el tratamiento de un menor I niiio. Sere responsable de la atenci6n que se me brinde a mi o al cliente de/ que soy legalmente responsable, incluso cuando no este cubierto par la compaiiia de seguros. Ademas, autorizo al personal apropiado de KPC a completar todos y cada uno de las documentos necesarios o reclamos electr6nicos requeridos par mi compaiiia de seguros o compafiia de atenci6n administrada, incluidos, entre otros: planes de tratamiento, formularios de reclamos de seguros e informaci6n sabre la terminaci6n de la atenci6n.*

*Afirmo que he leido, entiendo y estoy de acuerdo con las autorizaciones indicadas anteriormente.*

***Firma de paciente Pecha***