

Kissimmee Primary Care PATIENT REGISTRATION

Today's Date: _____ / _____ / _____ Date of Birth: _____ / _____ / _____ Age: _____
Fecha Fecha de nacimiento Edad

PERSONAL INFORMATION *Informacion Personal*

Name: _____ Preferred Name: _____
First/Nombre Middle/Inicial Last/Apellido

Gender: Male Female Social Security Number: _____
Sexo Numero de Social (may be needed for insurance)

Marital Status: Single Married Separated Divorced Widowed
Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

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

Cellphone: (____) _____ - _____ May we send a text? Yes No Leave voicemail? Yes No
Celular Podemos enviarle textos? Mensaje de voz?

Secondary Phone: (____) _____ - _____ 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 *If yes, your relationship* _____
¿Es usted el cuidador de un familiar? Relacion

Pharmacy Name: _____ Phone: (____) _____ - _____
Farmacia Telefono

EMERGENCY CONTACT

Contacto de Emergencia

Emergency Contact Name: _____ This person lives with you? Yes No
Nombre y Apellido Vive con usted?

Phone: (____) _____ - _____ Relationship: _____
Telefono Relacion

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

INSURANCE INFORMATION

INFORMACION DE SEGURO

Primary Insurance: _____
Seguro primario

Member ID #: _____ **Insurance Policy Holder Name:** _____
Numero de ID *Nombre exacto del dueño de la Poliza* *(write exactly as written on card)*

Relationship to Patient: Self Spouse Parent
Relacion *Ud. mismo/a* *Esposo/a* *Padres*

Secondary Insurance: _____ **Member ID #:** _____
Poliza segundaria *Numero de ID*

Relationship to Client: Self Spouse Parent
Relacion *Ud. mismo/a* *Esposo/a* *Padres*

Pharmacy Name: _____ **Phone:** (____) _____ - _____
Nombre de farmacia *Telefono*

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

SOCIAL HISTORY

Historial Social

Do you smoke? Yes No **If Yes, Packs per day** _____ **Year you quit** _____
Fuma *Cuantos Paquetes al día* *Año que lo dejo*

Medical Cannabis Card: Yes No **If Yes, ID#:** _____
Tarjeta de cannabis medicinal: *En caso afirmativo, número de identificación:*

Alcoholic Beverages? Never Rarely Moderate Heavily Social
Bebidas alcoholicas: *Nunca* *Casi Nunca* *Moderadamente* *Mucho* *Sociablemente*

Exercise: Sedentary Mild Vigorous
Ejercicio: *Sedentario* *Leve* *Vigoroso*

Mental Health

Salud mental

Is stress a major problem for you? Yes No **Do you feel depressed?** Yes No
¿Es el estrés un problema importante para usted? *Te sientes deprimido?*

Do you panic when stressed? Yes No
¿Entras en pánico cuando estás estresado?

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?** Yes No
¿Lloras con frecuencia? *¿Alguna vez ha intentado suicidarse?*

Have you ever seriously thought about hurting yourself? Yes No
¿Alguna vez ha pensado seriamente en hacerse daño?

Do you have trouble sleeping? Yes No **Have you ever been to a counselor?** Yes No
Tienes problemas durmiendo? *¿Alguna vez ha ido a un consejero?*

Patient Medical History

Name: _____ **Gender:** Male Female
First/Nombre Middle/Inicial Last/Apellido 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 Viudo/a

Allergies to Medications *Alergia a Medicamentos*

Medication/Medicamento	Reaction/Reaccion

Current Medications (please include over the counter medications and food supplements)

Medicamentos actuales (incluya medicamentos de venta libre y complementos alimenticios)

Drug Name/ Nombre	Dose/Dosis	How Often?	Drug Name/Nombre	Dose/Dosis	How Often?

Current Symptoms:

Sintomas actuales

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Weight Loss
<i>Perdida de peso</i>
<input type="checkbox"/> Stomach Ulcers
<i>Úlceras de estómago</i>
<input type="checkbox"/> Difficulty in Exercising
<i>Dificultad para ejercitarse</i>
<input type="checkbox"/> Change in Nails
<i>Erupciones</i>
<input type="checkbox"/> Skin Lesions
<i>Lesiones cutáneas</i>
<input type="checkbox"/> Glaucoma
<i>Glaucoma</i>
<input type="checkbox"/> Nose Bleeding
<i>Sangrado de nariz</i>
<input type="checkbox"/> Black Tarry Stool
<i>aburete alquitranado negro</i> | <input type="checkbox"/> Hoarseness
<i>Ronquera</i>
<input type="checkbox"/> Shortness of Breath
<i>Dificultad para respirar</i>
<input type="checkbox"/> Arthritis
<i>Artritis</i>
<input type="checkbox"/> Stomach Ulcers
<i>Sangre en las heces</i>
<input type="checkbox"/> Varicose Veins
<i>Varices</i>
<input type="checkbox"/> Swelling in Legs
<i>Hinchazón en las piernas</i>
<input type="checkbox"/> Substance Abuse
<i>Abuso de sustancias</i>
<input type="checkbox"/> None of the above
<i>Ninguno de los anteriores</i> | <input type="checkbox"/> Weight Gain
<i>Aumento de peso</i>
<input type="checkbox"/> Fever or Chills
<i>Fiebre o escalofríos</i>
<input type="checkbox"/> Change in Hair
<i>Cambio de cabello</i>
<input type="checkbox"/> Rashes
<i>Erupciones</i>
<input type="checkbox"/> Vision Problems
<i>Problemas de visión</i>
<input type="checkbox"/> Hearing Loss
<i>Pérdida auditiva</i>
<input type="checkbox"/> Cough
<i>Tos</i> | <input type="checkbox"/> Difficulty Speaking
<i>Dificultad para hablar</i>
<input type="checkbox"/> Wheezing
<i>Sibilancias</i>
<input type="checkbox"/> Coughing up blood
<i>Tos con sangre</i>
<input type="checkbox"/> Blood in Stool
<i>Sangre en las heces</i>
<input type="checkbox"/> Back Pain
<i>Dolor de espalda</i>
<input type="checkbox"/> Difficulty Thinking
<i>Dificultad para pensar</i>
<input type="checkbox"/> Depression
<i>Depresión</i> |
|---|--|---|--|

Have you had blood transfusions: Yes No
Ha recibido transfusiones de sangre?

Any trouble falling asleep? Yes No
Algún problema para conciliar el sueño

Have you been told you snore loudly? Yes No
Le han dicho que ronca fuerte

How many hours a night do you sleep? _____
Cuántas horas por noche duerme

No any trouble staying asleep? Yes No
Tiene problemas para quedarse dormido?

Continue...

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abnormal Heart Rhythm
Ritmo cardíaco anormal | <input type="checkbox"/> Allergies/Seasonal/ Environmental
Alergias / estacionales / ambientales | <input type="checkbox"/> Anemia
Anemia |
| <input type="checkbox"/> Anxiety/Stress
Ansiedad / Estrés | <input type="checkbox"/> Atrial Fibrillation
Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Back Pain
Dolor de espalda |
| <input type="checkbox"/> Asthma
Asma | <input type="checkbox"/> Colitis or Crohn's Disease Cancer
Colitis o cáncer de la enfermedad de Crohn (cualquier tipo) | <input type="checkbox"/> Arthritis
Artritis |
| <input type="checkbox"/> Chronic Bronchitis
Bronquitis crónica | <input type="checkbox"/> Chronic Pain
Dolor crónico | <input type="checkbox"/> Depression
Depresión |
| <input type="checkbox"/> Diabetes
Diabetes | <input type="checkbox"/> Chronic Kidney Disease
Enfermedad renal crónica | <input type="checkbox"/> Diverticulitis
Diverticulitis |
| <input type="checkbox"/> Emphysema/COPD
Enfisema / EPOC | <input type="checkbox"/> Galbladder Disease
Enfermedad de la vesícula galvánica | <input type="checkbox"/> Gout
Gota |
| <input type="checkbox"/> Headaches/Migraines
Dolores de cabeza / migrañas | <input type="checkbox"/> Heart Attack Heartburn (GERD)
Acidez de estómago por ataque cardíaco (ERGE) | <input type="checkbox"/> Heart Failure
Insuficiencia cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Heart Murmur
Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Hepatitis
Hepatitis | <input type="checkbox"/> Kidney Stones
Cálculos renales |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure
Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> High Cholesterol
Colesterol alto | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS
VIH / SIDA |
| <input type="checkbox"/> IBS
SII | <input type="checkbox"/> Kidney Failure
Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Mental Illness
Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Obesity
Obesidad | <input type="checkbox"/> Peripheral Vascular Disease
Enfermedad vascular periférica | <input type="checkbox"/> Seizures/Epilepsy
Convulsiones / Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis
Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sleep Apnea
Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Stomach Ulcers
Úlceras de estómago |
| <input type="checkbox"/> Stroke
Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease
Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> UTI
Infección del tracto urinario |

Any other information you wish to provide not listed above:

Cualquier otra información que desee proporcionar no mencionada anteriormente:

Women Only

Solo Mujeres

Age at when you got your 1st period: _____ Date of Last menstrual period: _____ Length of Cycle _____

Edad a la que tuvo su primer período

Fecha de la última menstruación

Duración del ciclo

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

¿Períodos abundantes, irregulares, manchado, dolor o secreción?

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

Número de embarazos

Número de nacidos vivos

¿Está embarazada o amamantando?

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

¿Ha tenido D&C, Histerectomía o Cesárea?

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

¿Alguna infección del tracto urinario o del riñón en el último año?

Any blood in urine? Yes No

¿Sangre en la orina?

Problems controlling urine? Yes No

¿Problemas para controlar la orina?

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

¿Sofocos o sudoración nocturna?

¿Fecha de la última prueba de Papanicolaou y examen rectal?

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

¿Tiene tensión menstrual, dolor, hinchazón, irritabilidad u otros síntomas en un momento determinado del período?

Recent breast tenderness, lumps or nipple discharge? Yes No

¿Sensibilidad reciente en los senos, bultos o secreción del pezón?

Men Only

Solo Hombres

Do you usually get up at night to urinate? Yes No

¿Suele levantarse por la noche para orinar?

If yes, how many times per night _____

En caso afirmativo, cuántas veces por noche

Do you feel pain or burning with urination? Yes No

¿Siente dolor o ardor al orinar?

Blood in urine? Yes No

¿Sangre en la orina?

Do you feel burning discharge from penis? Yes No

¿Siente secreción ardiente del pene?

Force when urinating decrease? Yes No

¿Disminuye la fuerza al orinar?

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

¿Alguna infección de riñón, vejiga o próstata en el último año?

Problems emptying your bladder completely? Yes No

¿Problemas para vaciar completamente la vejiga?

Testicle pain or swelling? Yes No

¿Dolor o inflamación de los testículos?

Difficulty with erection or ejaculation? Yes No

¿Dificultad con la erección o la eyaculación?

Date of last prostate & rectal exam: _____

Fecha del último examen de próstata y recto:

Family Medical History

Historial médico familiar

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

Por favor indique si SU FAMILIA tiene antecedentes de lo siguiente: (SÓLO incluya padres, abuelos, hermanos e hijos)

I am adopted and do not know biological family history

Soy adoptado y no conozco antecedentes familiares biológicos

Family History Unknown

Antecedentes familiares Desconocido

Alcohol Abuse

Abuso de alcohol

Anesthetic Complication

Complicación anestésica

Arthritis

Artritis

Asthma

Asma

Diabetes

Diabetes

Bladder Problems

Problemas de vejiga

Bleeding Disease

Enfermedad hemorrágica

Migraines

Migrañas

Colon Cancer

Cáncer de colon

Heart Disease

Enfermedad cardíaca

Leukemia

Leucemia

Osteoporosis

Osteoporosis

High Cholesterol

Alta en colesterol

Kidney Disease

Enfermedad renal

Anemia

Anemia

Severe Allergy

Alergia severa

Rectal Cancer

Cáncer de recto

Seizures/Convulsions

Convulsiones

Depression

Depresión

Thyroid

Tiroides

Breast Cancer

Cáncer de mama

Stroke/CVA of the Brain

Accidente cerebrovascular/ACV cerebral

Other Cancer

Otro cáncer

Lung/Respiratory Disease

Enfermedad pulmonar / respiratoria

High Blood Pressure

Presión arterial alta

NONE of the Above

NINGUNO de los anteriores

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

Yes No

La madre, la abuela o la hermana desarrollaron una enfermedad cardíaca antes de los 65 años.

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

Yes No

Padre, abuelo o hermano desarrollaron una enfermedad cardíaca antes de los 55 años

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 han fallecido, indique su edad en el momento de la muerte y la causa:

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

Cualquier otra información que desee proporcionar:

Text/E-mail Consent

Consentimiento por mensaje de texto / correo electrónico

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 format 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 electrónico

Al firmar a continuación, autorizo a Kissimmee Primary Care a que se comunique conmigo mediante mensajes de texto SMS automatizados y correo electrónico para recordatorios de citas. Entiendo que se pueden aplicar tarifas de mensajes / datos a los mensajes enviados por Kissimmee Primary Care bajo mi plan de teléfono celular. Sé que no tengo la obligación de autorizar a Kissimmee Primary Care a enviarme mensajes de texto. Puedo optar por no recibir estas comunicaciones firmando una parte de revocación de este formulario o respondiendo STOP en los mensajes recibidos. Por favor, espere de 2 a 3 días hábiles para el procesamiento.

Entiendo que la mensajería de texto no es un formato de comunicación seguro. Existe cierto riesgo de que la información médica identificable individualmente u otra información sensible o confidencial contenida en dicho texto pueda ser mal dirigida, divulgada o interceptada por terceros no autorizados. La información incluida en los mensajes de texto puede incluir su nombre, fecha / hora de las citas, nombre del médico y número de teléfono del médico.

Al firmar a continuación, indico que soy el usuario principal del número de teléfono móvil mencionado anteriormente, acepto el riesgo explicado anteriormente y doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto a través de tecnología automatizada de Kissimmee Primary Care al número de teléfono que he proporcionado.

Mobile: _____ **Email:** _____

mobile

Correo electrónico

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 / POLÍTICA DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Esta oficina NO divulgará información a ninguna parte sin el consentimiento firmado del paciente. Si no escribe el / los nombre / s de la persona en este formulario HIPPA, no se discutirá ninguna información con ellos. SIN EXCEPCIONES. Autorizo a Kissimmee Primaey Care a divulgar mi información médica (es decir, notas de progreso, resultados de laboratorio y radiología, medicamentos, planes de pacientes, información de derivación). A las siguientes personas:

Name: _____ **Relationship:** _____
First/Nombre Middle/Inicial Last/Apellido Relaccion

Name: _____ **Relationship:** _____
First/Nombre Middle/Inicial Last/Apellido Relaccion

Name: _____ **Relationship:** _____
First/Nombre Middle/Inicial Last/Apellido Relaccion

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:** _____
Firma de paciente Fecha

Medication Policy

Controlled substance will NOT be refilled without an encounter with the doctor first and are only supplied for one (1) 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.

Política de medicación

Sustancia controladas NO se volverán a llenar sin una consulta con el médico primero y solo se suministran durante un (1) mes.

Los antibióticos no se rellenan, en caso de que sean necesarios, el paciente debe consultar primero al médico.

Yo, _____, he leído la información anterior o me la han leído. Al firmar este documento, afirmo que entiendo la política 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 (KPC), 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 información indicada anteriormente es verdadera y precisa según mi entender. Por la presente autorizo a Kissimmee Primary Care (KPC) a facturar a mi compañía de seguro médico, a mí mismo y/o a su representante por todos los servicios que reciba. Además, autorizo a mi compañía de seguro médico o su representante a realizar el pago directo de los beneficios a KPC o sus proveedores según los términos y condiciones de mi contrato de atención médica. Es mi responsabilidad comprender mi cobertura, incluidos los copagos, el coseguro y los deducibles. Esto también incluye comprender qué servicios están cubiertos o no. También es mi responsabilidad informar a KPC si hay algún cambio en mi seguro o cobertura. Entiendo que soy, en última instancia, responsable del pago de todos los servicios. Estoy de acuerdo en que los padres, tutores o representantes personales son responsables de todos los honorarios y servicios prestados por el tratamiento de un menor / niño. Seré responsable de la atención que se me brinde a mí o al cliente del que soy legalmente responsable, incluso cuando no esté cubierto por la compañía de seguros. Además, autorizo al personal apropiado de KPC a completar todos y cada uno de los documentos necesarios o reclamos electrónicos requeridos por mi compañía de seguros o compañía de atención administrada, incluidos, entre otros: planes de tratamiento, formularios de reclamos de seguros e información sobre la terminación de la atención.

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

Firma de paciente

Fecha