

Patient Registration
Registración del Paciente

Date: _____
Fecha

Patient Information- Información Del Paciente

Social Security # _____
Numero de Seguro Social
First Name _____
Primer Nombre
Middle _____
Segundo Nombre
Last Name _____
Apellido
Date of Birth ____/____/____
Fecha de Nacimiento
Preferred Language _____
Idioma de preferencia
Marital Status _____
Estado Matrimonial

Home Address _____
Dirección del Hogar
City _____ State _____ Zip _____
Ciudad Estado Código postal
Email Address: _____
Dirección electronica
Home Phone (____) _____
Teléfono del Hogar
Cellular Phone (____) _____
Teléfono Celular
Employer _____
Empleador

Work Phone (____) _____
Teléfono del Trabajo

Race: Please select one

American Indian/ Alaska Native
 Asian
 Black/ African American

Native Hawaiian
 Other Pacific Islander
 Other
 White
 Unknown

Ethnicity: Please select one

Hispanic/ Latino
 Not Hispanic/ Latino

Emergency Contact-Contacto en caso de Emergencia

First Name _____
Primer Nombre
Last Name _____
Apellido
Relationship to patient _____
Relación al Paciente

Home Address _____
Dirección del Hogar
Work Phone (____) _____
Teléfono del Trabajo
Cellular Phone (____) _____
Teléfono celular

Insurance Information-Información del Seguro

Please provide your insurance card to the receptionist
Por favor provea su tarjeta de seguro a la recepcionista

Primary Insurance-Seguro Primario

Insurance Company _____
Compañía de Seguro

Secondary Insurance-Seguro Secundario

Insurance Company _____
Compañía de Seguro

Pharmacy Information-Please allow 48-72 hours to refill your medications
Información de su Farmacia-Y por favor permita de 48 a 72 horas para llenar su receta

Name _____
Nombre
Address _____
Dirección
Phone (____) _____ Fax (____) _____
Numero de Teléfono Número de Fax

ACKNOWLEDGEMENT RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
ACUSE DE RECIBO POR EL AVISO SOBRE LA PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

We are required to provide you with a copy of our Notice of Privacy Practices, which describes how we may use or disclose your health information. The notice is in our waiting room. You may refuse to sign this acknowledgement.
Se nos requiere que le proveamos una copia del Aviso de prácticas de privacidad el cual describe como podemos divulgar su información médica. Por Este aviso de privacidad esta en el área de recepción. Usted puede rehusarse a firmar este acuse de recibo.

I acknowledge that I have read and understand Miami Kidney Group's Notice of Privacy Practices.
Acepto que e leído el Aviso de prácticas de privacidad de Miami Kidney Group.

Signature: _____ Date: _____
Firma: _____ Fecha: _____

Check here if you refuse to sign ()
Marque aquí si rehúsa firmar ()

Please contact the Privacy Officer if you have any questions about the Notice of Privacy Practices at 305-662-3984.
Por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad si tiene alguna pregunta acerca de el Aviso de prácticas de privacidad al numero 305-662-3984.

Physicians' Release and Assignment
Autorización de pago al Medico

I hereby authorize payment directly to Miami Kidney Group of benefits applicable and otherwise payable to me from my insurance carrier, HMO or other third party payor, for services rendered by Miami Kidney Group. I understand that I am financially responsible to Miami Kidney Group for any and all charges that the carrier declines to pay. I hereby authorize the release of medical records as deemed necessary for payment of insurance benefits. I understand that I am fully responsible for all charges incurred if my insurance denies payment.

Por la presente autorizo el pago directamente a Miami Kidney Group por todos los beneficios derivados de mi plan medico que normalmente yo tendría derecho de recibir. También autorizo transferir documentos relacionados a mi tratamiento medico a la compañía de seguro para procesar mi reclamación. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos no cubiertos por mi plan medico.

Signature: _____ Date: _____
Firma: _____ Fecha: _____

Office Lab Policy
Política de el Laboratorio

I am aware that I can have my lab work drawn at Quest Labs or Lab Corp or whichever lab my insurance is contracted with at no charge. However if I wish to have my lab drawn Here at Miami Kidney Group's office there will be a fee of \$20.00 which is due upon receipt of the service.

Reconozco que me puedo sacar la sangre en el laboratorio de Quest y Lab Corp o al que designe mi compañía de seguro libre de costo. Pero, si deseo sacar la sangre aquí en Miami Kidney Group, habrá un cargo de \$20.00 el cual se debe pagar cuando el servicio es recibido.

I acknowledge receipt of this policy.
Acepto que e leído esta política.

Signature: _____ Date: _____
Firma: _____ Fecha: _____

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION
AUTORIZACION PARA DOVULGAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

In general, the HIPPA privacy rule gives individuals the right to request a restriction on uses and disclosures of their protected health information (PHI). The individuals is also provided the right to request confidential communications or that a communication of PHI be made by alternative means, such as sending correspondence to the individual's office instead of the individuals home.

En general la ley HIPPA le da a los individuos el derecho de pedir restricciones en como se usa y como se comparte la infamación medica protegida. Los individuos también tienen el derecho de pedir comunicación confidencial por medio de alternativas de comunicación como enviar por correo al trabajo o a la casa.

I wish to be contacted in the following manner (check all that applies):
Deseo que se comuniquen conmigo e la siguiente manera (marque todo lo que apliqué)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Home telephone _____ | <input type="checkbox"/> <i>Teléfono de la casa</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> OK to leave message with detail information
<input type="checkbox"/> On voicemail
<input type="checkbox"/> With family members listed below | <input type="checkbox"/> <i>Esta bien dejar un mensaje detallado</i>
<input type="checkbox"/> <i>En su correo de voz o</i>
<input type="checkbox"/> <i>Con sus familiares según anotado en la parte inferior</i> |
| <input type="checkbox"/> Leave message with call-back number only | <input type="checkbox"/> <i>...dejar mensaje con numero par que usted devuelva la llamada.</i> |
| <input type="checkbox"/> Work telephone _____ | <input type="checkbox"/> <i>Teléfono del Trabajo</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> OK to leave message with detail information | <input type="checkbox"/> <i>Esta bien dejar un mensaje detallado</i> |
| <input type="checkbox"/> OK to leave message with call back number only | <input type="checkbox"/> <i>...dejar mensaje con numero par que usted devuelva la llamada.</i> |
| <input type="checkbox"/> OK to mail to my home address | <input type="checkbox"/> <i>Esta bien enviar correspondencia a mi hogar.</i> |
| <input type="checkbox"/> OK to mail to my work address | <input type="checkbox"/> <i>Esta bien enviar correspondencia a mi lugar de trabajo.</i> |
| <input type="checkbox"/> Other means of communication _____ | <input type="checkbox"/> <i>Otros medios de comunicación</i> |

Name of person (s) or organization in which your medical information can be shared with;
Nombre (s) de individuos u organización en la cual podemos compartir su información medica;

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |

I AUTHORIZE RELEASE OF INFORMATION CONTAINED IN MY MEDICAL RECORDS AS INDICATED BELOW:
AUTORIZO QUE DIVULGACION DE INFORMACION CONTENIDO EN MI RECORD MEDICO SEGÚN INDICADO EL LA PARTE INFERIOR:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Complete medical record/record medico completo | <input type="checkbox"/> Laboratory reports/Reportes de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> HIV Test/ Examen de HIV | <input type="checkbox"/> EKG/Electrocardiograma |
| <input type="checkbox"/> History and Physical/Historial y examen fisico | <input type="checkbox"/> Medication Record/Historial de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Office notes/Notas de la consulta | <input type="checkbox"/> Others/Otros: _____ |

THIS AUTHORIZATION IS SUBJECT TO REVOCATION AT ANY TIME, BY WRITTEN REQUEST, EXCEPT TO THE EXTENT THAT ACTION HAS BEEN TAKEN IN RELIANCE THERE ON.

I AUTHORIZE MKG TO ELECTRONICALLY OBTAIN MY MEDICATION HISTORY FROM MY CURRENT PHARMACY.
AUTORIZO A MKG A QUE OBTENGA EL HISTORIAL CLINICO DE MIS MEDICAMENTOS ELECTRONICAMENTE DE LA FAMACIA QUE USO ACTUALMENTE.

Signature: _____ Date: _____
Firma: Fecha:

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Medicamentos (Nombre, Dosis and Frecuencia)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

(Favor solicitar una pagina adicional si es necesario)

Nombre de su Farmacia: _____ Numero Telefónico: _____

Alergias: (Medicamentos o Alimentos) _____

Vacunas: (Fecha que fueAdministrado)

Influenza anual (Vacuna Contra la Gripe): _____

Vacuna Contra la Neumonia-Pneumovax (En los ultimos 5 años)

Otra: _____

Lista de su Medico Primario u Otros

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

Repaso de Sistemas									
Constitutional	Fiebre	Si	No	Genitourinary	Urgencia al Orinar	Si	No		
	Aumento de Peso	Si	No		Ardor o Dolor al Orinar	Si	No		
	Perdida de Peso	Si	No		Sangre en la Orina	Si	No		
	Fatiga	Si	No		Orina con Frecuencia	Si	No		
	Escalofrios	Si	No		Dificultad Orinando	Si	No		
	Debilidad	Si	No		Espuma en la Orina	Si	No		
HEENT	Discapacidad Visuales	Si	No	Musculoskeletal	Incontinencia	Si	No		
	Catarata	Si	No		Orina en la Noche Frecuentemente	Si	No		
	Dolor en los Ojos	Si	No		Dolor de Espalda	Si	No		
	Enrojecimientos de los Ojos	Si	No		Dolor en el Cuello	Si	No		
	Incapacidad para ver y reconocer los colores	Si	No		Dolor en las coyunturas	Si	No		
	Perdida de Audición	Si	No		Dolor en los Musculos	Si	No		
	Vision Doble	Si	No		Debilidad en Brasos	Si	No		
	Dolor de Oído	Si	No		Izquierdo	Si	No		
	Sinusitis	Si	No		Derecho	Si	No		
	Dolor de Garganta	Si	No		Ambos	Si	No		
	Sangrado por la nariz	Si	No		Debilidad en las Piernas	Si	No		
	Dolor de Cabeza	Si	No		Izquierdo	Si	No		
Ronquera	Si	No	Derecho	Si	No				
Sonido en los Oídos	Si	No	Ambos	Si	No				
Mareos	Si	No	Dermatologia	Erupción	Si	No			
Respiratorio	Falta de Aire	Si		No	Picazón	Si	No		
	Descanzando	Si		No	Decamacion del la piel	Si	No		
	Con Actividad	Si		No	Sequedad	Si	No		
	Dolor al Respirar	Si		No	Cambio de Color	Si	No		
	Tos	Si		No	Neurologico	Adormecimiento	Si	No	
	Silbido en el Pecho	Si	No	Temblores		Si	No		
Tos con Sangre	Si	No	Convulsiones	Si		No			
Sudoración en la noche	Si	No	Hormigueo	Si		No			
Cardiovascular	Dolor de Pecho	Si	No	Mareos		Si	No		
	Palpitación	Si	No	Psiquiatrico		Depresión	Si	No	
	Dolor de piernas al caminar	Si	No		Insomnio	Si	No		
	Falta de Aire mientras esta recostado	Si	No		Ansiedad	Si	No		
	Edema	Si	No		Endocrino	Intolerancia de Calor	Si	No	
	Dificultad al Respirar mientras estas acostado	Si	No			Intolerancia de Frio	Si	No	
Gastrointestina l	Dolor Abdominal	Si	No			Sed en Exceso	Si	No	
	Nausea	Si	No	Orina en Exceso		Si	No		
	Diarrea	Si	No	Hematologia / Oncologia		Sangrado de Encias	Si	No	
	Acidez	Si	No			Moretones	Si	No	
	Vomitos	Si	No		Inmunologia/ Alergia	Alergias de medio ambiente	Si	No	
	Estrenimiento	Si	No			Urticaria	Si	No	
	Anorexia	Si	No			Indigestion			
	Problemas al Tragar	Si	No						

Historial Clínico Familiar							
Enfermedad	Padre	Si	No	Gota	Padre	Si	No
De Los Riñones	Madre	Si	No		Madre	Si	No
	Hermano/a	Si	No		Hermano/a	Si	No
	Hijo/a	Si	No		Hijo/a	Si	No
Diabetes	Padre	Si	No	Riñones	Padre	Si	No
	Madre	Si	No	Poliquísticos	Madre	Si	No
	Hermano/a	Si	No		Hermano/a	Si	No
	Hijo/a	Si	No		Hijo/a	Si	No
Hipertensión	Padre	Si	No	Demencia	Padre	Si	No
	Madre	Si	No		Madre	Si	No
	Hermano/a	Si	No		Hermano/a	Si	No
	Hijo/a	Si	No		Hijo/a	Si	No
Cardiopatía Isquémica	Padre	Si	No	Padre	Vive	Si	No
	Madre	Si	No		A Que Edad		
	Hermano/a	Si	No		Fallecio	Si	No
	Hijo/a	Si	No		Causa de Muerte		
Cáncer	Padre	Si	No		Se Deconoce		
	Madre	Si	No	Madre	Vive	Si	No
	Hermano/a	Si	No		Se desconoce	Si	No
	Hijo/a	Si	No				
Derrame Cerebral	Padre	Si	No		A Que Edad		
	Madre	Si	No		Causa de Muerte		
	Hermano/a	Si	No				
	Hijo/a	Si	No				

Historia Social Del Paciente							
Uso de Cigarro	Usa Actualmente	Si	No	Uso de alcohol	Toma Actualmente	Si	No
	Cuantos paquetes al Día	Si	No		Ocasionalmente	Si	No
	Fumabas Antes	Si	No		1-2 Tragos por Día	Si	No
	Tabaco	Si	No		3 o mas Tragos por Día	Si	No
	Cigarros	Si	No		Tomaba Anteriormente	Si	No
	Otro	Si	No		1-2 Tragos por Día	Si	No
	Cuando Descontinuo				3 o mas Tragos por Día	Si	No
Nunca Fumó	Si	No	Nunca Tomó	Si	No		
CORREO ELECTRONICO:							