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)

□ Home telephone _____
□ OK to leave message with detail information
  □ On voicemail
  □ With family members listed below
□ Leave message with call-back number only

□ *Teléfono de la casa*_____
□ *Esta bien dejar un mensaje detallado*
  □ *En su correo de voz o*
  □ *Con sus familiares según anotado en la parte inferior*
□ …dejar mensaje con numero par que usted devuelva la llamada.

□ Work telephone _____
□ OK to leave message with detail information
□ OK to leave message with call back number only

□ *Teléfono del Trabajo*_____
□ *Esta bien dejar un mensaje detallado*
□ *...dejar mensaje con numero par que usted devuelva la llamada.*

□ OK to mail to my home address
□ OK to mail to my work address

□ *Esta bien enviar correspondencia a mi hogar.*
□ *Esta bien enviar correspondencia a mi lugar de trabajo.*

□ Other means of communication_____

□ *Otros medios de comunicación*

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:

_____ Complete medical record/record medico completo
_____ HIV Test/ Examen de HIV
_____ History and Physical/Historial y examen fisico
_____ Office notes/Notas de la consulta
_____ Laboratory reports/Reportes de laboratorio
_____ EKG/Electrocardiograma
_____ Medication Record/Historial de medicamentos
_____ 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:*

Patient's Name: _____ **Today's Date:**_____

DOB_____

Medications (Name, Dosage and Frequency)

1._____

2._____

3._____

4._____

5._____

6._____

7._____

8._____

9._____

10._____

(Please request additional medication page from our staff if necessary)

Pharmacy Name: _____ **Telephone number:**_____

Allergies: (Medications or food)_____

Immunizations: (Date administered)

Seasonal Influenza (Flu Shot):_____
Pneumovax(Within the last 5 years)_____
Other:_____

Primary Care Physician and othe

1._____ **3.**_____

2._____ **4.**_____

Review of Systems

Constitutional	Fever	Yes	No	Genitourinary	Urinary urgency	Yes	No
	Weight gain	Yes	No		Urinary Burning or Pain	Yes	No
	Weight loss	Yes	No		Blood in Urine	Yes	No
	Fatigue	Yes	No		Urinary Frequency	Yes	No
	Chills	Yes	No		Urinary Hesitancy	Yes	No
	Weakness	Yes	No		Foamy Urine	Yes	No
					Incontinence	Yes	No
HEENT	Vision impaired	Yes	No		Urinating at night	Yes	No
	Cataract	Yes	No				
	Eye pain	Yes	No	Musculoskeletal	Back pain	Yes	No
	Redness	Yes	No		Neck Pain	Yes	No
	Color Blindness	Yes	No		Joint Pain	Yes	No
	Hearing Loss	Yes	No		Muscle Pain	Yes	No
	Double Vision	Yes	No		Arm Weakness	Yes	No
	Ear Pain	Yes	No		Left	Yes	No
	Sinus Problems	Yes	No		Right	Yes	No
	Sore throat	Yes	No		Both	Yes	No
	Nose bleeds	Yes	No		Leg Weakness	Yes	No
	Headache	Yes	No		Left	Yes	No
	Hoarseness	Yes	No		Right	Yes	No
	Ringing of ears	Yes	No		Both	Yes	No
	Dizziness	Yes	No				
				Skin	Rashes	Yes	No
Respiratory	Shortness of breath	Yes	No		Itching	Yes	No
	At Rest	Yes	No		Scaling	Yes	No
	With Activity	Yes	No		Dryness	Yes	No
	Pain with Breathing	Yes	No		Color Change	Yes	No
	Cough	Yes	No				
	Wheezing	Yes	No	Neurological	Numbness	Yes	No
	Blood in Sputum	Yes	No		Tremors	Yes	No
	Nights Sweats	Yes	No		Seizures	Yes	No
					Tingling	Yes	No
Cardiovascular	Chest Pain	Yes	No		Fainting	Yes	No
	Palpitations	Yes	No				
	Pain in Legs-while walking	Yes	No	Psychiatric	Depression	Yes	No
	SOB while Lying flat	Yes	No		Insomnia	Yes	No
	Edema	Yes	No		Anxiety	Yes	No
	Breathing Diffulty while lying	Yes	No				
				Endocrine	Heat intolerance	Yes	No
Gastrointestinal	Abdominal pain	Yes	No		Cold intolerance	Yes	No
	Nausea	Yes	No		Excessive Thirst	Yes	No
	Diarrhea	Yes	No		Excessive Urination	Yes	No
	Heart Burn	Yes	No				
	Vomiting	Yes	No	Hematology /	Bleeding gums	Yes	No
	Constipation	Yes	No	Oncology	Easy Bruising	Yes	No
	Anorexia	Yes	No				
	Trouble Swallowing	Yes	No	Immuno/	Seasonal Allergies	Yes	No
	Indigestions	Yes	No	Allergy	Hives	Yes	No

Family History of Illnesses

Kidney Disease	Father	Yes	No	Gout	Father	Yes	No
	Mother	Yes	No		Mother	Yes	No
	Sibling	Yes	No		Sibling	Yes	No
	Child	Yes	No		Child	Yes	No
Diabetes	Father	Yes	No	Polycystic	Father	Yes	No
	Mother	Yes	No	Kidney	Mother	Yes	No
	Sibling	Yes	No		Sibling	Yes	No
	Child	Yes	No		Child	Yes	No
High Blood	Father	Yes	No	Dementia	Father	Yes	No
Pressure	Mother	Yes	No		Mother	Yes	No
	Sibling	Yes	No		Sibling	Yes	No
	Child	Yes	No		Child	Yes	No
Ischemic Heart	Father	Yes	No		Living	Yes	No
Disease	Mother	Yes	No	Father	At what age		
	Sibling	Yes	No		Cause of Death		
	Child	Yes	No		Unknown		
Cancer	Father	Yes	No				
	Mother	Yes	No	Mother	Living	Yes	No
	Sibling	Yes	No		At What Age		
	Child	Yes	No		Cause of Death		
					Unknown		
	Father	Yes	No				
Stroke	Mother	Yes	No				
	Sibling	Yes	No				
	Child	Yes	No				

Patient's Social History

	Current User	Yes	No		Current User	Yes	No
Tobacco Use	How Many Packs a day			Alcohol Use	Occasional	Yes	No
	Former User	Yes	No		1-2 drinks per day	Yes	No
	Tobacco	Yes	No		3 or more drinks per day	Yes	No
	Cigar	Yes	No		Former User	Yes	No
	Other	Yes	No		1-2 drinks per day	Yes	No
	Date Stopped				3 or more drinks per day	Yes	No
	Never Used	Yes	No		Never Used	Yes	No

E-MAIL: