



PATIENT INFORMATION/ INFORMACION DEL PACIENTE

Preferred Provider: Dr. _____

Name/Nombre: Last/Apellido First/Nombre Middle/2nd Nombre Nickname/Apodo

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____ Gender/Genero: _____ SSN/Seguro Social # _____

Marital Status/Estado Civil: _____ Drivers License/ Licencia de Conducir #: _____

Address/Dirección Street/Calle Apt/Apartamento City/Ciudad State/Estado Zip Code/Código Postal

Phone/Teléfonos: Home/Casa Work/Trabajo Cell/Other/Celular u otro

Email Address/Correo Electrónico: _____

Emergency Contact, Relationship to Patient, Number/ Contacto para Emergencia, Relación con el Paciente, Número Telefónico: _____

Insurance Information/Información de Seguro Médico: Insurance Company Name/Nombre Seguro Médico

Insurance ID#/Número de Identificación: _____ Group #/Núm. de Grupo: _____

Insurance Claim Address/Dirección de Reclamos: _____

Policy Holder/Asegurado Principal Last/Apellido First/Nombre Middle/2nd Nombre Fecha de Nacimiento

Address/Dirección: Street/Calle Apt #/Apartamento City/Ciudad State/Estado Zip Code/Código Postal SAME/MISMO

Phone/Teléfonos: Home/Casa Work/Trabajo Cell/Other/Celular u otro

SSN/ Seguro Social: _____ Employer/Empleo: _____



Payment is due at the time services are rendered. By signing below, you agree to and understand the following policies/ El Pago por la visita se debe recibir en el momento en que los servicios prestados./ **Al firmar abajo, usted indica estar de acuerdo y entender las políticas.**

HIPAA – Privacy Notice/ Aviso de privacidad

I am aware that I may review Premier Family Physicians (PFP) HIPAA privacy notice at any time and understand that I may request a copy./ **Entiendo que puedo revisar el Aviso de privacidad de Premier Family Physicians (HIPAA Notice) en cualquier momento y entiendo que puedo solicitar una copia.**

Initials/Iniciales

PFP Medical Care Agreement/ PFP Medical Care Acuerdo

I authorize the physicians of PFP to administer medical treatment as deemed necessary. I understand that there will be a \$25.00 charge for appointments not cancelled 24 hours in advance. I understand that the primary insured is financially responsible for any balance not covered by my insurance including co-pay, deductible/co-insurance, and any services excluded by my policy. I also understand that PFP will not verify insurance coverage. I also understand the primary insured will be held responsible for any and all charges incurred by myself or covered dependents should there be no coverage on the date of service. Furthermore, I hereby authorize release of medical information necessary to file a claim with my insurance company and assign benefits to otherwise payable to me to Premier Family Physicians, LLP

Yo autorizo a los médicos de PFP a dar tratamiento médico según necesario. Entiendo que habrá un cargo de \$ 25.00 por citas no canceladas con un mínimo de 24 horas de anticipación . Entiendo que el asegurado principal es financieramente responsable por todos los fondos no cubiertos por mi seguro medico, incluyendo, co-pago de deducibles / co-seguro, y todos los servicios excluidos por mi póliza. También entiendo que los médicos de Premier Family Physicians pueden verificar la cobertura del seguro. También entiendo que el asegurado principal será responsable por los cargos míos o de cualquiera de los cubiertos por la póliza en caso de no tener cobertura al momento del servicio. Por otra parte, autorizo a que se de información médica necesaria para presentar una reclamo a mi compañía de seguros y asignar los beneficios de otro modo pagadero a mí para los Médicos de Premier Family Physicians, LLP

Initials/Iniciales

Medical Care Agreement/ Acuerdo sobre asistencia médica

I authorize the physicians of PFP to instruct their Physician Assistant /Nurse Practitioner and Physical Medicine Providers to assist in certain aspects of my medical care.

I understand that a Physician Assistant/Nurse Practitioner is not a licensed physician and may not treat or diagnose any illness or medical condition except under the supervision/direction of a licensed physician. I understand that each time I make an appointment, if my physician is not available in a timely manner, I will be given the choice to be seen by the Physician Assistant/Nurse Practitioner... I acknowledge that it is my responsibility to inform the staff of PFP that I wish not to see the Physician Assistant/Nurse Practitioner and be scheduled with my assigned physician accordingly. I understand that I may revoke this authorization at any time.

Yo autorizo a los médicos de la PFP a dar instrucciones a su Asistente Médico /Enfermera Profesional y a los diferentes medicos para ayudar en ciertos aspectos de mi cuidado medico . Entiendo que un médico asistente / enfermera no es un médico con licencia y no puede tratar o diagnosticar todas las enfermedades o condición médica, except bajo la supervisión / dirección de un médico con licencia. Entiendo que cada vez que hago una cita, si mi médico no está disponible de manera oportuna, se me dará la opción de ser visto por el médico asistente / enfermera ... Yo entiendo que es mi responsabilidad de informar al personal de la PFP que no me gustaría ver al Asistente Médico / enfermera y se programará con mi medico segun su disponibilidad . Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento.

Signature/ firma

Date/ fecha



**CONSENT TO GIVE TEST RESULTS
CONSENTIMIENTO PARA DAR RESULTADOS DE
ESAMENES**

Patient/Paciente: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

____ I give permission to allow 1488 Family Medicine Group to leave results of:
Doy autorización para que la 1488 Family Medicine Group para dejar resultados de:

_____ Blood Tests/Examen de Sangre

_____ X-rays/Rayos X

_____ All of the above/Todos los Mencionados On or with |

En o con

_____ Myself only/Solo Conmigo

_____ Myspouse or significant other (Name _____)
Mi esposo(a) o Pareja Sentimental Nombre

_____ Other family member (Name _____)
Algún otro Miembro Familiar Nombre

_____ On home answering machine or cell phone # En la _____
maquina contestadora o telefono celular #

_____ On office/work voice mail # _____
En la officinal/correo de voz del trabajo #

____ I also give permission to receive all results by mail to address:
También doy autorización para enviar los resultados por correo a la siguiente dirección:

Signature _____
Firma

Date: _____
Fecha



In order to help you clearly understand our policies and services, please read the following statements and sign the bottom indicating you accept these rules/Con el fin de ayudarle a entender nuestras politicas y servicios, por favor lea la siguiente información y firme en la línea abajo para indicar que esta de acuerdo:

- I understand the clinic normally uses Quest Laboratories. If I or my insurance company prefers another lab, my responsibility to inform a medical staff member before the specimen is being taken so I am not billed for having lab work processed by Quest, instead of another preferred lab. Entiendo que normalmente la Clínica utiliza Laboratorios Quest. Si yo o mi Seguro Médico prefiere otro Laboratorio, es mi responsabilidad informar a los empleados médicos antes de que cualquier muestra sea Tomada para evitar que se cobre por servicios de laboratorio dados por Quest en vez del Laboratorio correcto.
- I understand there can be a fee assessed for any prescriptions (including triplicates) written without an appointment. Entiendo que puede haber una cuota agregada para algunas recetas (incluyendo medicamentos controlados)
- I understand there may be a fee for missed appointments or appointments not cancelled within 24 hours. Please notify us as soon as possible if you cannot make your scheduled appointment. Entiendo que puede haber cargo por no asistir a una cita o cita no canceladas en un margen de 24 horas. Por favor háganos saber sinopuede
- venir a una cita programada.
- I understand a fee may be assessed for nay paperwork or forms to be completed without an appointment and that it may take up to 10 days to be completed. Entiendo que puede haber un cobro cuando se requieran llenar documentos o formas sin cita previa y que estos pueden tardar más de 10 días.
- I understand prescription renewals are to be processed through the requested pharmacy. If the prescription is mail order and requires a written prescription, it may take 3-4 business days to be processed. Entiendo que las recetas deben ser procesadas por la farmacia, si la receta require envoi por correo puede tardar a 3-4 días hábiles.
- I understand that lab, x-ray reports, and othertest results need to be reviewed and it may take between 3-4 business days to be reviewed by the physician/PA. A staff member will contact you sooner if the results are urgent, otherwise you will be contacted by phone or mail with the results. Entiendo que los resultados de laboratorio, rayos x y algún otro examen que se haya hecho, deben ser revisados por el Doctoro Asistente de Doctor y esto puede tomar de 3- 4 días hábiles, un empleado médico se pondra en contacto con usted si los resultados fueren urgentes, de otro modo se le enviarán los resultados por correo o se le informará por teléfono.

Fees for Services/Cuotas por Servicios

- \$12 & \$15 Mail order and triplicate prescriptions without an appointment
Recetas por correo y Recetas de Medicamentos Controlados dadas sin cita previa.
- \$15 Transfer of entire medical record, notary service, school forms with an appointment, disability forms Transferencia de Expediente Médico, Servicios Notariales, formas para la escuela con cita formas por Invalidez Medical records (purpose of life/medical insurance, attorney requests
- \$25 Expediente Médico (para proceso de Seguro Medico, Asuntos de Abogados)
- \$35 Attending physician statement/Declaracion del Medico
- \$50 Physician dictated letter/Carta de Dictamen por el Médico
- \$75 Physician narrative/Narracion de Médico

Thank you for your cooperation/Gracias por su cooperacion!

Name of Patient/Nombre del Paciente (letra de molde)

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento

Patient Signature/Firma del Paciente

Date/Fecha

FOR WOMEN/PARA MUJERES:

Start date of last menstrual period/ Fecha de inicio del último período menstrual: _____

of pregnancies/ Número de embarazos : _____

of vaginal deliveries/ Número de partos vaginales: _____ Date(s)/ Fecha: _____

of C-Sections/ Número de partos por cesárea: _____ Date(s)/ Fecha : _____

of miscarriages/ Número de abortos involuntarios: _____
of abortions/ Número de abortos _____

Do you use birth control? / ¿Usted utiliza un método anticonceptivo? YES NO Type?/ SI NO Que Tipo? _____

FOR CHILDREN/ PARA NIÑOS:

Are you up to date on vaccinations? YES / NO
¿Está al día con las vacunas? SI NO

Please provide copy of shot record if available/ Por favor entregue una copia de la cartilla de vacunación si está disponible

Any developmental or childhood disorders? YES NO /Algun problema durante el desarrollo o en la infancia? SI NO

Please explain/ Por favor, explique: _____

FAMILY HISTORY/ HISTORIA FAMILIAR

FAMILY MEMBER MIEMBRO DE LA FAMILIA	HEALTH PROBLEMS PROBLEMAS DE SALUD	AGE OF ONSET EDAD DE INICIO	CAUSE OF DEATH, IF DECEASED CAUSA DE MUERTE, SI HA FALLECIDO
Mother/ Madre			
Father/ Padre			
Brother/ Hermano			
Sister / Hermana			
Maternal Grandmother/ La abuela materna			
Paternal Grandmother/ La abuela paterna			
Maternal Grandfather/ El abuelo materno			
Paternal Grandfather/ El abuelo paterno			
Aunt/ tía			
Uncle/ tío			
Other/ Otro			

**INCLUDE THESE DISEASES AND ANY OTHER SIGNIFICANT FINDINGS/
INCLUYA ESTAS ENFERMEDADES Y OTROS HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS:**

ALCOHOLISM/
ALCOHOLISMO

ANEURYSM/
ANEURISMA

ARTHRITIS/
ARTRITIS

BREAST CANCER/
CÁNCER DE MAMA

COLON CANCER/
CÁNCER DE COLON

CANCER (Type)/
CANCER (Tipo)

DIABETES/
DIABETES

GLAUCOMA/
GLAUCOMA

GALLSTONES/
CÁLCULOS BILIARES

HEART DISEASE/
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN

HIGH BLOOD PRESSURE/
PRESIÓN ARTERIAL ALTA

HIGH CHOLESTEROL/
COLESTEROL ALTO

MENTAL ILLNESS/
ENFERMEDAD MENTAL

SUICIDE/
SUICIDIO

SEIZURES/
ATAQUES O

POLYCYSTIC KIDNEY/
RENAL POLIQUÍSTICA

THYROID DISORDER/
TRASTORNO DE LA TIROIDES

TUBERCULOS/
TUBERCULOSIS



SOCIAL HISTORY/ HISTORIA SOCIAL

Do you Smoke? YES NO PREVIOUSLY If yes, how many packs per day? / ¿Fuma usted? SI NO PREVIAMENTE
En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por día For how long? / ¿Por cuánto tiempo?

Have you ever been exposed to Second hand smoke? YES NO / ¿Alguna vez ha estado expuesto al humo de segunda mano? SI NO

Do you drink Alcohol? YES NO If yes, how many drinks per week? / ¿Bebe alcohol? SI NO En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas por semana

Do you now or have you ever used Illicit drugs? YES NO If yes, what kind? / ¿Usted usa o ha usado alguna vez drogas ilícitas? SI NO En caso afirmativo, de qué tipo Do you participate in any Sexual activity that could be considered risky? / ¿Usted participa en cualquier actividad sexual que podría ser considerada de riesgo?

Do you use Seat belts regularly? YES NO / ¿Utiliza el cinturón de seguridad con regularidad? SI NO

Do you exercise regularly? YES NO If yes, what type and how often? / ¿Hace ejercicio con regularidad? SI NO En caso afirmativo, qué tipo y frecuencia? :

Have you ever been Exposed to chemicals or other harmful substances? YES NO Please Explain/ ¿Alguna vez ha estado expuesta a productos químicos u otras sustancias nocivas? SI NO Por favor explique

Did you have Radiation treatment as a child? YES NO / ¿Ha recibido algún tratamiento de radiación cuando era un niño? SI NO

Did your Mother take hormones while she was pregnant with you? YES NO UNKNOWN / ¿Sabe si su madre tomo hormonas mientras ella estaba embarazada con de usted? SI No Desconocido

When was your last Dental exam? / ¿Cuándo fue su última cita dental?

Do you have an Advanced Care Directive? / Ha preparado usted un Poder Legal para decisiones medicas en caso de que usted no pueda hacerlas?

HEALTH MAINTENANCE/ MANTENIMIENTO DE LA SALUD

TEST OR IMMUNIZATION PRUEBA O DE VACUNACIÓN	DATE OF LAST FECHA DE LA ULTIMA	RESULT (IF KNOW N) RESULTADO (si sabe)
PHYSICAL EXAMINATION EXAMEN FÍSICO		
CHOLESTEROL TEST PRUEBA DEL COLESTEROL		
PSA (PROSTATE SCREENING) PSA (DETECCIÓN DE PRÓSTATA)		
COLONOSCOPY LA COLONOSCOPIA		
PAP SMEAR PAPANICOLAU		
MAMMOGRAM MAMOGRAFÍA		
BONE DENSITY LA DENSIDAD ÓSEA		
TETANUS OR TDAP BOOSTER EL TÉTANOS O LA VACUNA DE REFUERZO TDAP		
HEPATITIS A SERIES LA HEPATITIS A SERIE		
HEPATITIS B SERIES LA HEPATITIS B SERIES		
PNEUMOVAX PNEUMOVAX		
OTHER OTRO		

In planning for future health care for you, we would like to know what extra health services you feel you might want or need. In addition to caring for you when you are sick, what else would you like your doctor to do for you? En la planificación para el cuidado de su salud en el futuro, nos gustaría saber cuáles son los servicios adicionales de salud que usted siente que usted podría querer o necesitar. Además de atenderlo cuando usted está enfermo, que más le gustaría que su médico haga por usted?