

New Patient Form/Formulario para Pacientes Nuevos

Patient's Full Name/**Nombre Completo del Paciente** _____

Birthdate/**Fecha de Nacimiento** _____ Sex/**Género** _____

Address/**Dirección** _____ City/**Ciudad** _____

State/**Estado** _____ Zip Code/**Código Postal** _____

Referred by/**Enviado por** _____

Primary Care Doctor/**Doctor Primario** _____ Optometrist/**Oculista** _____

Telephone Number/**Número de Teléfono**- Home/**Casa**: _____

Cell/**Celular**: _____

Work/**Trabajo**: _____

E-mail address/**Dirección de correo electrónico**: _____

Social Security Number/**Número de Seguro Social**: _____

Occupation/**Profesión**: _____

Employer's Name/**Nombre de Empleador**: _____

Employer's Address/**Dirección del Empleador**: _____

Marital Status/**Estado Civil**: (_____ Single/**Soltero/a**) (_____ Married/**Casado/a**)

(_____ Divorced/**Divorciado/a**) (_____ Widowed/**Viudo/a**)

Name of Spouse or Parent/Guardian/**Nombre Completo de Esposo o Padre/Guardián**:

Name and Telephone Number of Emergency Contact/**Nombre y Número de Teléfono de la persona con la que debemos contactar en caso de emergencia**:

Insurance Information/Información de Seguro Médico

Please present *all* insurance cards to the receptionist.

Favor de presentar *todas* sus tarjetas de seguro médico a la recepcionista.

Primary Insurance/Seguro Primario: _____

Policy Number/Número de la Póliza: _____

Group Number/Número del Grupo: _____

Policyholder/Titular de la Póliza: _____ Relationship/Relación: _____

Secondary Insurance/Seguro Secundario: _____

Policy Number/Número de la Póliza: _____

Group Number/Número del Grupo: _____

Policyholder/Titular de la Póliza: _____ Relationship/Relación: _____

If your injury is work related, please request additional forms from the receptionist.

Si su lesión está relacionada con el trabajo, obtenga formularios adicionales de la recepcionista.

Assignment of Benefits/Asignación de Beneficios

I hereby assign all medical and/or surgical benefits, to include major medical benefits to which I am entitled to Paul A. Tarantino, M.D., P.A. for services rendered by Paul A. Tarantino, M.D., P.A. This assignment will remain in effect until revoked by me in writing. A photocopy of this assignment is to be considered as valid as the original. I hereby authorize said assignee to release all information necessary to secure payment. I understand that Paul A. Tarantino, M.D., P.A. reserves the right to pursue delinquent accounts via third party collection agencies or an attorney and that I am responsible for any collection fees incurred by Paul A. Tarantino, M.D., P.A.

Cedo todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, para incluir todos los beneficios mayores a los que tengo derecho, a Paul A. Tarantino, M.D., P.A. por servicios prestados por Paul A. Tarantino, M.D., P.A. La asignación será válida hasta que esté rescindida por escrito. Se considera una fotocopia de esta asignación tan válida como la original. Acepto toda la responsabilidad financiera por los cargos no cubiertos por dicho seguro. Autorizo a Paul A. Tarantino, M.D., P.A. a divulgar toda la información necesaria para recibir pago. Entiendo que Paul A. Tarantino, M.D., P.A. tiene el derecho de buscar pagos atrasados mediante una agencia de colección de tercera persona o abogado y soy responsable por cualquier gasto administrativo en que incurra Paul A. Tarantino, M.D., P.A.

Patient signature/Firma del Paciente: _____ Date/Fecha: _____

(We are providing an English translation for the patient's convenience. If there are any discrepancies between the English and Spanish texts, the patient will be legally bound by the provisions in English.)

(Estamos proveyendo una traducción al inglés para la conveniencia del paciente. Si hay discrepancias entre el inglés y el español, el paciente será obligado legalmente por los términos en inglés.)

Medical Questionnaire/Cuestionario Médico

Name/Nombre: _____ Date/Fecha: _____

Ocular History/Historia Ocular:

Please check your current or past eye problems.

Marque cualquier problema ocular que ha tenido en el pasado o que tiene ahora.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Glaucoma/Glaucoma | <input type="checkbox"/> Macular Degeneration/Degeneración de la Macula |
| <input type="checkbox"/> Cataract Surgery/Cirugía de Catarata | <input type="checkbox"/> Retinal Detachment/Desprendimiento de la Retina |
| <input type="checkbox"/> Laser Surgery/Cirugía de Laser | <input type="checkbox"/> Retinal Surgery/Cirugía de la Retina |
| <input type="checkbox"/> Eye Trauma/Trauma al ojo | <input type="checkbox"/> Other/Otra Enfermedad |

Disease of the eye can be associated with systemic illness. Please respond YES(Y) or NO(N) if you have ever been diagnosed with any of the following:

Las enfermedades de los ojos pueden estar relacionadas con las enfermedades sistémicas. Marque Sí(S) o No(N) si alguna vez ha sido diagnosticado con cualquier de las siguientes:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure/Alta Presión de Sangre |
| <input type="checkbox"/> Kidney Disease/Enfermedad del Riñón | <input type="checkbox"/> Asthma/Asma o Emphysema/Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Thyroid Disease/Enfermedad del Tiroides | <input type="checkbox"/> Cancer/Cáncer |
| <input type="checkbox"/> HIV or AIDS/VIH o SIDA | <input type="checkbox"/> Heart Condition/Condición Cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Arthritis/Artritis | <input type="checkbox"/> Stroke/Infarto Cerebral |

List the medications you take including dose.

Enumere todos los medicamentos que toma actualmente incluyendo dosis.

Allergies to medications (if none known, please indicate):

Alergias a medicamentos (si no tiene alergias, favor de indicarlo):

Social History/Historia Social:

Do you smoke?/¿Fuma? Sí o No _____

How much?/¿Cuánto? _____

Do you drink alcohol?/¿Bebe alcohol? Sí o No _____

How much?/¿Cuánto? _____

Do you use drugs?/¿Consuma drogas? Sí o No _____

How much?/¿Cuánto? _____

Family History/Historia Familiar:

___ Glaucoma/Glaucoma

___ Retinal Detachment/Desprendimiento de la Retina

___ Diabetes/Diabetes

___ Hypertension/Alta Presión de Sangre

___ Macular Degeneration/Degeneración Macular

___ Other/Otro

Please check any symptom or problem that is chronic or persistent. Circle "No" if nothing in a category applies.

Favor de marcar si ha tenido síntomas o problemas crónicos o persistentes. Circule "No" si nada en la categoría es pertinente.

Lung/Pulmón- No

Neurological/Neurológico- No

___ Shortness of breath/Falta de aliento

___ Numbness/Entumecimiento

___ Cough/Tos

___ Tingling/Hormigueo

___ Weakness of arm/leg/Debilidad de brazo/pierna

Heart/Corazón- No

___ Racing or Irregular/Frecuencia Cardíaca Acelerada o Ritmo Irregular

___ Chest Pain or Angina/Dolor en el Pecho o Angina de Pecho

___ Palpitations/Palpitaciones

Mood Disorder/Trastorno del Estado de ánimo- No

___ Anxious or Nervous/Ansioso o Nervioso

___ Depression/Depresión

Stomach/Estómago- No

- ___ Heartburn/Acidez
- ___ Constipation/Estreñimiento
- ___ Diarrhea/Diarrea
- ___ Ulcer/Úlcera
- ___ Hernia/Hernia
- ___ Colitis/Diverticulitis/ Colitis/Diverticulitis
- ___ Liver Disease/Enfermedad del Hígado

Muscle and Joint/Músculo y Articulación- No

- ___ Pain/Swelling/Dolor/Hinchazón
- ___ Gout/Gota
- ___ Stiffness/Rigidez

Head and Neck/Cabeza y Cuello- No

- ___ Headaches/Dolor de Cabeza
- ___ Severe Head Injury/Herida en la Cabeza
- ___ Mouth Ulcers/Úlcera de la boca

Ear and Nose/Oído y Nariz- No

- ___ Hearing Loss/Pérdida de Audición
- ___ Pain or Discharge/Dolor o Mocos
- ___ Dizziness or Fainting/Mareo o Desmayos
- ___ Nosebleeds/Hemorragia Nasal
- ___ Tinnitus or Vertigo/Acúfenos o Vértigos
- ___ Sinus pain/Dolor sinusal

General/General- No

- ___ Weight loss/gain/Pérdida/aumento de Peso
- ___ Excessive Thirst/Sed excesiva
- ___ Sleep Disturbance/Alteración del sueño
- ___ Heat/Cold Intolerance/Intolerancia al calor/frío
- ___ Loss consciousness/Pérdida de conocimiento
- ___ Fever or Chills/Fiebre o Escalofríos
- ___ Bleed or Bruise easily/Sangrar con facilidad o le salen moretones con facilidad
- ___ Blood Transfusion/Transfusión de Sangre
- ___ Anemia/Anemia
- ___ Loss of Memory/Pérdida de Memoria
- ___ Night Sweats/Suduración Nocturna

Urinary/Urinario- No

- ___ Frequent Urination/Urinación Frecuente
- ___ Blood in Urine/Sangre en la Orina

Genital/Genital- No

- ___ Prostate Trouble/Problemas de la Próstata
- ___ Vaginal or Ovarian/Vaginal u Ovárico
- ___ Infectious Disease/Enfermedad Infecciosa

Patient Signature/Firma del Paciente: _____ Date/Fecha: _____

Consent Form/Formulario de Consentimiento

Our Notice of Privacy provides information about how we may use and disclose protected health information about you. The Notice contains a Patient Rights section describing your rights under the law. You have the right to review our Notice before signing this consent. The terms of our Notice may change. If we change our Notice, you may obtain a revised copy by contacting our office.

Nuestro aviso de privacidad provee información sobre como podemos utilizar y revelar su información de salud protegida. Este aviso contiene una sección de Derechos del Paciente que describe sus derechos bajo la ley. Tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de este aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada de nuestro consultorio.

You have the right to request that we restrict how protected information about you is used or disclosed for treatment, payment or healthcare operations. We are not required to agree to this restriction, but if we do, we shall honor that agreement.

Tiene el derecho de pedir que limitemos como su información protegida sea usada o divulgada para tratamiento, pago, u operaciones del cuidado de salud. No tenemos que aceptar su pedido, pero si lo aceptamos, cumpliremos con dicho acuerdo.

By signing this form, you consent to our use and disclosure of protected health information about you for treatment, payment, and health care operations. You have the right to revoke this consent, in writing, signed by you. However, such a revocation shall not affect any disclosures we have already made in reliance on your prior consent. The Practice provides this form to comply with the Health Information Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA).

Al firmar este formulario, da su consentimiento a nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida. Tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo tal revocación no afectará ninguna acción que tomamos en la confianza en el procedimiento de consentimiento antes de recibir su revocación. El consultorio provee este formulario para cumplir con el Health Information Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA).

The patient understands that:

El paciente entiende que:

-Protected health information may be disclosed or used for treatment, payment or health care operations.

-Información protegida de salud puede ser usada o divulgada para tratamiento, pago, u operaciones del cuidado de salud.

-The Practice has a Notice of Privacy Practices and that the patient has the opportunity to review this Notice.

-El Consultorio tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y el paciente tiene la oportunidad de leer este Aviso.

-The Practice reserves the right to change the Notice of Privacy Policies.

-El Consultorio tiene el derecho de cambiar este Aviso de Prácticas de Privacidad.

-The patient has the right to restrict the uses of their information, but the Practice does not have to agree to those restrictions.

-El paciente tiene el derecho de limitar los usos de su información, pero el Consultorio no tiene que ponerse de acuerdo con esas restricciones.

-The patient may revoke this Consent in writing at any time and all future disclosures will then cease.

-El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y terminarán todas las divulgaciones en el futuro.

-The Practice may condition treatment upon the execution of this Consent.

-El Consultorio puede condicionar el tratamiento al efectuar este Consentimiento.

This consent was signed by:

Este consentimiento fue firmado por: _____

Relationship to patient(if other than patient):

Relación al paciente (si con excepción de paciente): _____

Date/Fecha: _____

In front of/Ante: _____

(practice representative)

We are providing an English translation for the patient's convenience. If there are any discrepancies between the English and Spanish texts, the patient will be legally bound by the provisions in English.

Estamos proveyendo una traducción al inglés para la conveniencia del paciente. Si hay discrepancias entre el inglés y el español, el paciente será obligado legalmente por los términos en inglés.