



New Patient Registration Form

Consent for Treatment: (Consentimiento para el Tratamiento)

I consent to medical evaluation and treatment provided by this practice.

Doy mi consentimiento para la evaluación médica y el tratamiento proporcionados por esta práctica.

Signature (Firma): _____ Date (Fecha): _____

HIPAA Privacy Acknowledgment: (Reconocimiento de Privacidad HIPAA)

I acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices.

Reconozco haber recibido el Aviso de Practicas de Privacidad.

Signature (Firma) : _____ Date (Fecha): _____

Financial Responsibility Agreement (Acuerdo de Responsabilidad Financiera)

I agree to be financially responsible for charges not covered by insurance.

Acepto ser Financieramente responsable por los cargos no cubiertos por el seguro.

Signature (Firma): _____ Date (Fecha): _____

Physician's Release and Assignment / Autorizacion de pago al Medico

I authorize payment of my insurance benefits directly to [Practice Name] for services provided. I understand I am responsible for any charges not covered by my insurance and authorize the release of information needed to process my claim. This authorization remains in effect unless revoked in writing.

Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente a [Nombre de la Práctica] por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo no cubierto por mi seguro y autorizo la divulgación de la información necesaria para procesar mi reclamación. Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por escrito

Signature (Firma): _____ Date (Fecha): _____

Office Lab Policy / Politica de Laboratorio

If you choose to have your labs drawn in the office there is a \$ 30.00 fee due at the time of services.

Si decide realizarse los laboratorios en la oficina habrá un cargo de \$30.00 pagadero al momento del servicio.

Signature (Firma): _____ Date (Fecha): _____

No Show Policy/ Politica de Ausencia

A no Show occurs when you miss your appointment or cancel with less than 24 hours' notice, resulting in a fee of \$25.00 for established patients or \$50.00 for new patients.

Una ausencia ocurre cuando no asiste a su cita o cancela con menos de 24 horas de anticipación, lo que resulta en un cargo de \$25.00 para pacientes establecidos o \$50.00 para pacientes nuevos.

Signature (Firma): _____ Date (Fecha): _____

Authorization for Disclosure

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 cómo 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 (teléfono de la casa) Number(Numero): _____

Yes (Si) ☐ No (no) ☐

Work telephone (Teléfono del Trabajo) Yes (Si) ☐ Number(Numero): _____ No (no) ☐

OK to leave message with detail information (Esta bien dejar un mensaje detallado)

Yes (Si) ☐ No (no) ☐

On voicemail (En su correo de voz o) Yes (Si) ☐ No (no) ☐

With family members listed below (Con sus familiares según anotado en la parte inferior)

Yes (Si) ☐ No (no) ☐

Leave message with call-back number only (Dejar mensaje con numero par que usted devuelva la llamada.)

Yes (Si) ☐ No (no) ☐

Name of person (s) or organization with whom your medical information can be shared with

Nombre (s) de individuos u organización en la cual podemos compartir su información médica;

- Name (Nombre) _____
- Name (Nombre) _____
- Name (Nombre): _____

I AUTHORIZE RELEASE OF INFORMATION CONTAINED IN MY MEDICAL RECORDS AS INDICATED BELOW:

YO AUTORIZO QUE DIVULGACION DE INFORMACION CONTENIDO EN MI RECORD MEDICO SEGÚN INDICADO EL LA PARTE INFERIOR:

Complete medical record/record medico completo Yes (Si) ☐ No (no) ☐

History and Physical/Historial y examen fisico Yes (Si) ☐ No (no) ☐

Laboratory reports/Reportes de laboratorio Yes (Si) ☐ No (no) ☐

Medication Record/Historial de medicamentos Yes (Si) ☐ No (no) ☐

HIV Test/Examen de HIV Yes (Si) ☐ No (no) ☐

Office notes/Notas de la consulta Yes (Si) ☐ No (no) ☐

EKG/Electrocardiograma Yes (Si) ☐ No (no) ☐

Other/Otros Yes (Si) ☐ No (no) ☐

If other, please specify: _____

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 FARMACIA QUE USO ACTUALMENTE.

Signature (Firma): _____ Date (Fecha): _____

Pharmacy Information – Informacion de su Farmacia:

Pharmacy Name (Nombre de Farmacia): _____

Phone Number (Número de Farmacia): _____

Address (Dirección de Pharmacy):

Laboratory Information- Informacion de su Laboratorio:

Name (Nombre): _____

Address (Dirección): _____

Primary Care Doctor- Nombre de medico Primario:

Name (Nombre): _____

Phone Number (Número): _____

Medical History – Historial Medico

Please check all that apply:- Por favor, marque todas las opciones que correspondan:

☐ Diabetes/ Diabetes ☐ High Blood Pressure / Presion Alta ☐ Heart Disease Enfermedad Cardiac
☐ Asthma / Asma ☐ Arthritis/ Artritis ☐ Cancer / Cancer ☐ Depression-
Depression / Anxiety- Ansiedad ☐ Thyroid Disorder- Trastorno de La Tiroides ☐ None –
Ninguna

Other Medical Conditions:

Allergies:

Social History

Do you smoke? ☐ Yes ☐ No

Do you drink alcohol? ☐ Yes ☐ No

Do you use recreational drugs? ☐ Yes ☐ No

Current Medications:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

11. _____

12. _____