



ENROLLMENT FORM

Phone:(321) 549-2273 Fax:(321) 549-2066

1300 Florida Ave, Rockledge Florida 32955

PATIENT INFORMATION

NOMBRE _____ INICIAL _____

APELLIDO _____

DIRECCION _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ SEXO _____

EMAIL _____

CIUDAD _____ ESTADO ____ CP _____

CELULAR _____

SSN _____

TELEFONO DE CASA _____

GRUPO ETNICO NO ESPECIFICADO HISPANO/LATINO
 NO HISPANO/LATINO

MARTIAL STATUS SINGLE MARRIED
 DIVORCED WIDOWED

RAZA NO ESPECIFICADO ASIATICO BLANCO
 AFRO AMERICANO / AFRICANO
 INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA
 NATIVO HAWAIANO /OTRO

OCCUPACION _____

EMPLEADOR _____

IDIOMA PREFERIDO _____

FAMILIAR CERCANO _____

METODO PREFERIDO DE COMUNICACION _____

RELACION _____

UBICACION DE FARMACIA PREFERIDA _____

NUMERO DE CONTACTO _____

EL PACIENTE ES LA PERSONA RESPONSABLE DE LOS GASTOS MEDICOS? YES NO **IF NO PLEASE COMPLETE THIS SECTION**

RELACION _____ SEX _____

CONTACT NUMBER _____

NOMBRE _____ INICIAL _____

EMAIL _____

APELLIDO _____

EMPLEADOR _____

DIRECCION _____

DIRECCION _____

CIUDAD _____ ESTADO ____ C.P. _____

CIUDAD _____ ESTADO ____ C.P. _____

INFORMACION DE SU SEGURO MEDICO

FAVOR DE ENTREGAR SU SEGURO MEDICO A LA RECEPTIONISTA

COMPANIA DE SEGUROS _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO _____

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ RELACION _____

ID# _____ GROUP # _____ FECHA EFECTIVA _____

INFORMACION DE SU SEGURO SECUNDARIO

COMPANIA DE SEGUROS _____ FECHA DE NACIMEINETO DEL ASEGURADO _____

NOMBRE DEL TARJETAHABIENTE _____ RELACION _____

ID# _____ GROUP # _____ FECHA EFECTIVA _____

I ATTEST THAT THE ABOVE INFORMATION IS CORRECT AND COMPLETE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE.

SIGNATURE OF PATIENT OR GUARDIAN _____ DATE _____

PRINTED NAME _____



PATIENT RESPONSIBILITIES & AUTHORIZATIONS

**POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE Y PONGA SUS INICIALES EN CADA LINEA.
SI USTED TIENE ALGUNA DUDA FAVOR DE PREGUNTARLE A NUESTRAS ASISTENTES.**

____ Yo entiendo que soy responsable de mi co-pago en cada visita.
Aceptamos cash, cheques, y tarjetas de crédito o debito.

____ Entiendo que la relación medico paciente se puede ver afectada y dicha relación puede dars por finalizada por la no cancelación sin previo aviso de tres o mas citas medicas.

____ Entiendo que se me cargara \$ 25.00 por cada cheque rebotado.

____ Entiendo que soy responsable por cualquier cargo que no sea cubierto por mi seguro medico. Cargos como deducibles o co-seguros

____ Yo autorizo la liberación de cualquier información medica personal en el proceso de cobranza a los seguros médicos.

____ Yo autorizo el pago directo a la oficina de cobranza de esta clínica para los beneficios médicos o quirúrgicos.

____ Yo entiendo que seré responsable por el pago de \$ 25.00 por cualquier cita no cancelada dentro de las primeras 24 horas antes de la cita.

____ Yo entiendo que seré responsable por cualquier cargo relacionado por el llenado ciertas formas medicas o por cartas solicitadas por los pacientes. El costo por llenar estar formas o por la preparación de cartas es de \$ 25.

____ Yo entiendo que sin importar el status de mi seguro medico yo seré el responsable por cualquier saldo a mi cuenta

____ Yo entiendo que soy responsable por cualquier gasto de abogados u otro gastos que pudiesen ocurrir durante el proceso de pasar mi adeudo a la agencia de colección (collection agency).

I UNDERSTAND AND ACCEPT THE ABOVE RESPONIBILITES AND AUTHORIZATIONS.

SIGNATURE OF PATIENT OR GUARDIAN _____ FECHA _____

PRINTED NAME _____

CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE FOTOGRAFIAS

Dr. Erich Arias y sus asociados están autorizados para tomar fotografías medicas antes, durante o después de algún procedimiento o tratamiento con fines profesionales y documentación. También se tomaran fotografías de prescripciones, exámenes de laboratorios utilizando "Phone Apps" todo de manera segura según lo regulado por HIPAA.

SI (YES), I give my consent to be photographed.

NO, I do not consent to being photographed.

SIGNATURE OF PATIENT OR GUARDIAN _____ FECHA _____

NOMBRE COMPLETO _____

INFORMACION SOBRE SU PRIVACIDAD
(ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES)

I have received a copy of this office's Notice of Privacy Practices.

SIGNATURE OF PATIENT OR GUARDIAN _____ FECHA _____

NOMBRE COMPLETO _____

Por favor indique el nombre de la persona o nombre de las personas a las cuales usted autoriza se le pueda informar información medica pertinente a usted. Tenga en cuenta si el nombre de la persona no esta en esta lista esta lista, no se podrá dar información sobre su estado de salud.

NOMBRE		
RELACION CON USTED		
INFORMACION DE CONTACTO		
COMENTARIOS		

For Office Use Only:

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, however, acknowledgment could not be obtained because:

- Individual refused to accept Notice Individual was unable to sign An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgment
- Individual refused to sign Acknowledgment Other:

HISTORIA MEDICA

MOLESTIA PRINCIPAL (POR QUE USTED VIENE A VER A SU MEDICO?):

SI	NO	HISTORIA MEDICA	YES	NO	MEDICAL HISTORY	OTRO POR FAVOR ESPECIFIQUE:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD VENEREA (STD)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRESION ALTA (HTN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEFECTOS HEREDITARIOS	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CANCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD RENAL	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EMBOLIA CEREBRAL (STROKE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFE. REUMATOLOGICA	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENF. CORAZON (HEART D/S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENF. TIROIDEA (THYROID D/S)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA (COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENF. INFECCIOSA (INFECTIOUS DISEASE)	
					NEUROLOGICAL DISORDER	

HISTORIA MEDICA FAMILIAR

REACCIONES ALLERGICAS (MEDICAMENTOS)	VACUNAS	HABITOS SOCIALES		
		ALCOHOL	TABACO	OTRAS DROGAS
		<input type="checkbox"/> NUNCA <input type="checkbox"/> RARAMENTE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> A DIARIO	<input type="checkbox"/> NUNCA <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> DEJO DE FUMAR FECHA: _____	<input type="checkbox"/> NUNCA <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> YA NO
		SEX		
		<input type="checkbox"/> SEXUALMENTE ACTIVO (A) <input type="checkbox"/> EMBARAZADA O INTENTANDO <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DURANTE EL SEXO <input type="checkbox"/> USO DE CONTRACEPTIVOS	ALGUNA PREOCUPACION CON SU VIDA SEXUAL? SI o NO	

MEDICINA PREVENTIVA (Indique la fecha del ultimo examen)	VACUNAS	OTRO POR FAVOR ESPECIFIQUE:
	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA <input type="checkbox"/> COLONOSCOPIA <input type="checkbox"/> DEXA SCAN o DENSITOMETRIA OSEA <input type="checkbox"/> MAMOGRAMA <input type="checkbox"/> PAPANICOLAU <input type="checkbox"/> DESPISTAJE DE CANCER DEL PULMON	

HISTORIA QUIRURGICA (CIRUGIAS PREVIAS)

FECHA	RAZON	HOSPITAL/DOCTOR

MEDICO ANTERIOR

NOMBRE Y TELEFONO:

INDIQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA INCLUYENDO SUPLEMENTOS SIN RECETA QUE USTED TOMA

NOMBRE DE SU FARMACIA:

NOMBRE	DOSIS	FRECUENCIA	RECETA PRESCRITA POR :

CARE TEAM - INDIQUE EL NOMBRE Y ESPECIALIDAD DE CUALQUIER OTRO MEDICO QUE USTED ESTA VIENDO

NOMBRE	SPECIALIDAD	RAZON POR LA CUAL USTED ESTA SIENDO TRATADO (A)



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

PHONE: (321) 549-2273 FAX: (321) 549-2066

1300 Florida Avenue, Rockledge, Florida 32955

PATIENT'S NAME _____ (NOMBRE DEL PACIENTE)	DATE OF BIRTH ____/____/____ (FECHA DE NACIMIENTO)
ADDRESS _____ (DIRECCION)	PHONE NUMBER _____
CITY _____ STATE _____ ZIP _____	SSN _____
DATE OF REQUEST (FECHA DE LA SOLICITUD) _____	

I AUTHORIZE HEALTHY LIVING CLINIC, LLC
TO RELEASE INFORMATION TO:
[AUTORIZO QUE MI INFORMACION MEDICA SE LA DEN A:]

NAME OF PROVIDER OR FACILITY

ADDRESS

CITY, STATE, ZIP

PHONE NUMBER

FAX NUMBER

I AUTHORIZE HEALTHY LIVING CLINIC, LLC
TO OBTAIN INFORMATION FROM:
[AUTORIZO A HLC OBTENER INFORMACION DE:]

NAME OF PROVIDER OR FACILITY

ADDRESS

CITY, STATE, ZIP

PHONE NUMBER

FAX NUMBER

**O
R**

PURPOSE FOR THIS REQUEST _____ [RAZON DE ESTA SOLICITUD]

TYPE OF RECORDS REQUESTED [QUE PARTE DE SU EXPEDIENTE MEDICO NECESITA]:

- ENTIRE RECORD [TODO EL EXPEDIENTE]
- TREATMENT SUMMARY (INCLUDES HISTORY/PHYSICAL, LABS, XRAYS, OPERATIVE REPORTS, PATHOLOGY) [SOLO UN RESUMEN]
- LASTS MEDICAL VISITS INCLUDING LAST NOTES, X RAYS OR LABS. [LAS ULTIMAS VISITAS MEDICAS INLUIDO ESTUDIOS RECIENTES]

SPECIFIC INFORMATION

- PROCEDURE REPORT
- HISTORY & PHYSICAL
- PHYSICAL THERAPY
- LAB RESULTS
- XRAY REPORTS
- OTHER _____

AUTHORIZATION VALID FOR:

ALL AUTHORIZATIONS ARE VALID FOR ONE YEAR UNLESS SPECIFICALLY REQUESTED DIFFERENTLY BY THE PATIENT OR BY THE FACILITY THAT WE ARE REQUESTING RECORDS.

This authorization is valid only until _____ [Autorización valida solo hasta]

I UNDERSTAND THAT:

I may cancel this authorization at any time by submitting a **written** request to the address provided at the top of this form, except where a disclosure has already been made in reliance on my prior authorization.

Release of HIV-related information, mental health related care, or substance abuse diagnosis and treatment information requires additional authorization. (**Autorización para divulgación de enfermedades como HIV o enfermedades mentales requieren una autorización adicional**)

SIGNATURE OF PATIENT OR GUARDIAN _____ DATE _____

PRINTED NAME _____