

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

New Patient Checklist

Patient's Name: «PatientFullName»

DOB: «PatientDOB»

Patient # «PatientNumber»

_____ Identification Card/Insurance Card(s) obtained & *scanned properly*

_____ Insurance Set Correctly/ Eligibility Verified

_____ Verified authorization/Referral Information/Ailment created

_____ **** *Deductible/Copay collected***

_____ E-mail address obtained and invite to portal has been sent.

_____ Complete referral source field

_____ Enter Pharmacy

_____ For Medicare patients make sure DMERC has been added.

_____ ***All required forms filled out/signed/dated***

Employee's Signature: _____ Date: _____

***** Packets must be completed, signed & scanned in order to proceed with treatment**

Patient Name/ Nombre del Paciente.: «PatientFullName»

DOB/ Fecha de Nacimiento «PatientDOB»

Social Security Number/ Número de seguro social:

Date of Visit/ Fecha de visita : _____

Physician: _____

Patient Number: «PatientNumber»«PatientNumber»

YOUR INFORMATION/ SU INFORMACIÓN	
Primary Insurance/ Seguro Primario: «PlanName» Member ID/ «ClaimMemberID» Número de Identificación de miembro: _____ Group #/ Número de Grupo: _____ «GroupNumber» Policy Holder/ Nombre del Primario de la Póliza: _____ Policy Holder DOB/ Fecha de Nacimiento: «SubscriberDOB» Policy Holder SSN/ Número de Seguro Social del Primario: _____	Secondary Insurance/ Seguro Secundario: Member ID/ Número de Identificación de miembro: _____ Group#/ Número de Grupo Secundario: _____ Policy Holder/ «SecPlanSubscriberName» Nombre del Primario de la Póliza: _____ Policy Holder DOB/ Fecha de Nacimiento: _____ Policy Holder SSN/ Número de Seguro Social del Primario: _____
Primary Residence/Residencia Primaria: Address/ Dirección: City/State/Zip/ Ciudad/Estado/Código Postal: _____	Secondary Residence/Residencia Secundaria: Address/Dirección: City/State/Zip/Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Primary Phone/ Teléfono Primario: _____	Cell Phone/Número de celular: _____
Work Phone/Teléfono de Empleo: _____	Preferred Phone Method: (Circle One) Método preferido de teléfono (circule uno): Home/Hogar Cell Email /Correo electrónico: Text Message/Mensaje de Texto
Is this appointment due to motor vehicle accident? YES/ NO ¿Esta cita es debida a un accidente automovilístico? SI/NO Injured Body Part/ Parte del Cuerpo Lesionado: Date of Injury/ Fecha de la lesión: _____	
Is this appointment due to a slip and fall/Liability? YES/ NO ¿Esta cita es debida a una caída/ Responsabilidad? SI/NO Injured Body Part/ Parte del cuerpo lesionado: Date of Injury/ Fecha de la lesión: _____	
Is this a Worker's Compensation appointment? YES/ NO ¿Esta cita es de compensación a los empleados? SI/NO Injured Body Part/ Parte del cuerpo lesionado: _____ Date of Injury/ Fecha de la lesión: _____	
Is Case closed? YES/ NO or N/A ¿El caso está cerrado? SI/ NO o No Aplica Is an Attorney involved? YES/ NO/ ¿Hay un abogado envuelto? SI/NO Attorney Name/ Nombre del Abogado: _____	
Preferred Language/ Idioma Preferido: _____ Occupation/ Ocupación: _____	
Marital Status/ Estado Civil: _____ Employment Status/ Estado de Empleo: _____ Employer/Empleador: _____	
Ethnicity/ Etnicidad: Hispanic/Hispano _____ Non-Hispanic /No Hispano _____ Race/Raza: Asian/Asiático _____ African American/AmeriAfricano _____ Caucasian/Caucásico _____ American Native/ Nativo Americano/ Alaskan _____ _____ Other/Otro: _____	
How did you hear about us? / Como escucho de nosotros?	
Primary Care Physician/Médico Primario: _____ Cardiologist (if applicable)/ Cardiólogo (si aplica): _____	
Referred Physician/ Médico Referido: _____	
Do you have Internet Access? Yes or No ¿Usted tiene acceso al Internet? Si o No Email Address/Correo Electrónico: «PatientEmail»	
Emergency Contact/Contacto de Emergencia: _____ Ph# _____	Pharmacy/Farmacia : _____

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

Insurance and Authorization (Please read and sign below):
Seguro y Autorización (Por Favor lea y Firme a Continuación)

I request that payment of authorized Medicare/other insurance company benefits be made on my behalf to Florida Joint & Spine Institute, PA. for any services furnished me by that party who accepts assignment. Regulations pertaining to Medicare assignment of benefits apply. I authorize any holder of medical or other information about me to release to the social security administration, health care financing administration its intermediaries or carriers any information needed for this or a related Medicare claim. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original, and request payment of medical insurance benefits to the party who accepts assignment. I understand it is mandatory to notify the health care provider of any other party who may be responsible for paying for my treatment. (Section 1128b of the social security act and 31 U.S.C. 3801-3812 provides penalties for withholding this information.)

Your signature acknowledges that you have read, understand, and agree to the above financial policies as well as the insurance authorization.

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare u otra compañía de seguros se realice en mi nombre a Florida Joint & Spine Institute, PA. por cualquier servicio que me brinde esa parte que acepta la asignación. Se aplican las normas relativas a la asignación de beneficios de Medicare. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo a divulgar a la administración del seguro social, la administración financiera de atención médica, sus intermediarios o proveedores, cualquier información necesaria para este o un reclamo de Medicare relacionado. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original y solicito el pago de los beneficios del seguro médico a la parte que acepta la asignación. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica de cualquier otra parte que pueda ser responsable de pagar mi tratamiento. (La sección 1128b de la ley de seguridad social y 31 U.S.C. 3801-3812 establece sanciones por retener esta información).

Su firma reconoce que ha leído, comprende y está de acuerdo con las políticas financieras anteriores, así como con la autorización del seguro.

Patient Signature -Firma del Paciente

Date: (Fecha): _____

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

AUTHORIZATION TO RELEASE OR USE INFORMATION FOR TREATMENT, PAYMENT, OR HEALTH CARE OPERATIONS

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR O UTILIZAR INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTOS, PAGOS O OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

I hereby authorize the release or use of my individually identifiable health information and medical record information by **Florida Joint & Spine Institute, P.A.** in order to carry out treatment, payment or health care operations. You are encouraged to review The Practice's Notice of Privacy Practices for a more complete and detailed description of the potential release and use of such information and have the right to review such Notice prior to signing this form.

You retain the right to request that we further restrict how your protected health information is released or used to carry out treatment, payment, or health care operations. However, **Florida Joint & Spine Institute, P.A.** is not required to agree to such restrictions.

I understand that I may revoke this consent in writing, except to the extent that the organization has already taken action in reliance thereon. I also understand that by refusing to sign this consent or revoking this consent, this organization may refuse to treat me as permitted by Section 164.506 of the Code of Federal Regulations.

I further understand that **Florida Joint & Spine Institute, P.A.** reserves the right to change their Notice and Practices and prior to implementation, in accordance with Section 164.520 of the Code of Federal Regulations. Should **Florida Joint & Spine Institute, P.A.** change their Notice, they will send a copy of any revised notice to the address I've provided (whether U.S. mail or, if I agree, email).

Por la presente autorizo la liberación o el uso de mi información de salud individualmente identificable e información de expediente médico por **Florida Joint & Spine Institute, P.A.** con el fin de realizar operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Le animamos a revisar la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Práctica para obtener una descripción más completa y detallada de la posible liberación y uso de dicha información, y tiene el derecho de revisar dicha Notificación antes de firmar este formulario.

Usted conserva el derecho de solicitar que restringamos aún más la forma en que su información de salud protegida se libera o se utiliza para realizar el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Sin embargo, Florida Joint & Spine Institute, P.A. no está obligado a aceptar tales restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado medidas en dependencia de la misma. También entiendo que al negarme a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratarme como lo permite la Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

También entiendo que **Florida Joint & Spine Institute, P.A.** se reserva el derecho de cambiar su Aviso y Prácticas y antes de su implementación, de acuerdo con la Sección 164.520 del Código de Regulaciones Federales. En caso de **Florida Joint & Spine Institute, P.A.** cambiarán su Notificación, enviarán una copia de cualquier notificación revisada a la dirección que ha proporcionado (si el correo de Estados Unidos o, si estoy de acuerdo, correo electrónico).

RESTRICTIONS/RESTRICCIONES: I wish to have the following restrictions to the use or disclosure of my health information/

Deseo tener las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información de salud:

RELEASE OF INFORMATION/REVELAR INFORMACION: I hereby authorize Florida Joint & Spine Institute, P.A. to release information regarding my treatment to the following individual(s).

Por la presente autorizo a Florida Joint & Spine Institute, P.A. para divulgar información sobre mi tratamiento a la (s) siguiente (s) persona (s):

CONSENT TO CONTACT: CONSENTIMIENTO PARA CONTACTAR:

The Practice regularly communicates with its patients regarding appointment reminders, billing inquiries, prescription refills, making referrals, and other general medical & business matters. With respect to these general communications, I give the Practice permission to communicate with me via the following methods (**please check ALL that apply & provide the appropriate phone number or email address**):

La práctica se comunica regularmente con sus pacientes con respecto a recordatorios de citas, consultas de facturación, recargas de recetas, referencias y otros asuntos médicos y comerciales generales. Con respecto a estas comunicaciones generales, doy permiso a la práctica para comunicarse conmigo a través de los siguientes métodos (**marque TODOS los que correspondan y proporcione el número de teléfono o la dirección de correo electrónico apropiados**):

☐ Cell phone – by voice or text / Teléfono Celular- por Mensaje de Voz o Texto: (_____) _____ - _____

☐ Email / Correo Electrónico: _____ @ _____

SPECIAL COMMUNICATIONS: COMUNICACIONES ESPECIALES

Additionally, the Practice may wish to inform me of healthcare services or products that it offers or provide me with educational health information, such as a newsletter. By checking the box below, I give the Practice permission to send these communications via the email address provided above.

Además, la práctica puede desear informarme sobre los servicios o productos de atención médica que ofrece o brindarme información educativa sobre salud, como un boletín informativo. Al marcar la casilla a continuación, doy permiso a la práctica para enviar estas comunicaciones a través de

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

la dirección de correo electrónico proporcionada anteriormente.

☐ I authorize the Practice to send email communications as described above. / Yo autorizo a la práctica a enviar comunicaciones por correo electrónico como se describe anteriormente.

CONDITIONS FOR USE OF ELECTRONIC OR CELL PHONE COMMUNICATIONS:

CONDICIONES DE USO DE COMUNICACIONES ELECTRONICAS O CELULARES:

I understand that:

1. An automated dialing system may be used to make calls or send text messages to my cell phone number and by providing my cell phone number I am authorizing the Practice to use such automated dialing system to call my cell phone.
2. The Practice is not responsible if emails or texts are received and/or read by others as a result of transmission to the addresses or numbers listed above.
3. I can cancel this permission at any time.

Entiendo que:

1. Se puede usar un sistema de marcación automática para hacer llamadas o enviar mensajes de texto a mi número de teléfono celular y, al proporcionar mi número de teléfono celular, autorizo a la práctica a usar dicho sistema de marcación automática para llamar a mi teléfono celular.
2. The Práctica no es responsable si los correos electrónicos o mensajes de texto son recibidos y/o leídos por otros como resultado de la transmisión a las direcciones o números enumerados anteriormente.
3. Puedo cancelar este permiso en cualquier momento.

I understand it is my responsibility to notify the practice in writing of any changes to the above information.

Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la práctica por escrito cualquier cambio en la información anterior.

I have read and understand the terms of this consent. / He leído y entiendo los términos de este consentimiento.

Printed Name/Nombre Impreso

SSN/Número de seguridad social

Patient/Authorized Representative Signature
Firma del Paciente/Representante Autorizado

Relationship to Patient/Relación con el paciente

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

Florida Joint & Spine Institute, P.A. Financial Policy

Thank you for choosing Florida Joint & Spine Institute, P.A. as your health care provider. We are committed to the success of your treatment. The medical services provided by our office are services you have elected to receive which imply a financial responsibility on your part.

Our office verifies all insurances prior to your first appointment. The information obtained from the patient's insurance carrier is not a guarantee of payment. It is only a review of the patient benefits. Upon our receipt of the insurance company claim payment, our office will address any discrepancies that arise due to incorrect information provided at the time of benefit verification. Ultimately, payment for services rendered is the patient's responsibility.

Forms of payment: Forms of payment accepted are cash, check, Care Credit, American Express, Discover, MasterCard or Visa debit or credit cards, HSA and FSA.

CareCredit: CareCredit is a dedicated resource available to our patients for use when paying for procedures not covered by insurance. CareCredit offers a 6 month no interest plan for amounts above \$200. For more information, please contact one of our office staff or call 1-800-365-8295. You may also apply online at www.carecredit.com. Patients having procedures who do not qualify for Care Credit have the option of making monthly payments until the amount is paid in full. Please keep in mind, the procedure will not be scheduled or performed until the balance is paid in full!

Accident Insurance: Our office does not accept or file accident insurance. This includes, but is not limited to, school insurance, homeowner's insurance, and private plans.

Automobile Insurance: Any incident involving an automobile must be filed under the patient's automobile insurance carrier. This includes non-collision accidents such as closing a car door on a finger or sustaining an injury while lifting a load out of a car trunk. Patients having additional personal/group insurance will be required to file the automobile insurance as their primary insurance and the personal/group insurance as their secondary insurance. Patients that only have automobile insurance will be considered a Self-Pay Patient. It is unlawful to bill automobile claims to a patient's personal/group insurance until all automobile insurance benefits have been exhausted. Since, Florida is a "no fault" state, the patient will be responsible for providing our office with the following information prior to scheduling an appointment: patient's auto insurance information, claim adjustor's name and contact number, claim number, date of accident, and health insurance information. Prior to scheduling your appointment, our office will contact your insurance company to verify benefits. As of January 1, 2013, Florida law states that if you are injured in an accident you are required to obtain medical treatment within 14 days or there is NO PIP COVERAGE FOR ANY MEDICAL BENEFITS!

Collections: If you fail to pay your account, you agree to reimburse us the fees of any collection agency, which may be based on a percentage at a maximum of 25% of the debt, and all costs, and expenses, including reasonable attorneys' fees that we incur in such collection efforts.

Co-Payments: Co-payments are collected at the time of registration. Patients who are unable to pay their copayment may not be seen. Our practice is obligated to collect co-payments by your insurance company.

Deductibles / Coinsurance: Patients with deductibles will be required to pay a deposit at check in. The remaining balance, coinsurance and or deductible will be collected at check-out based upon the insurance allowable. Patient credits will be applied to the next visit or refunded if no other appointment is necessary.

Referrals: If your insurance plan requires a referral from your primary care physician, it is your responsibility to obtain the written and/or electronic referral prior to scheduling an appointment. If a referral is not obtained prior to your appointment, the appointment will be cancelled until a referral is provided.

Minors: Minors will not be treated without a parent/guardian present. In matters of child custody, Florida Joint & Spine will bill the insurance carrier for the parent signing the consent forms. The parent signing the consent for services will be responsible for any outstanding balance, unless a court order is provided stating otherwise.

Medical Records & Insurance Form Completion: Forms are completed within 10-14 business days of receipt and prepayment. The patient must sign a medical release and work status form before the form can be completed. Patients requesting electronic copies of their medical records can obtain them free of charge by accessing their patient portal. Patients requesting paper copies of their medical records must complete a signed release. The following fees apply to all forms: FMLA (Family Medical Leave) = \$30, All other forms 1 page or less = \$15, All other forms 2 pages or more = \$35. Forms will not be completed without prepayment. Patient is responsible for all fees! Records can be picked up with a photo ID; they cannot be mailed. This is to ensure patient confidentiality. X-Ray copies are provided via CD with a signed release form and photo ID. If picked up in the office the charge is \$5.00 and if mailed the charge is \$10.00 with a request turnaround time of 10-14 business days.

Medicare Supplement Insurance: We are a participating provider with the Medicare Part B program; and as such we are obligated to write off the difference between what Medicare pays us for the services rendered to you (the "allowed amount") and our usual and customary charge. Medicare pays 80% of the "allowed amount" to us directly. The remaining 20% and your annual deductible are the patient's responsibility by federal law.

Non-Covered: Patients are required to make payment for any balance not covered by the insurance plan. If you are unsure whether a service is covered by your plan, ultimately it is your responsibility to contact your insurance company to review your benefits.

No-Show: A \$30 established patient or a \$75 in-office procedure no show fee will be applied to the patient's account when the patient has not given our office adequate notice (more than 24 hours) of an office appointment cancellation. Two no show appointments will result in a letter to the patient and primary care physician. Three no show appointments will result in termination of care. If a patient who has not established with the practice misses their first appointment on three separate occasions, they will not be scheduled for any further appointments.

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

Refunds: Patients will be refunded any overpayment once all claims on the account have been processed and the patient has been released from care. The accounts payable department will issue a refund check in a timely manner.

Self-Pay: All new patients without proof of insurance will be required to pay a deposit at time of service in the amount of \$310. For follow-up appointments the patient will be required to pay \$165 at time of service. All new fracture care patients will be required to pay a deposit at the time of service in the amount of \$650. For follow-up appointments the patient will be required to pay \$200 at the time of service. Patients scheduled for injections and other office procedures may be required to pay additional amounts at time of service. PATIENTS SHOULD BE AWARE THIS IS ONLY A DEPOSIT! THE TOTAL CHARGES MAY BE MORE OR LESS THAN THE INITIAL DEPOSIT COLLECTED. Any remaining balance for the visit will be collected at check out.

Surgery Cancellation Fee: Patients, who cancel their surgery with less than 48 hours' notice will be charged a \$200.00 fee for the late cancellation. Surgery will not be rescheduled until the fee is paid.

Surgery Pre-payment: Patients are required to pay their portion of the surgical fee two (2) business days prior to the surgery. Patients unable to pay may be required to have their surgery rescheduled.

Travelers Insurance for International Patients: Any international patients who have Canadian, International health care insurance or traveler's insurance, automatically become Self Pay patients. The patient will be responsible for charges at the time of service. It is the patient's responsibility to file their claim with the insurance company. Our office would be happy to assist you with this.

Worker's Compensation: If a patient is injured on the job, it must be reported to the employer unless the patient is worker's compensation exempt. The initial appointment is to be handled through the worker's compensation adjuster. If the employee is worker's compensation exempt, you must provide a copy of the State exemption. Any non-participating worker's compensation carrier will be required to sign our worker's compensation agreement before making any appointments for the patient. The adjuster will be required to provide any non-English speaking patient with a translator.

Physician Phone Calls: When calling the office to speak with your doctor or another member of the office we will do our best to return your phone call within 48 hours. Since we are not an urgent care clinic, if you have an emergency, we advise that you go to your nearest emergency room.

Psychological Evaluation: Because of the nature of our treatment, there may be occasions when the physician determines that a psychological evaluation is necessary. For example, many healthcare plans require evaluations prior to intrathecal pump or spinal cord stimulator trials. We reserve the right to discontinue care if you fail to obtain an evaluation as requested.

Staff: We require our staff to address our patients with the professionalism and we ask our patients to do the same. If at any time our staff feels that your tone or language is offensive or abusive, we expect them to terminate the conversation immediately and notify their immediate supervisor or practice administrator. We will document your record and depending on the severity of the situation, you may be discharged from the practice.

I understand that it is my responsibility to inform Florida Joint & Spine, P.A. of any changes in my health insurance information and/or contact information. I understand and accept the terms of this Financial Policy.

Florida Joint & Spine Institute, P.A. Política Financiera

Gracias por elegir Florida Joint & Spine Institute, P.A. como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento. Los servicios médicos proporcionados por nuestra oficina son servicios que ha elegido recibir y que implican una responsabilidad financiera de su parte.

Nuestra oficina verifica todos los seguros antes de su primera cita. La información obtenida de la compañía de seguros del paciente no es garantía de pago. Es solo una revisión de los beneficios para el paciente. Una vez que recibamos el pago del reclamo de la compañía de seguros, nuestra oficina abordará cualquier discrepancia que surja debido a la información incorrecta proporcionada en el momento de la verificación de beneficios. En última instancia, el pago por los servicios prestados es responsabilidad del paciente.

Formas de pago: Las formas de pago aceptadas son efectivo, cheque, Care Credit, American Express, Discover, MasterCard o tarjetas de débito o crédito Visa, HSA y FSA.

CareCredit: CareCredit es un recurso exclusivo disponible para que nuestros pacientes lo utilicen al pagar procedimientos no cubiertos por el seguro. CareCredit ofrece un plan sin intereses de 6 meses para montos superiores a \$ 200. Para obtener más información, comuníquese con uno de los miembros del personal de nuestra oficina o llame al 1-800-365-8295. También puede presentar su solicitud en línea en www.carecredit.com. Los pacientes sometidos a procedimientos que no califican para Care Credit tienen la opción de realizar pagos mensuales hasta que se pague el monto total. Tenga en cuenta que el procedimiento no se programará ni se realizará hasta que se pague el saldo en su totalidad.

Seguro de accidentes: Nuestra oficina no acepta ni presenta un seguro de accidentes. Esto incluye, entre otros, seguros escolares, seguros para propietarios de viviendas y planes privados.

Seguro de automóvil: cualquier incidente relacionado con un automóvil debe presentarse ante la compañía de seguros de automóvil del paciente. Esto incluye accidentes que no sean de colisión, como cerrar la puerta de un automóvil con un dedo o sufrir una lesión al levantar una carga del maletero del automóvil. Los pacientes que tengan un seguro personal / grupal adicional deberán presentar el seguro de automóvil como su seguro principal y el seguro personal / grupal como su seguro secundario. Los pacientes que solo tienen seguro de automóvil se considerarán pacientes que pagan por cuenta propia. Es ilegal facturar reclamaciones de automóviles al seguro personal / grupal de un paciente hasta que se hayan agotado todos los beneficios del seguro de automóvil. Dado que Florida es un estado "sin culpa", el paciente será responsable de proporcionar a nuestra oficina la siguiente información antes de programar una cita: información del seguro de automóvil del paciente, nombre del ajustador de reclamos y número de contacto, número de reclamo, fecha del accidente y información del seguro médico. Antes de programar su

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

cita, nuestra oficina se comunicará con su compañía de seguros para verificar los beneficios. A partir del 1 de enero de 2013, la ley de Florida establece que si se lesiona en un accidente, debe obtener tratamiento médico dentro de los 14 días o **NO HAY COBERTURA PIP PARA NINGÚN BENEFICIO MÉDICO**.

Cobros: Si no paga su cuenta, acepta reembolsos de los honorarios de cualquier agencia de cobranza, que pueden basarse en un porcentaje de un máximo del 25% de la deuda, y todos los costos y gastos, incluidos los gastos razonables de abogados. tarifas en las que incurrimos en tales esfuerzos de cobranza.

Co-pagos: Los co-pagos se cobran en el momento del registro. Es posible que no se atiende a los pacientes que no puedan pagar su co-pago. Nuestra práctica está obligada a cobrar los co-pagos de su compañía de seguros.

Deducibles / Coseguro: Los pacientes con deducibles deberán pagar un depósito al momento del check in. El saldo restante, el coseguro o el deducible se cobrarán al momento del check-out según el seguro permitido. Los créditos del paciente se aplicarán a la próxima visita o se reembolsarán si no es necesaria otra cita.

Referidos: Si su plan de seguro requiere un referido de su médico de atención primaria, es su responsabilidad obtener el referido por escrito y / o electrónico antes de programar una cita. Si no se obtiene un referido antes de su cita, la cita se cancelará hasta que se proporcione una remisión.

Menores: No se tratará a menores sin la presencia de un padre / tutor. En asuntos de custodia de los hijos, Florida Joint & Spine facturará a la compañía de seguros por el padre que firma los formularios de consentimiento. El padre que firme el consentimiento para los servicios será responsable de cualquier saldo pendiente, a menos que se proporcione una orden judicial que indique lo contrario.

Completar el Formulario de Registros Médicos y Seguro: los formularios se completan dentro de los 10 a 14 días hábiles posteriores a la recepción y el pago por adelantado. El paciente debe firmar un formulario de autorización médica y estado laboral antes de que se pueda completar el formulario. Los pacientes que soliciten copias electrónicas de sus registros médicos pueden obtenerlos de forma gratuita accediendo a su portal para pacientes. Los pacientes que soliciten copias impresas de sus registros médicos deben completar un comunicado firmado. Las siguientes tarifas se aplican a todos los formularios: FMLA (Family Medical Leave) = \$ 30, Todos los demás formularios 1 página o menos = \$ 15, Todos los demás formularios 2 páginas o más = \$ 35. Los formularios no se completarán sin pre-pago. ¡El paciente es responsable de todas las tarifas! Los registros se pueden recoger con una identificación con foto; no se pueden enviar por correo. Esto es para garantizar la confidencialidad del paciente. Las copias de rayos X se proporcionan en CD con un formulario de autorización firmado y una identificación con foto. Si se recoge en la oficina, el cargo es de \$ 5.00 y si se envía por correo, el cargo es de \$ 10.00 con un tiempo de respuesta de solicitud de 10 a 14 días hábiles.

Seguro complementario de Medicare: Somos un proveedor participante del programa Medicare Parte B; y como tal, estamos obligados a cancelar la diferencia entre lo que Medicare nos paga por los servicios prestados a usted (la "cantidad permitida") y nuestro cargo habitual y habitual. Medicare nos paga el 80% de la "cantidad permitida" directamente. El 20% restante y su deducible anual son responsabilidad del paciente según la ley federal.

No cubierto: Los pacientes deben realizar el pago de cualquier saldo no cubierto por el plan de seguro. Si no está seguro si un servicio está cubierto por su plan o no, en última instancia, es su responsabilidad comunicarse con su compañía de seguros para revisar sus beneficios.

No-Show: Un paciente establecido \$ 30 o una tarifa de \$ 75 por procedimiento en el consultorio por no presentarse se aplicará a la cuenta del paciente cuando el paciente no haya dado a nuestro consultorio un aviso adecuado (más de 24 horas) de la cancelación de una cita en el consultorio. Dos citas por no presentarse resultarán en una carta para el paciente y el médico de atención primaria. Tres citas por no presentarse resultarán en la terminación de la atención. Si un paciente que no se ha establecido con la práctica falta a su primera cita en dos ocasiones distintas, no se le programará ninguna cita adicional.

Reembolsos: A los pacientes se les reembolsará cualquier pago en exceso una vez que se hayan procesado todas las reclamaciones de la cuenta y el paciente haya sido liberado de la atención. El departamento de cuentas por pagar emitirá un cheque de reembolso de manera oportuna.

Pago por Cuenta Propia: Todos los pacientes nuevos sin prueba de seguro deberán pagar un depósito al momento del servicio por un monto de \$ 310. Para las citas de seguimiento, el paciente deberá pagar \$165 al momento del servicio. Todos los pacientes nuevos de atención de fracturas deberán pagar un depósito en el momento del servicio por un monto de \$ 650. Para las citas de seguimiento, el paciente deberá pagar \$ 200 al momento del servicio. Es posible que se requiera que los pacientes programados para inyecciones y otros procedimientos en el consultorio paguen cantidades adicionales al momento del servicio. **LOS PACIENTES DEBEN TENER EN CUENTA QUE ESTO ES SÓLO UN DEPÓSITO. LOS CARGOS TOTALES PUEDEN SER MÁS O MENOS QUE EL DEPÓSITO INICIAL RECOGIDO.** Cualquier saldo restante de la visita se cobrará al momento del check out.

Tarifa de Cancelación de la Cirugía: A los pacientes que cancelen su cirugía con menos de 48 horas de anticipación se les cobrará una tarifa de \$ 200.00 por la cancelación tardía. La cirugía no se reprogramará hasta que se pague la tarifa.

Pago Anticipado de la Cirugía: los pacientes deben pagar su parte de la tarifa quirúrgica dos (2) días hábiles antes de la cirugía. Es posible que se solicite a los pacientes que no pueden pagar que se reprogramme la cirugía.

Seguro de Viajero para Pacientes Internacionales: Cualquier paciente internacional que tenga un seguro de atención médica internacional o canadiense o un seguro de viajero se convierte automáticamente en pacientes de pago por cuenta propia. El paciente será responsable de los cargos en el momento del servicio. Es responsabilidad del paciente presentar su reclamación a la compañía de seguros. Nuestra oficina estará encantada de ayudarlo con esto.

Compensación al Trabajador: Si un paciente se lesiona en el trabajo, se debe informar al empleador a menos que el paciente esté exento de compensación al trabajador. La cita inicial se gestionará a través del ajustador de compensación laboral. Si el empleado está exento de compensación para trabajadores, debe proporcionar una copia de la exención estatal. Cualquier aseguradora de compensación para trabajadores no participante deberá firmar nuestro acuerdo de compensación para trabajadores antes de hacer cualquier cita para el paciente. El ajustador deberá proporcionar un traductor a cualquier paciente que no hable inglés.

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

Llamadas Telefónicas al Médico: Cuando llame al consultorio para hablar con su médico u otro miembro del consultorio, haremos todo lo posible para devolverle la llamada telefónica dentro de las 48 horas. Dado que no somos una clínica de atención de urgencia, si tiene una emergencia, le recomendamos que vaya a la sala de emergencias más cercana.

Evaluación psicológica: Debido a la naturaleza de nuestro tratamiento, puede haber ocasiones en las que el médico determine que es necesaria una evaluación psicológica. Por ejemplo, muchos planes de atención médica requieren evaluaciones antes de las pruebas con bomba intratecal o estimulador de médula espinal. Nos reservamos el derecho de interrumpir la atención si se cae para obtener una evaluación según lo solicitado.

Personal: Requerimos que nuestro personal se dirija a nuestros pacientes con profesionalismo y les pedimos a nuestros pacientes que hagan lo mismo. Si en algún momento nuestro personal siente que su tono o lenguaje es ofensivo o abusivo, esperamos que termine la conversación inmediatamente y notifique a su supervisor inmediato o administrador de práctica. Documentaremos su historial y, según la gravedad de la situación, es posible que le den de alta de la práctica.

Entiendo que es mi responsabilidad informar a Florida Joint & Spine, P.A. de cualquier cambio en la información de mi seguro médico y / o información de contacto. Entiendo y acepto los términos de esta Política financiera.

«PatientFullName»

Printed Name/ Nombre Impreso

«PatientDOB»

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento

Patient/Legal Representative Signature

Firma del Paciente/Representante Autorizado

Relationship to Patient

Relación con el Paciente

«ApptDate»

Date

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

Patient Name: «PatientFullName»

DOB: «PatientDOB»

Patient #:«PatientNumber»

Date of Visit: «ApptDate»

H: _____

W: _____

BP: _____

P: _____

BMI: _____

Chief Complaint

Reason for visit:

Location of your pain:

____Head ____Shoulder ____Mid Back ____Leg ____Ankle/Foot ____Wrist/Hand

____Neck ____Headaches ____Low Back ____Knee ____Hips/Buttocks ____Arm

History of Present Illness

Date of injury or symptom onset: _____

Please describe how you injured yourself:

Please describe your current symptoms:

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

Date of Visit: «ApptDate»

Patient Name: «PatientFullName»

DOB: «PatientDOB»

Patient #: «PatientNumber»

Circle the number that corresponds to the severity of your pain on a scale of 0-10/ **Circúle el número que corresponde a la gravedad de su dolor en una escala de 0-10**

"0" means no pain and "10" is the worst pain you can imagine/ **"0" significa no siente dolor y "10" es el peor dolor que puede imaginar:**

At its worst/ **En su peor momento:** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

At its best/ **En su mejor momento:** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Which of the following best describes the character of your pain/ **Cual de los siguientes describe el carácter de su dolor:**

Timing/**Horario:**

Quality/**Calidad:**

___ Continuous, steady, constant/**Continuo, constante**

___ Throbbing/**palpitante**

___ Burning/**Ardiente**

___ Superficial/**Superficial**

___ Rhythmic, periodic, intermittent/**rítmico, periódico, intermitente**

___ Aching/**Dolor**

Tingling, numbness/**Estremecimiento, entumecimiento**

___ Deep/**Profundo**

___ Brief, momentary, Transient/**Breve, momentario, transitorio**

___ Sharp /**Agudo**

___ Dull/ **Pavisoso**

What makes your pain worse/ **¿Que empeora su dolor?**

What makes your pain better/ **¿Que mejora su dolor?** _____

How long/far can you sit/ **¿Cuanto tiempo puede estar: Sentado?** _____ **Stand/Parado?** _____ **Walk /Caminando** (o cuán lejos)? _____

Since your injury how is your pain/ **Desde su lesión, ¿su dolor está:**

___ Better /**Mejor**

___ Same/**Igual**

Worse/ **Peor**

If your pain has changed, what percentage/ **Si su dolor ha cambiado, ¿que porcentaje?** 10 20 30 40 50
60 70 80 90 100%

Have you had any loss of bowel or bladder control/ **¿Ha tenido pérdida de control de los intestinos o la vejiga?** ___ Yes/Si ___ No

Previous Treatments

Have you had treatment since your injury/ **¿Ha tenido tratamiento desde su lesión?** ___ Yes/Si ___ No Have you been to the ER for this/ **¿Ha visitado a una sala de emergencias para esto?** ___ Yes/Si ___ No

Have you had any of the following tests or procedures performed/ **¿Ha tenido algún de los siguientes exámenes?**

X-rays /**Radiografías** _____

MRI/**IRM** _____

Epidurals/**Epidural** _____

CT Scan/**Escaneo CT** _____

EMG/**Electromiografía** _____

Other (please explain)/ **Otro (por favor explicar)**

Medical / **Tratamiento médico**

Dr. _____ Date of 1st visit/**Fecha de 1ra visita** _____ Last visit /**Última visita** _____

Diagnosis given/**Diagnóstico:** _____

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

Medication given/ **Medicamentos:** _____

Treatment provided/**Tratamiento proveído:** _____

Chiropractic/**Quiropráctico:** _____ Yes _____ No

Dr. _____ Date of 1st visit/ **Fecha de 1ra visita** _____ Last visit/ **Última visita** _____

Diagnosis given/ **Diagnóstico:** _____

Frequency/**Frecuencia:** _____ Every Day/**Todos los días** _____ Three times a week/**3 veces en semana** _____ Two times a week/**2 veces en semana** _____ Weekly/**Semanal**

Has it helped?/ **¿Ha ayudado?** _____ Yes/Si _____ No

Physical Therapy/**Terapia Física:** _____ Yes/Si _____ No

Therapist/**Terapeuta:** _____ Date of 1st visit/ **Fecha de 1ra visita** _____ Last visit/ **Última visita** _____

Has it helped?/ **¿Ha ayudado?** _____ Yes/Si _____ No

ejercicios en el hogar? _____ Yes/Si _____ No

Home exercise program given?/ **¿Recibió programa de**

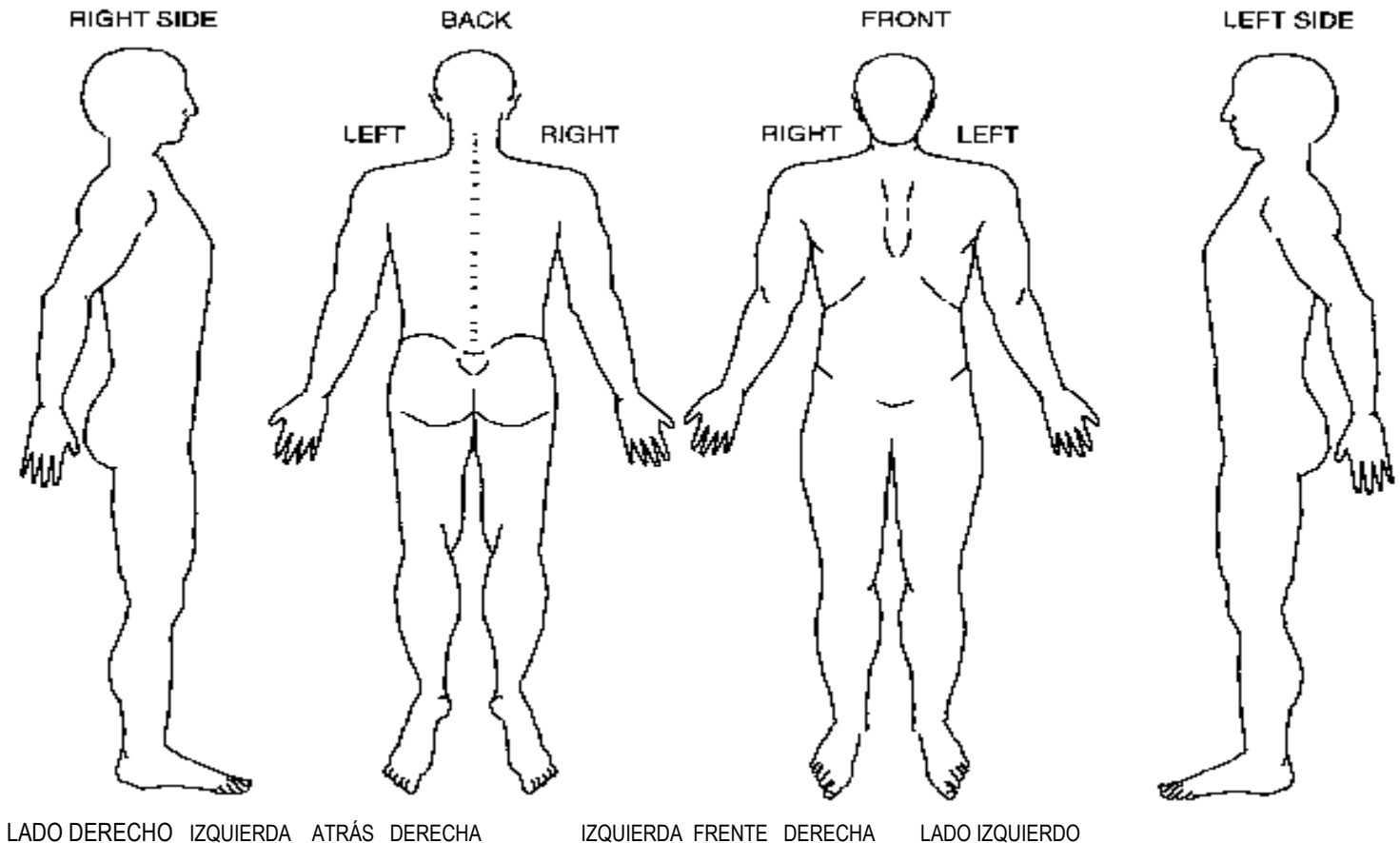
Pain Management/ **Manejo de dolor:** _____ Yes _____ No

Radio Frequency Ablation/**Ablación por radio frecuencia:** _____ Yes/Si _____ No Epidurals/Epidural _____ Yes/Si _____ No

Other/Otro: _____

Mark on the areas on your body where you feel the described sensations. Use the Symbols listed. Mark the areas of the radiating pain or numbness as well. Include all affected areas.

Marque las areas en en su cuerpo donde siente las sensaciones descritas. Utilize los símbolos a contiguación.
Marque las areas del dolor irradiando o entumecimiento también. Incluya todas las areas afectadas.



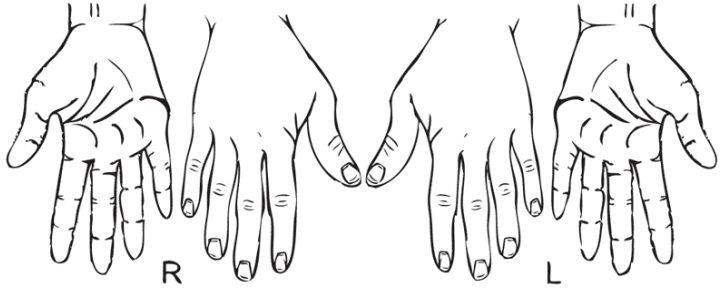
PATIENT MEDICAL REGISTRATION

Date of Visit: «ApptDate»

Patient Name: «PatientFullName»

DOB: «PatientDOB»

Patient #: «PatientNumber»



Numbness 000/
Entumecimiento 000

Tingling :::

Estremecimiento :::

Burning XXX

Ardor XXX

Stabbing/sharp ////

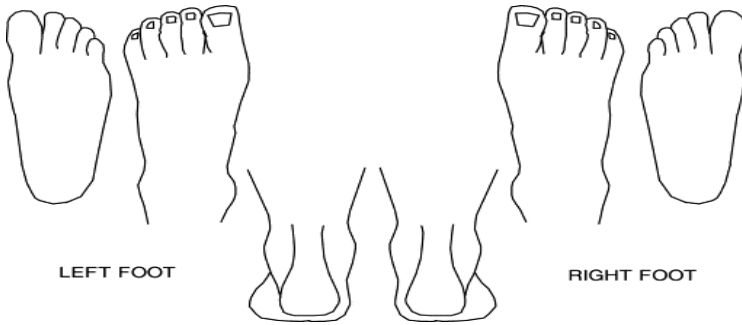
Puñalada/agudo////

Aching ^^^

Dolor ^^^

Cramping ***

Calambres ***



PATIENT MEDICAL REGISTRATION

«ApptDate»

YOUR MEDICATIONS / SUS MEDICAMENTOS

No Medications _____ **Ningún medicamento** _____ **List all the medications you take, both prescription and nonprescription below/ Escriba todos los medicamentos que usted toma, recetados y no recetados:**

Medication or Brand Name/ Medicamento o Nombre de Marca	Dose/ Dosis	Medication or Brand Name o Nombre de Marca	Dose/ Dosis

Preferred Pharmacy/ Farmacia Preferida

Pharmacy Phone/ Número de teléfono:

YOUR ALLERGIES/ SUS ALERGIAS

No Allergies _____ **Ningunas alergias** _____ **Indicate all the allergies you have to medications and/or food & describe reaction below/ Indique todas las alergias que usted tiene a medicamentos y/o comidas y describa su reacción:**

Common reaction include - Anaphylaxis (Life Threatening), Hives, Itching, Nausea/Vomiting, Trouble breathing

Reacciones comunes incluyen- Anafilaxia (peligro a vida), Urticaria, Picazón, Nausea/Vómitos, Dificultad respirando

YOUR FAMILY HISTORY/ SU HISTORIA FAMILIAR

Family History Unknown _____ **Historia Familiar Desconocida** _____

Mother/ Madre	Father/ Padre	Sister/ Hermana	Brother/ Hermano
Alive & Well/ Vivo y bien	Alive & Well/ Vivo y bien	Alive & Well/ Vivo y bien	Alive & Well/ Vivo y bien
Cancer-Type _____ (tipo) _____	Cancer-Type _____ Cáncer (tipo) _____	Cancer-Type _____ Cáncer (tipo) _____	Cancer-Type _____ Cáncer (tipo) _____
CVA/Stroke/ accidente cerebrovascular	CVA/Stroke/ accidente cerebrovascular	CVA/Stroke/ accidente cerebrovascular	CVA/Stroke/ accidente cerebrovascular
Diabetes	Diabetes	Diabetes	Diabetes
Hypertension / Hipertensión	Hypertension/ Hipertensión	Hypertension/ Hipertensión	Hypertension/ Hipertensión
Other/Otro: _____	Other/Otro: _____	Other/Otro: _____	Other/Otro: _____

YOUR SOCIAL HISTORY/ SU HISTORIA SOCIAL

Tobacco Use/Usó del tabaco: Former/Antes _____ Current/Actual _____
Never/Nunca _____

Type/Tipo: _____

Packs a day/ Cajas al Día:

Years Used/ Años Utilizados:

Have you ever tried to quit?

¿Alguna vez ha intentado dejar de fumar? Yes/Si No

Alcohol Use: Yes No **Consumo de alcohol:** Si No Antiguo

Type: Liquor Wine Beer **Tipo (Círculo):** Licor Vino Cerveza

Frequency/ Frecuencia: _____

Quantity : _____ Cantidad por sesión: _____

Last drink/ Última Bebida:

Caffeine Use Yes No **Uso de**

café: Si No

Type/

Tipo: _____

Daily Amount/Cantidad

diaria _____

PREVIOUS VACCINES/ VACUNAS ANTERIORES

Influenza Vaccine Yes No Date: ____/____/____ **Vacuna contra**
la Influenza: Si No Fecha: ____/____/____.

Pneumovax Vaccine: Yes No Date: ____/____/____ **Vacuna contra la**
Pneumovax: Si No Fecha: ____/____/____.

Tetnus: Yes No Date: ____/____/____ **Tétano:** Si No Fecha: ____/____/____.

SUBSTANCE ABUSE/ ABUSO DE SUSTANCIAS

Are you PRESENTLY using any of the following drugs or substances? (Please check all that apply)

¿Está usando ACTUALMENTE alguna de las siguientes drogas o sustancias? (Please check all that apply /Por favor marque todos los que apliquen)

Alcohol _____ **Cocaine/Cocaína** _____ **Heroin/Heroína** _____ **IV Drugs/Drogas** _____ **Marijuana/Marihuana** _____ **Other/Otro (specify/especifique):**

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

Patient Name: «PatientFullName» DOB: «PatientDOB»

Patient #: «PatientNumber»

Date of Visit: «ApptDate»

YOUR PAST MEDICAL HISTORY /SU HISTORIA MÉDICA PASADA			
Disease Type/Tipo de enfermedad:		Disease Type/Tipo de enfermedad:	
Hypertension/ Hipertensión	Blood Thinners/Anticoagulantes	Hernia	Anemia
Kidney Disease/Enfermedad del riñón	Angina Pectoris/Angina de pecho	Peripheral Vascular Disease /Enfermedad vascular periférica	Osteoarthritis/ Osteoartritis
Heart Disease/Enfermedad del corazón - I o II	COPD/ EPOC	Anxiety/Ansiedad	Bipolar Disorder/Desórden bipolar
Diabetes	GERD/ ERGE	Depression/Depresión	Herniated Disc/Hernia de disco
Osteoarthritis/Osteoartritis	GOUT/ Gota	Stroke/Ataque fulminante	Thyroid Disorders/Trastornos de la tiroides
Osteoporosis	Sleep Apnea/Apnea del sueño	DVT/Blood Clots/Coágulos de sangre	High Cholesterol/ Colesterol alto
Rheumatoid Arthritis/Artritis reumatoide	Prostates Disorders/Trastornos de prostate	Ulcers/Úlceras	Seizure Disorders/Transtorno Convulsivo
Cancer Type/Tipo de cáncer : _____	Pneumonia/Neumonía	AIDS/HIV	Pulmonary Embolism/Embolia pulmonar
Hepatitis – Type/Tipo : _____	Hearing Loss/Pérdida de la audición	Scoliosis/Escoliosis	Other/Otro: _____ None/Ninguna: _____
YOUR PAST SURGICAL HISTORY/SU HISTORIA CIRUGICA PASADA			
No Surgical History/ Ninguna Cirugía Pasada			
Surgery Type/Tipo de cirugía:		Surgery Type/Tipo de cirugía:	
Year of Surgery/Año de cirugía:		Year of Surgery/Año de cirugía:	
Appendectomy/Apendectomía	____/____/____	Prostate/Próstata	____/____/____
Hysterectomy/Histerectomía	____/____/____	Pacemaker/Marcapasos	____/____/____
Cholecystectomy/Colecistectomía	____/____/____	Open Heart/Corazón abierto/By-Pass	____/____/____
Tonsillectomy/Amigdalectomía	____/____/____	Spine/Espina dorsal – Tipo/Nivel/Type/Level:	____/____/____
Cataracts/Cataratas	____/____/____	Other/Otro:	____/____/____
PAST ORTHOPEDIC SURGICAL HISTORY/ HISTORIA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA PASADA			
Hip Replacement/Reemplazo de cadera – RT / LT Izq/ Der N/A	____/____/____	Fracture Care/Cuidado de la fractura Type/Tipo _____ N/A	____/____/____
Knee Replacement/ Reemplazo de rodilla – RT / LT Izq/ Der N/A	____/____/____	Reverse Shoulder Replacement/ Reemplazo de hombro inverso – RT / LT Izq/ Der N/A	____/____/____
Rotator Cuff Repair/Reparación del manguito rotador – RT / LT N/A	____/____/____	Total Shoulder Replacement/Reemplazo total del hombro – RT / LT Izq/ Der N/A	____/____/____
MAKOplasty/ Makoplastia – RT / LT N/A	____/____/____	Hip Pinning/ Pinzamiento de cadera – RT/ LT N/A	____/____/____
ORIF – Type/Tipo _____ N/A	____/____/____	Carpal Tunnel/Tunel carpal – RT / LT N/A	____/____/____
Kyphoplasty/Cifoplastia – Site/Sitio _____ N/A	____/____/____	Other/Otro:	____/____/____
Any additional surgical Information:			

Date/Fecha	Surgery Type/ Side—Tipo de Cirugía/Lado	Physician/ Médico

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

Have you been in the Emergency Room for treatment of your pain? Yes No ¿Ha visitado una Sala de Emergencias para manejar su dolor? Si No			
Worker's Compensation Case? Yes No ¿Es un caso de Compensación a los Empleados? Si No			
Auto Accident? Yes No Accidente de Auto			
Represented by Attorney? Yes No		Attorney's Name: _____ Phone: _____	
¿Representado por un abogado? Si No		Nombre del Abogado: _____ Número de teléfono: _____	
Lawsuit Pending? Yes No		Case Manager's Name: _____ Phone: _____	
¿Tiene una demanda judicial? Si No		Nombre del administrador del caso: _____ Número de teléfono: _____	
COMPLETE THIS BOX ONLY IF YOU WERE INVOLVED WITH AN AUTO ACCIDENT LLENE ESTA PARTE SOLAMENTE SI ESTUVO ENVOLUCRADO EN UN ACCIDENTE DE AUTO			
Were you wearing a seatbelt? Yes No ¿Estaba usando un cinturón de seguridad? Si No		Were you the driver? Yes No ¿Era el conductor? Si No	
		Were you the passenger? Yes No ¿Era el pasajero? Si No	
Did you lose consciousness? Yes No ¿Perdió el conocimiento? Si No If yes, how long?/En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo?			
Briefly Describe the accident/ Describe brevemente el accidente:			
How Much damage was done to your vehicle?/¿Cuánto daño le ha hecho a su vehículo? \$			
How long after the accident did the pain begin?/¿A partir de cuanto tiempo luego del accidente comenzó el dolor?			
Did you experience pain in the same location previous to this accident?/¿Sintió dolor en el mismo lugar anterior a este accidente? Yes/Si No			
If yes, please explain/En caso afirmativo, explíquelo por favor:			
REVIEW OF SYSTEMS/ REVISION DE SISTEMAS			
All Negative Below/ Todo lo siguiente es Negativo: _____			
Circle if you have the following/ Circúle si tiene lo siguiente:			
Ears, Nose & Vision Oídos, Nariz, y Vision	Gastrointestinal (GI)	Neurological/Neurológico	Blood Disorders/ Enfermedad de Sangre
Blurred Vision/Visión borrosa Nosebleeds/Hemorragias nasales	Constipation/Estreñimiento Nausea/Náusea Vomiting./ Vómitos	Difficulty Walking/Dificultad para caminar Dizziness/Mareo Poor Coordination/Coordinación pobre Muscle Weakness/Debilidad muscular	Bleeding/Sangría Bruising/Moretones
Headaches/Dolores de cabeza	Cardiovascular	Metabolic/Metabólico	Skin/Piel
Vertigo/Dizziness/Mareo Weakness/Debilidad Weight Gain/Loss Ganancia/Pérdida de Peso (Círculo)	Palpitations/Murmur Palpitaciones Murmullo Leg Swelling/Hinchazón de las Piernas/Edema Syncope/Fainting Síncope/Desmayo	Cold Intolerance/Intolerancia al frío Heat Intolerance/Intolerancia al calor	Rash/Erupción de la piel con picaón Skin Infections/Infecciones cutáneas Skin Lesions/Lesiones de la piel
Respiratory/Respiratorio	Urinary/Urinario	Psychiatric/Psiquiátrico	Endocrine/Endocrino
Wheezing/Sibilancias Dyspnea/Disnea (Difficulty Breathing/Dificultad para respirar) Recent Infections/Infecciones Recientes	Dysuria/Disuria (Difficulty Urinating/Dificultad para orinar) Frequent Urination/Micción frecuente Hematuria (Blood in the urine/Sangre en la orina)	Insomnia/Insomnio Anxiety/Ansiedad Depression/Depresión	Excessive Thirst/Sed excesiva Excessive Sweating/Sudoración excesiva

YOUR ATTESTATION/ SU CERTIFICACION

I attest that the above information is complete and accurate as it will be utilized as part of my care and treatment plan. / Certifico que la información anterior es completa y precisa, ya que será utilizada como parte de mi cuidado y plan de tratamiento

Patient Signature / If minor, Guardian Signature
Firma del Paciente /Si es menor, Firma del Guardián

Date
Fecha

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

Patient Name: «PatientFullName»

DOB: «PatientDOB»

Patient #: «PatientNumber»

Date of Visit: «ApptDate»

Have you scheduled or Have had a COVID Vaccine? YES NO If yes, When was 1st Dose: _____ 2nd Dose: _____

Vaccine Scheduled For: _____

Do you have an advanced care plan in place? _____ Yes _____ No

REVIEW OF SYSTEMS

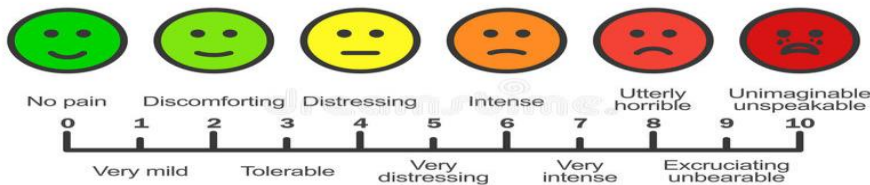
Please check here if no symptoms today: _____

Circle if you have any of the following today:

General	Cardiovascular	Metabolic	Skin
Fever Weakness Weight Gain or Weight Loss	Palpitations / Murmur Leg Swelling / Edema Syncope / Fainting	Cold Intolerance Heat Intolerance	Rash Skin Infections Skin Lesions Itchy Skin
Ears, Nose &	Gastrointestinal	Neurological	Blood Disorders
Blurred Vision Nosebleeds Headaches Vertigo /Dizziness	Constipation Diarrhea Nausea Vomiting	Difficulty Walking Dizziness Poor Coordination Muscle Weakness	Bleeding Bruising
Respiratory	Urinary	Psychiatric	Endocrine
Difficulty Breathing Recent Infections Wheezing	Difficulty Urinating Frequent Urination Blood in Urine	Anxiety Depression Insomnia	Excessive Thirst Excessive Sweating

Circle the number that corresponds to the severity of your pain on a scale of 0-10.

“0” means no pain and “10” is the worst pain you can imagine.



Patient Signature: _____

Date: _____

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

Dear Patient,

Florida Joint and Spine Institute has selected MyHealthRecord.com for your patient portal access. You will be able to access your medical records anytime, anywhere, manage your office appointments, talk privately with your care team and receive the best care possible.

At your convenience you can view your health record, exchange secure messages with your healthcare provider, request and manage appointments, request your medical records, request a prescription refill, and pay your bill online.

Once you are signed up for your patient portal, **send your healthcare providers a confirmation email letting them know that you have successfully registered for the portal.**

If you have any questions please call us at 863-385-2222 and we will assist you.

Once you receive your email invite to our new patient portal:

- Click on the link to open the portal
- Make sure you are using the google Chrome or Firefox browser
- Type in your name, date of birth and zip code
- Choose a user name, password and security questions
- Accept registration disclaimer
- Click on My Message, click new
- Choose your provider. Select question type...asks a medical question. Let us know you have signed up and/or ask us any questions you may have.
- Click send
- You will receive a Welcome email once completed successfully.

Thank you,
Florida Joint & Spine Team

Please use the following internet address to educate yourself and look up information pertaining to diagnosis in your chart problem list or assessment. <http://orthoinfo.aaos.org/>



appt@floridajointspine.com

<https://myhealthrecord.com>



[@FloridaJointAndSpine](#)



[@FLjointspine](#)



[Instagram@floridajointandspineinstitute](#)

6325 US Hwy 27 North • Suite 201 • Sebring, FL 33870 • Ph 863-385-2222 • Fax 863-382-8765

1204 Carlton Avenue • Lake Wales, FL 33853 • Ph 863-676-9523 • Fax 863-676-1654

70 second street SE 2nd floor • Winter Haven, FL 33880 • Ph 863-299-3210 • Fax 863-299-2968

www.floridajointspine.com

PATIENT MEDICAL REGISTRATION



Querido(a) Paciente,

Florida Joint & Spine ha seleccionado a MyHealthRecord.com para su acceso al portál de paciente. Usted tendrá acceso a sus archivos médicos a cualquier hora, en cualquier lugar, manejar sus citas médicas, hablar en privacidad con su equipo médico y a recibir la mejor atención posible.

A su conveniencia puede ver su archivo de salud, compartir mensajes seguros con su proveedor de cuidado de la salud, solicitar su relleno de medicamentos, y pagar sus cuentas en el Internet.

Una vez usted se registre en su portal de paciente, envíe a sus proveedores de salud un correo electrónico dejándoles saber que se ha registrado exitosamente para el portal.

Si tiene cualquier pregunta o duda por favor llámenos a 863-385-2222 and y lo asistiremos.

Una vez reciba su invitación por correo electrónico a nuestro nuevo portal de pacientes:

- Haga "click" en el enlace para abrir el portal
- Escriba su nombre, fecha de nacimiento y código postal
- Escoja un nombre de usuario, contraseña y preguntas de seguridad
- Acepte el negante a la registración
- Haga "click" en "My Message (mi mensaje), y en "New" (nuevo)

Escoja su proveedor. Escoja el tipo de pregunta... Déjenos saber que se ha registrado y/o haga preguntas.

Haga "click" en "Send" (enviar).

Usted recibirá un correo electrónico de Bienvenida una vez haya terminado el proceso exitosamente.

Gracias,

El Equipo de Florida Joint & Spine

Por favor siga el siguiente enlace para educarse y buscar información pertinente a diagnósticos en su lista de problemas en su tabla de o evaluación: <http://orthoinfo.aaos.org/>

6325 US Hwy 27 North · Suite 201 · Sebring, FL 33870 · Ph 863-385-2222 · Fax 863-382-8765

1204 Carlton Avenue · Lake Wales, FL 33853 · Ph 863-676-9523 · Fax 863-676-1654

70 second street. SE second floor · Winter Haven, FL 33880 · Ph 863-299-3210 · Fax 863-299-2968

www.floridajointspine.com



Florida Joint and Spine Institute



FLjointspine



floridajointandspineinstitute