



CENTRAL FLORIDA KIDNEY SPECIALISTS

PATIENT INFORMATION - INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PATIENT NAME NOMBRE DEL PACIENTE				BIRTHDATE FECHA DE NACIMIENTO		BIRTH SEX SEXO AL NACER	
ADDRESS DIRECCIÓN		CITY CIUDAD	STATE ESTADO	ZIP CODE ZIP CODE	SOCIAL SECURITY NUMBER NUMERO DE SEGURO SOCIAL	MARITAL STATUS ESTADO CIVIL ☐ SINGLE ☐ SOLTERO(A) ☐ MARRIED ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCED ☐ DIVORCIADO(A) ☐ WIDOWED ☐ VIUDA(A)	
HOME PHONE TELEFONO DE CASA	CELL PHONE TELEFONO CELULAR	REFERRING PHYSICIAN MEDICO REFERIDO	EMPLOYER PATRÓN	ADDRESS DIRECCIÓN			
EMPLOYER PHONE TELEFONO DE PATRÓN	ARE YOU RETIRED ESTÁ USTED RETIRADO ☐ YES ☐ NO	DATE OF RETIREMENT FECHA DE RETIRO	ARE YOU DISABLED ESTÁ USTED INCAPACITADO ☐ YES ☐ NO	DATE OF DISABILITY FECHA DE INCAPACIDAD	DO YOU HAVE INSURANCE TIENE USTED SEGURO ☐ YES ☐ NO		
SPOUSE / GUARDIAN NOMBRE DEL ESPOSO(A) / NOMBRE DEL CUSTUDIO			EMPLOYER PATRÓN		EMPLOYER PHONE TELEFONO DEL PATRÓN		
EMERGENCY CONTACT CONTACTO DE EMERGENCIA			ADDRESS DIRECCIÓN		PHONE TELEFONO		

FOR REPORT PURPOSES ONLY: RACE _____ ETHNICITY _____ LANGUAGE _____

PRIMARY INSURANCE INFORMATION - INFORMACIÓN PRIMARIA DEL SEGURO

NAME OF INSURANCE COMPANY NOMBRE DE COMPAÑIA DE SEGURO		ADDRESS DIRECCIÓN		PHONE TELEFONO	
EFFECTIVE DATE FECHA VIGENTE	PATIENT'S INS. ID # SEGURO DEL PACIENTE ID #	GROUP NAME NOMBRE DEL GRUPO	GROUP NUMBER NUMERO DEGRUPO		
NAME OF SUBSCRIBER NOMBRE DEL SUSCRIPTOR		SOCIAL SECURITY NUMBER OF SUBSCRIBER NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL SUSCRIPTOR	BIRTHDATE OF SUBSCRIBER FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR	RELATIONSHIP OF SUBSCRIBER TO PATIENT RELACIÓN DEL SUSCRIPTOR AL PACIENTE	

SECONDARY INSURANCE INFORMATION - INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO

NAME OF INSURANCE COMPANY NOMBRE DE COMPAÑIA DE SEGURO		ADDRESS DIRECCIÓN		PHONE TELEFONO	
EFFECTIVE DATE FECHA VIGENTE	PATIENT'S INS. ID # SEGURO DEL PACIENTE ID #	GROUP NAME NOMBRE DEL GRUPO	GROUP NUMBER NUMERO DEGRUPO		
NAME OF SUBSCRIBER NOMBRE DEL SUSCRIPTOR		SOCIAL SECURITY NUMBER OF SUBSCRIBER NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL SUSCRIPTOR	BIRTHDATE OF SUBSCRIBER FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR	RELATIONSHIP OF SUBSCRIBER TO PATIENT RELACIÓN DEL SUSCRIPTOR AL PACIENTE	

LIFETIME AUTHORIZATION FOR INSURANCE ASSIGNMENT OF BENEFITS AND INFORMATION RELEASE - AUTORIZACION POR VIDA PARA ASIGNACION DE BENEFICIOS Y LIBERACION DE INFORMACION:

I hereby give consent to **Central Florida Kidney Specialists (CFKS)** to provide any treatment they deem necessary to the patient named above.

I authorize any insurance company, organization, employer, hospital, physician, dentist, or pharmacist to release any information requested in order to obtain authorization for future treatment and to process claims. I authorize the release of any medical or other information necessary to process my insurance claims and assign payment of benefits directly to the physicians, nurse practitioners, or physician assistants at **CFKS** for services rendered. This assignment applies to Medicare, other health insurance companies, government programs, and commercial payors. I understand that I am financially responsible for any charges not covered by my insurance. A copy of this authorization is as valid as the original.

Payment is requested at the time of service for self-pay patients. If needed, a manager can assist you if arrangements need to be made. We will be glad to assist with insurance forms. Your policy and coverage are a contract between you and your insurance company. You are responsible for all payments.

All necessary lab work will be billed separately by an independent laboratory. Please notify the nurse of any special laboratory requirements.

By signing this agreement, you consent for **CFKS** to contact you by telephone using an automated dialing system, by text message, email, social media, or by leaving messages directly on your voicemail. This consent may be revoked at any time through written notice or by responding through the communication method used by **CFKS**. You also consent to allow any partner, vendor, or affiliate of **CFKS** to contact you on our behalf.

I certify that the information I have provided is true and correct. I understand that it is a crime to knowingly provide false information or to omit important facts on this form.

Por este medio doy mi consentimiento a **CFKS** a proveer cualquier tratamiento que se considere necesario para el paciente nombrado arriba.

Autorizo a cualquier compañía de seguro, empleador, hospital, medico, dentista ó compañía farmacéutica liberar cualquier información solicitada para obtener autorización para futuros tratamientos y procesar las reclamaciones. Autorizo la liberación de la información necesaria para presentar una reclamación a la compañía de seguro médico y asigno beneficios que de otro modo se pagarían a mí, al proveedor medico ó grupo indicado en la reclamación. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier balance no cubierto por mi compañía de seguros. Una copia de firma es tan válida como el original.

Se solicita el pago en el momento del servicio para pacientes sin cobertura médica. Si es necesario, un gerente le puedo asistir a hacer arreglos de pago. Será un placer ayudarles con los formularios de seguro. Su póliza de seguro y cobertura médica son contratos entre paciente y la compañía de seguros que usted ha seleccionado. Usted es responsable de todos los pagos.

Yo autorizo el pago directo a los proveedores médicos de **CFKS** a recibir la cantidad adeudada por "Medicare", programa de salud gubernamental "Medicaid", cualquier otra compañía de seguro de salud comercial.

Todos los cargos por estudios de laboratorios ordenados por el proveedor serán facturados independientemente. Por favor notifique a la enfermera de cualquier requisito especial de laboratorio.

Al firmar este acuerdo, yo autorizo a que **CFKS** me contacte por teléfono utilizando un Sistema automático, por mensajes de texto, correo electrónico, redes sociales ó dejando mensajes directamente en su buzón. Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento a través de un aviso por escrito o respondiendo a través del método de comunicación utilizado por **CFKS**. También consiente a permitir que cualquier proveedor, socio ó afiliado a **CFKS** se comunique con usted en nuestro nombre.

Entiendo que es un delito proporcionar intencionalmente información falsa o omitir hechos importantes en este formulario.

Signature / Firma _____

Date / Fecha _____



CENTRAL FLORIDA KIDNEY SPECIALISTS

Name/Nombre _____ DOB/Fecha de Nacimiento _____

Civil Status / Estado Civil (circle one / circule uno): *Single / Soltero(a)* *Partnered / Convivo*
Married / Casado(a) *Divorced / Divorciado(a)* *Widowed / Viudo(a)*

Are you retired? / Está usted retirado? Yes/Sí ___ No ___ Do You work?/Usted Trabaja? _____

Primary Care Physician/Doctor de Cabeza: _____

List all the doctors who treat you/Escriba el nombre de todos los doctors que lo atienden:

PERSONAL HEALTH HISTORY

Past Surgical History/Historial De Cirugías

Year/Año	Surgery Name/Nombre de la cirugía
	Heart Catheterization/Cateterización Del Corazón
	Open Heart/Cirugía De Corazon Abierto
	Appendix Surgery/Cirugía del Apendice
	Gallbladder/Vesícula
	Hysterectomy/Histerectomía
	Carotid Surgery/Cirugía De La Carotida
	Knee Replacement/Reemplazo De Rodillas
	Hip Replacement/Reemplazo De Caderas
	Eye Laser Surgery/Cirugía De Laser
	Kidney Stones Removal/ Remoción De Piedras En El Riñon
	Other _____

Past Medical History/Historial Medico

___ High Blood Pressure/Presión Alta
___ Strokes/Derrame Cerebral
___ Heart Attack/Ataque al Corazón
___ Diabetes/Diabetes
___ Insulin/Insulina ___ Pills/Pastillas
___ High Cholesterol/Colesterol Elevado
___ Angina/Dolor de Pecho
___ Congestive Heart Failure/Insuficiencia Cardiaca
___ Lung Disease/Enfermedades del Pulmon
___ Prostate Problems/Problemas de la Prostata
___ Thyroid Problems/Problemas de la Tiroide
___ Seizures/Ataques Epilepticos
___ Cancer of _____/Cancer de _____
___ Depression/Depresión
___ Kidney Stones/Piedras en el Riñon
___ Arthritis/Artritis
___ Asthma/Asma
___ Gastrointestinal Problems/Problemas Gastrointestinal
___ Other _____

Allergies to Medication/ Alergias a Medicamentos

Medication Name/Nombre del Medicamento	Reaction/Reacción
1	
2	
3	
4	
5	
6	



CENTRAL FLORIDA KIDNEY SPECIALISTS

Social History/Historial Social

1. Where were you born? /Donde nació usted? _____
2. Have you ever smoked? Usted Fuma? ____YES/SI____NO
 - **If yes**, check one of the following: Everyday____Socially____Past Use____ When did you quit? _____
 - **Si usted fuma**, marque uno de los siguientes: A diario?____Socialmente____¿Cuándo dejó de fumar?
3. Do you consume alcoholic drinks? Usted consume bebidas alcoholicas? YES/SI__NO__

If yes,how much? Cuánto? _____Type/Tipo_____Frequency/Frecuencia_____
4. Do you drink coffee? /Usted toma café? How many cups?/Cuántas tazas? _____
5. Have you had a blood transfusion? Ha tenido usted una transfusion de sangre? YES/SI__ No__
6. Do you use any illicit drugs? Utiliza drogas ilegales? YES/SI__NO__

If yes, check one of the following: Present use? __Past use_____What type? _____

Si utiliza, marque una de las siguientes: Utiliza actualmente?__En el pasado?__ Qué tipo? _____

Family History/Historial Familiar

use an X to mark if applicable/marque con una X si aplica

Condition Condición	Father/ Padre	Paternal Grandfather/ Abuelo Paterno	Paternal Grandmother/ Abuela Paterna	Mother/ Madre	Maternal Grandfather/ Abuelo Materno	Maternal Grandmother/ Abuela Materna	Siblings/ Hermanos	Child/ Hijos
High Blood Pressure/ Presión Alta								
Diabetes								
Cardiac Problems Problemas Cardiacos								
Renal Dialysis Diálisis Renal								
Kidney Stones/ Piedras en el riñón								
Alzheimer's Disease								
Pulmonary Disease/ Problemas Pulmonares								
Cancer Type_____								
Other								



CENTRAL FLORIDA KIDNEY SPECIALISTS

Medication List/Lista de Medicamentos

Patient Name/Nombre de Paciente_____

Pharmacy/Farmacia_____Address/Dirección_____

Pharmacy Phone Number/Teléfono de la Farmacia_____

**LIST YOUR MEDICATIONS INCLUDING PRESCRIBED DRUGS,
OVER THE COUNTER MEDICATIONS, VITAMINS, AND INHALERS.**

**ENUMERE SUS MEDICAMENTOS, INCLUYENDOS LOS MEDICAMENTOS RECETADOS, VITAMINAS E
INHALADORES.**

Name of medications/Nombre del Medicamento	Strength/Dosis	Frequency/Frecuencia
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		



CENTRAL FLORIDA KIDNEY SPECIALISTS

Acknowledgement Form

Our Notice of Privacy Practices provides information about how we may use and disclose protected health information about you. You have the right to review our Notice before signing this form. As provided in our Notice, the terms of our Notice may change. If we change our Notice, you may obtain a revised copy by contacting us in writing.

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

By signing this form, you consent to our use and disclosure of protected health information about you for treatment, payment and health care operations as described in our Notice. You have the right to revoke this consent, in writing, except where we have already made disclosures in reliance on your prior consent.

Patient Name

(Print)

(Signature)

Date:

Witness:
