



FORMULARIO DE REGISTRO

Fecha: _____ PCP: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido del Paciente:		Primer nombre	Segundo nombre	☐ Sr. ☐ Srta. ☐ Sra.	Estado Civil (escoja 1) Solt Cas Div Sep Viudo				
Este es su nombre legal? ☐ Si ☐ No	Si no es, Cual es su nombre legal?		(Nombre anterior):		FDN: m/d/a	Edad	Sexo: ☐ Masc ☐ Fem		
Dirección			Seguro Social:		N° Teléfono: ()				
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	Correo Electrónico				
Raza:		Etnia:			Lenguaje principal:				
Como se enteró de Lindo Medical Care?		☐ Publicidad		☐ Internet	☐ Seguro		☐ Hospital		
☐ Esta cerca de casa/trabajo		☐ Familia		☐ Amistad	☐ Dr.:		☐ Otro:		

INFORMACION DEL SEGURO

(Por favor dar la tarjeta del seguro a la recepcionista)

El paciente tiene seguro medico? ☐ Si ☐ No						
EL paciente es el titular del seguro? ☐ Si ☐ No Si respondió si, pasar a Información del Seguro Principal						
Nombre del Titular:	FDN: m/d/a	Dirección (Si es diferente)			N° de teléfono: ()	
Favor indicar Seguro Principal		☐ Medicare	☐ Humana	☐ Freedom	☐ United Health Care	
☐ Optimum	☐ WellCare	☐ Ultimate	☐ Welfare (Favor proveer cupón)	☐ Otro:		
Nombre de Beneficiario:	Seguro Social de Beneficiario:		FDN: m/d/a	N° Grupo:	N° Póliza:	Co-Pago \$
Relación entre Paciente y Beneficiario				☐ El mismo ☐ Esposa(o) ☐ Hijo(a) ☐ Otra		
Nombre de Segunda Póliza (si aplica)		Nombre del Beneficiario		N° Grupo:	N° Póliza:	
Relación entre Paciente y Beneficiario				☐ El mismo ☐ Esposa(o) ☐ Hijo(a) ☐ Otra		

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de un amigo o familiar local (que no viva en su casa)	Relación con paciente	N° tel. casa: ()	N° tel. oficina: ()
--	-----------------------	----------------------	-------------------------

La información anterior es verdadera según mi conocimiento. Yo autorizo que los beneficios de mi seguro sean pagados directamente al médico. Yo comprendo que soy financieramente responsable por mi balance. Yo también autorizo a Lindo Medical Care, LLC o a la compañía del seguro a enviar cualquier información solicitada para procesar mis reclamos.

Firma del Paciente/Guardian

Fecha



CUESTIONARIO DE HISTORIAL MEDICO

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y formaran parte de su historial medico

NOMBRE DEL PACIENTE:

FDN: m | d | a

HISTORIA MEDICA PERSONAL (HISTORIAL MEDICO)

Condiciones que ha tenido en el pasado (marcar las que apliquen)

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| ☐ Alcoholismo | ☐ Cáncer | ☐ Epilepsia | ☐ Herpes | ☐ Problemas en tiroides |
| ☐ Anemia | ☐ Cardiopatía | ☐ Esclerosis Múltiple | ☐ Infarto | ☐ SIDA/VIH+ |
| ☐ Anorexia | ☐ Cataratas | ☐ Fiebre escarlata | ☐ Intento de suicidio | ☐ Trastorno hemorrágico |
| ☐ Artritis | ☐ Colesterol alto | ☐ Fiebre reumática | ☐ Migraña | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Asma | ☐ Dependencia química | ☐ Glaucoma | ☐ Mononucleosis | ☐ Ulceras |
| ☐ Bocio | ☐ Diabetes | ☐ Gonorrea | ☐ Neumonía | ☐ Varicela |
| ☐ Bronquitis | ☐ Enfermedad del hígado | ☐ Gota | ☐ Polio | INDICAR OTRAS |
| ☐ Bulimia | ☐ Enfermedad del riñón | ☐ Hepatitis | ☐ Presión alta | ☐ |
| ☐ Bulto en el pecho | ☐ Enfisema | ☐ Hernia | ☐ Problemas de próstata | ☐ |

CIRUGIAS

Año	Razón	Hospital

OTRAS HOSPITALIZACIONES

Año	Razón	Hospital

Ha recibido transfusión de sangre? ☐ Si ☐ No

Conoce su tipo de sangre? ☐ Si ☐ No Tipo:

ENUMERAR MEDICAMENTOS PRESCRITOS Y DE VENTA LIBRE QUE USA (VITAMINAS, INHALADORES)

Nombre de Medicamento	Dosis	Frecuencia	Nombre de Medicamento	Dosis	Frecuencia
1			8		
2			9		
3			10		
4			11		
5			12		
6			13		
7			14		

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Nombre de Medicamento	Reacción	Nombre de Medicamento	Reacción
1		3	
2		4	

VACUNAS

Nombre de Vacuna	Fecha Recibida	Nombre de Vacuna	Fecha Recibida	Otras Vacunas	Fecha Recibida
☐ COVID	m / d / a	☐ Neumonía	m / d / a		m / d / a
☐ Refuerzo COVID	m / d / a	☐ Herpes Zóster (Shingles)	m / d / a		m / d / a
☐ Gripe (Flu)	m / d / a	☐ Tétano	m / d / a		m / d / a

NOMBRE DEL PACIENTE:

FDN: m | d | a

HABITOS SALUDABLES Y SEGURIDAD PERSONAL (HISTORIAL SOCIAL)

TODAS LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTE CUESTIONARIO SON OPCIONALES Y SON MANTENIDAS EN ESTRUCTURA CONFIDENCIALIDAD

Ejercicio	☐ Sedentario (no se ejercita) ☐ Poco ejercicio (subir escaleras, caminar 3 cuadras, jugar golf) ☐ Ejercicio vigoroso ocasional (por trabajo o recreación, menos de 4x/semana por 30 min) ☐ Ejercicio vigoroso regular (por trabajo o recreación, 4x/semana por 30 min o mas)		
Dieta	Esta haciendo dieta? ☐ Si ☐ No Si respondió si, esta en una dieta prescrita por un medico? ☐ Si ☐ No # de comidas que realiza en un día promedio		
Cafeína	☐ Nada ☐ Café ☐ Te ☐ Cola # de tazas/latas por día		
Alcohol	Usted toma alcohol? ☐ Si ☐ No Si respondió si, que tipo? Cuántas bebidas por semana?		
Tabaco	Usted usa tabaco? ☐ Si ☐ No ☐ Cigarros - Pkte./día ☐ Tabaco de mascar - #/dia ☐ Pipa - #/dia ☐ Puro - #/dia # de años o		
Drogas	Usted usa alguna droga recreacional o ilícita? ☐ Si ☐ No Usted ha usado alguna droga ilícita por medio de agujas? ☐ Si ☐ No		
Seguridad	Usted vive solo(a) ☐ Si ☐ No		
Personal	Usted sufre de caídas frecuentemente? ☐ Si ☐ No Usted tiene pedida de la visión o de audición? ☐ Si ☐ No Abuso físico o psicológico se ha convertido en un tema importante en este país. Este usualmente se presenta como un comportamiento de amenazas verbales o abuso físico o sexual real. Le gustaría discutir este tema con su doctor o alguien de su equipo? ☐ Si ☐ No		

HISTORIAL DE SALUD DE LA FAMILIA

Relación	Edad	Edad al morir	Problemas de salud significativos
Padre			
Madre			
Hermanos			
Hermanas			

SALUD MENTAL

El estrés es un gran problema para usted?	☐ Si	☐ No
Usted se siente deprimido?	☐ Si	☐ No
Usted siente pánico cuando se estresa?	☐ Si	☐ No
Usted tiene problemas para comer o con su apetito?	☐ Si	☐ No
Usted llora frecuentemente?	☐ Si	☐ No
Usted ha pensado seriamente en hacerse daño?	☐ Si	☐ No
Usted tiene problemas para dormir?	☐ Si	☐ No
Usted a visitado a algún Consejero?	☐ Si	☐ No

PRUEBAS

Ultima colonoscopia	m d a	☐ Normal ☐ Anormal	Colesterol	m d a	☐ Normal ☐ Anormal
Sangre oculta en heces	m d a	☐ Normal ☐ Anormal	Electrocardiograma	m d a	☐ Normal ☐ Anormal

NOMBRE DEL PACIENTE:

FDN: m | d | a

REVIEW OF SYSTEMS

CONSTITUCIONAL ☐ Pérdida o aumento de peso ☐ Fiebre ☐ Fatiga ☐ Escalofríos OJOS ☐ Visión borrosa ☐ Visión doble ☐ Cambios en la visión ☐ Cataratas ☐ Glaucoma OTORRINO ☐ Problemas en senos nasales ☐ Flujo nasal ☐ Dolor de diente ☐ Pérdida de audición ☐ Pitido en los oídos ☐ Dolor en encías ☐ Sangrado de encías ☐ Dificultades para tragar ☐ Dolor en el oído ☐ Secreción de los oídos ALERGIAS/INMUNO ☐ Erupciones/Urticaria/Ronchas ☐ Comezón ☐ Asma alérgica/Bronquitis	NEURO ☐ Mareo ☐ Aturdimiento ☐ Dolor de cabeza ☐ Falta de coordinación ☐ Problemas de balance ☐ Convulsiones ☐ Entumecimiento PSICOLOGICO ☐ Depresión ☐ Cambios de humor ☐ Problemas de memoria ☐ Ansiedad ENDO ☐ Sed excesiva ☐ Intolerancia al calor ☐ Intolerancia al frío ☐ Pérdida de cabello ☐ Cambios en las uñas ☐ Sudores nocturnos ☐ Bochornos HEM/LINF ☐ Hematomas/Morados ☐ Sangrado de nariz ☐ Falta de energía	GENITOURINARIA ☐ Ardor al orinar ☐ Micción excesiva ☐ Incontinencia urinaria ☐ Sangre en orina ☐ Infecciones en vejiga/riñones frecuentes ☐ Historial de enfermedades de transmisión sexual GASTROINTESTINAL ☐ Vómitos ☐ Estreñimiento ☐ Diarrea ☐ Acidez ☐ Incontinencia intestinal ☐ Sangre en Heces ☐ Hinchazón ☐ Poco apetito ☐ Hemorroides ☐ Náusea PIEL ☐ Erupciones cutáneas ☐ Hematomas ☐ Cambios en las lesiones de piel ☐ Heridas ☐ Úlceras	RESPIRATORIA ☐ Frecuentes infecciones pulmonares ☐ Falta de aire ☐ Opresión en el pecho ☐ Silbidos ☐ Problemas al dormir ☐ Tos persistente ☐ Asma CARDIOVASCULAR ☐ Historial de fiebre reumática ☐ Palpitaciones ☐ Dolor de pecho ☐ Inflamación en manos ☐ Inflamación en pies ☐ Latidos del corazón irregular ☐ Presión sanguínea alta o baja MUSC/ESQUELETO ☐ Dificultad al caminar ☐ Rigidez en articulaciones ☐ Dolores musculares ☐ Dolor de espalda ☐ Dolor al caminar
--	---	--	---

SOLAMENTE PARA MUJERES

Fecha o edad de primera menstruación:	Ultimo Papanicolaou	m d a	☐ Normal	☐ Anormal
Numero de embarazos:	Numero de nacimientos vivos:	Fecha o edad de ultima menstruación		
Ultimo mamograma	m d a	☐ Normal	☐ Anormal	Prueba de densidad de huesos
¿Experimentó recientemente sensibilidad en los senos, bultos o secreción del pezón?			☐ Si	☐ No
Ultimo examen rectal	m d a	☐ Normal	☐ Anormal	

SOLAMENTE PARA HOMBRES

Usualmente se levanta por la noche para orinar	☐ Si	☐ No	Si su respuesta es si, indique numero de veces
Tiene secreciones con ardor del pene?	☐ Si	☐ No	Ha disminuido la fuerza de su micción?
Usted ha tenido alguna infección de riñones, vejiga o próstata en los últimos 12 meses?	☐ Si	☐ No	Usted tiene algún problema para vaciar su vejiga por completo?
Tiene alguna dificultad con la erección o eyaculación?	☐ Si	☐ No	Algún dolor o hinchazón en testículos?
Ultimo examen rectal y de próstata	m d a	☐ Normal	☐ Anormal
Ultimo examen PSA (Antígeno Prostático Especifico)	m d a	☐ Normal	☐ Anormal

Hay algún otro tema que quiera discutir con el doctor?

He revisado este historial con el paciente para que este completo y preciso.

Firma del medico y fecha



CUESTIONARIO DE AUTODETERMINACIÓN DEL PACIENTE - SU DERECHO A DECIDIR

While you cannot remove all uncertainty about your future health care needs, having an ADVANCE DIRECTIVE in place can give you the peace of mind that comes from making your wishes known in advance.

Declaration to Decline Life-Prolonging Procedures

☐ I have ☐ I have NOT made a Living Will

Health Care Surrogate

☐ I have ☐ I have NOT designated a Health Care Surrogate

Durable Power of Attorney

☐ I have ☐ I have NOT appointed a Durable Power of Attorney for Health Care Decisions

If you have a living will and/or an assigned health care surrogate we will gladly make a copy of your documents and place it in your chart

PATIENT PRIVACY QUESTIONNAIRE

I. Please list the family members or other persons, if any, whom we may inform about your general medical condition and your diagnosis (including treatment, payment and health care operations)

Name: _____	Name: _____
Address: _____	Address: _____
Phone Number: _____	Phone Number: _____
Relationship: _____	Relationship: _____

II. Please list the family members or significant others, if any, whom we may inform about your medical condition **ONLY IN AN EMERGENCY**:

Name: _____	Phone Number: () _____
Name: _____	Phone Number: () _____

III. Please indicate your understanding that all correspondence from our office will be sent in a sealed envelope marked "CONFIDENTIAL":

☐ Check here to indicate that this statement was read

IV. Can confidential messages (i.e., appointment reminders) be left on your telephone answering machine or voicemail?

☐ Yes ☐ No

V. Please print the phone number where you want to receive calls about your appointments

☐ I am fully aware that a cell phone is not a secure and private line

PATIENT NAME AND DATE OF BIRTH

____/____/____

LEGAL REPRESENTATIVE RELATIONSHIP TO PATIENT

SIGNATURE OF PATIENT OR LEGAL REPRESENTATIVE TODAY'S

20 ____



CONSENT TO TREAT

I, the undersigned voluntarily give consent to LINDO MEDICAL CARE, LLC Physicians medical professional to provide and perform such medical/diagnostic/minor surgical treatment(s) and/or services as deemed advisable and necessary for the diagnosis and/or treatment of my condition(s) or to maintain my health. I am aware that the practice of medicine is not an exact science and I acknowledge that no guarantees have been made to me as a result of treatment or examination in the office.

Patient's name

DOB: m / d / y

Date: m / d / y

Signature of Patient/Legal Representative

RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES WRITTEN ACKNOWLEDGEMENT FORM

I, have received/reviewed a copy of the LINDO MEDICAL CARE, LLC Notice of Privacy Practices and the Florida Patient Bill of Rights.

Signature of Patient/Legal Representative

DOB: m / d / y

Date: m / d / y

OFFICE USE ONLY

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement, but was unable to do so for the reason documented below:

Date	Initials	Reason

AUTHORIZATION AND ASSIGNMENT

I hereby authorize LINDO MEDICAL CARE, LLC practice location to release any medical information necessary to process any and all claims for reimbursement on my behalf. I authorize payment to be made directly to LINDO MEDICAL CARE, LLC (or named physicians or affiliates) for services rendered. I also authorize payment of government benefits to the physician (entity) and any payments related to cross-over medigap insurers. I request that payment of authorized secondary insurance be made either to me or on my behalf to the above-named entity. I understand that I am financially responsible for all charges if they are not covered by my insurance. In the event of default, I agree to pay all costs of collections and reasonable attorney's fees. I certify that the information I have reported with regard to my insurance coverage is correct. I further agree that a photocopy of this agreement shall be considered as effective and valid as the original.

Signature of Patient/Legal Representative

Date: m / d / y



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS

I, _____ (Patient's name)
SS# _____ Date of birth _____

Authorize: _____ (Name of person who is to release information)
Address: _____ Phone: _____

To release information from my medical records. Requested medical information includes

- ☐ Information of Psychological, alcohol or drug related nature
- ☐ HIV Antibody Test results and AIDS records
- ☐ Office notes, Lab Work, Testing & X-rays
- ☐ Other

For: Alfredo Lindo, MD

To:

6463 Oregon Jay Road
Brooksville, FL 34613

Ph: (352) 596-6114
Fx: (352) 596-0784

The information will be used for the following purpose:

Continued Medical Care	_____	Insurance	_____
Legal Follow Up	_____	Disability	_____
Personal Information	_____	Other	_____

The information to be released shall include:

******IF RECORDS EXCEED 10 PAGES, PLEASE MAIL, DO NOT FAX******

I understand that this consent shall be valid for a period of 1 year from the date authorization and may be revoked at any time upon written notice, except to the extent that the information has already been released in reliance upon this authorization.

I further understand that the confidentiality of this information may be protected by Federal Regulations (42 CFR, Part II), prohibiting any further disclosure of this information without specific written authorization of the undersigned, or as otherwise regulated.

Patient's Signature

Date of Signature