



PATIENT INFORMATION

(INFORMACIÓN DEL PACIENTE)

Last Name: _____ **First Name :** _____ **(MI)** _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Date of Birth: _____ **Social Security Number:** _____ **Gender: M / F**
(Fecha de nacimiento) (Numero social) (Género)

Address: _____
(Dirección)

City _____ **State:** _____ **Zip:** _____ **Home Number** _____
(Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Teléfono de casa)

Work Number: _____ **Cell Phone Number:** _____
(Teléfono del Trabajo) (Teléfono Celular)

Emergency Contact: _____ **Relationship:** _____
(Contacto de Emergencia) (Relación)

Emergency Contact Phone Number: _____
(Número de Teléfono Contacto de Emergencia)

Referring Physician: _____ **Phone Number:** _____
(Médico de Referencia) (Número de Teléfono)

Primary Care Physician: _____ **Phone Number:** _____
(Médico de Atención Primaria) (Número de Teléfono)

Nephrologist: _____ **Phone Number:** _____
(Nefrólogo) (Número de Teléfono)

Cardiologist: _____ **Phone Number:** _____
(Cardiólogo) (Número de Teléfono)

Podiatrist: _____ **Phone Number:** _____
(Podiatra) (Número de Teléfono)

Would you like a report sent to your physician? Yes / No

Le gustaría un informe enviado a su médico? Sí / No



INSURANCE INFORMATION (INFORMACIÓN DEL SEGURO)

Primary Insurance Carrier Name: _____
(Seguro Primario Nombre de la compañía)

Policy Holders Name (If different than above) _____
(Nombre de la persona asegurada)

Secondary Insurance Seguro Secundario

Secondary Insurance Carrier Name: _____ **Insurance Phone Number:** _____
(Seguro Secundario) (Seguros Teléfono)

Ins. Id#: _____ **Group #:** _____ **Policy Holders Name** _____

I authorize the release of medical information which could include HIV status, communicable disease, or drug abuse information to and from my primary care and referring physician(s), outside laboratories or consultants, if needed, in the course of my examination and treatment and as necessary to process insurance claims, insurance applications and prescriptions until revoked in writing. I also authorize payment of medical benefits to **Dr. Michael Rogoff; or physicians associated with Palm Vascular Centers**. By signing this form I assure the information provided is complete and accurate to the best of my knowledge. If any of the above information should change, I understand that it is my responsibility to inform the organization of such changes. I have reviewed and understand, and a copy of the following information has been made available to me: **Information regarding the ownership of the practice; the expertise of the associated physicians; the Patient Rights and Responsibilities; the Patient Grievance Process; DNR policy; Notice of Privacy Practice.**

Autorizo la divulgación de la información médica que podría incluir la condición de VIH, enfermedad contagiosa, o información de uso indebido de drogas desde y hacia mi atención primaria y el médico remitente (s), fuera de los laboratorios o consultores, de ser necesario, en el curso de mi examen y tratamiento y si es necesario para procesar las reclamaciones de seguros, solicitudes de seguros y las recetas hasta que sea revocada por escrito. También autorizo el pago de beneficios médicos al Dr. Michael Rogoff, o médicos asociados con la Palm Vascular Centers. Al firmar este formulario le aseguro la información suministrada es completa y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Si alguna de la información anterior debe cambiar, entiendo que es mi responsabilidad informar a la organización de tales cambios. He revisado y entiendo, y se ha hecho una copia de la siguiente información a mi disposición: La información relativa a la titularidad de la práctica, la experiencia de los médicos asociados, los Derechos y Responsabilidades del Paciente, el proceso de quejas del paciente, política DNR, anuncio de Prácticas de Privacidad.

Patient Signature _____ **Date** _____
(Firma del Paciente) (Fecha)



MEDICAL RECORDS

(REGISTROS MÉDICOS)

TO _____

DOCTOR OR HOSPITAL
(MÉDICO O EL HOSPITAL)

ADDRESS
(DIRECCIÓN)

I HEREBY AUTHORIZE AND REQUEST THAT YOU RELEASE MY RECORDS TO:

YO AUTORIZO Y SOLICITO QUE LIBERA A MIS ARCHIVOS PARA:

Dr. _____
Palm Access, LLC
400 W 41st Street, Suite 310
Miami Beach, FL 33140
(305) 763-8734 Office
(305) 424-9226 Fax

THE COMPLETE HISTORY RECORDS IN YOUR POSSESSION; CONCERNING MY ILLNESS; AND/OR TREATMENT DURING THE PERIOD

FROM _____ TO _____

LOS EXPEDIENTES COMPLETOS DE HISTORIA EN SU POSESIÓN, CON RESPETO A MI ENFERMEDAD, Y/O TRATAMIENTO DURANTE EL PERIODO

DESDE _____ AL _____

NAME _____ DATE _____
(Nombre) (Fecha)

ADDRESS _____
(Direccion)

SIGNATURE _____ DATE _____
(Firma) (Fecha)

WITNESS _____
(Testigo)



HISTORY AND PHYSICAL-PART 1

(HISTORIA MEDICA- SECCIÓN 1)

PATIENT NAME/NOMBRE _____ AGE/ EDAD _____ DATE/ FECHA _____

REFERRING DOCTOR/ MEDICO DE REFERENCIA _____

PRIMARY CARE DOCTOR/ MEDICO DE CABEZERA _____

REASON FOR YOUR VISIT TODAY/RAZON DE SU VISITA

MEDICAL HISTORY (PLEASE CHECK WHAT APPLIES)/ HISTORIA MEDICA (MARQUE LO QUE APLICA)

_____ HEART DISEASE/ CONDICION DE EL CORAZON

_____ DIABETES

_____ HEART ATTACK/ ATAQUE CARDIACO

_____ INCREASED CHOLESTEROL/COLESTEROL

_____ PERIPHERAL VASCULAR DISEASE/ENFERMEDAD VASCULAR

_____ TENDENCY TO BLEED/ SANGRA FACIL

_____ LEG ULCERS/ ULCERAS

_____ HIGH BLOOD PRESSURE/ HIPERTENSIÓN

_____ KIDNEY / BLADDER PROBLEMS/ RIÑÓN

_____ STROKE/ DERRAME CEREBRAL

_____ OTHER/OTRO

HAVE YOU EVER HAD ANY SURGERY?

YES / NO

IF YES EXPLAIN, INCLUDING DATES:

HA TENIDO ALGUNA CIRUGÍA?

SI/NO

SÍ?, INCLUYENDO FECHAS:

HAVE YOU EVER HAD A BLOOD CLOT? YES / NO

Un coágulo de sangre? Si/No

FOR FEMALE PATIENTS: HAVE YOU EVER BEEN PREGNANT? YES / NO

CURRENTLY BREAST FEEDING? YES / NO

Para las mujeres: Alguna vez ha estado embarazada? Si/ No

LACTANCIA MATERNA? Si / No

DO YOU EXPERIENCE ANY OF THE FOLLOWING SYMPTOMS? (PLEASE CHECK WHAT APPLIES)

USTED TIENE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS? (POR FAVOR VER QUE APLICA)

_____ LEG PAIN WITH EXERTION/ Dolor de piernas con el ejercicio

_____ ULCERATIONS / Úlceras

_____ VISION LOSS/ Pérdida de la visión

_____ SHORTNESS OF BREATH/ Falta de Aire

_____ BLEEDING FROM VEINS/ Sangrado de las venas

_____ WEAKNESS/ Debilidad

_____ TIREDNESS / FATIGUE/ Cansancio / Fatiga

_____ HEAVINESS/ Pesadez

_____ TINGLING / NUMBNESS/Entumecimiento

_____ ITCHING /BURNING/ Picazón / Ardor

_____ SWOLLEN ANKLES/ Tobillos Inchados

_____ RESTLESS LEGS/ Piernas Inquietas

_____ ACHING / PAIN IN LEGS / Dolor de piernas

DO YOU EXPERIENCE PAIN IN YOUR LEGS?

_____ ONE

_____ BOTH

Siente dolor en las piernas?

_____ UNA

_____ LOS DOS



HISTORY AND PHYSICAL-PART 2

(HISTORIA MEDICA- SECCIÓN 2)

DO YOU ELEVATE YOUR LEGS TO RELIEVE DISCOMFORT? _____ YES _____ NO
USTED eleve sus piernas para aliviar el malestar? _____ SI _____ NO

HOW OFTEN? _____ FRECUENCIA? _____

DO YOU WEAR SUPPORT HOSE PRESCRIBED BY A DOCTOR? _____ YES _____ NO
Usted usa medias prescritos por un médico? _____ YES _____ NO

DO YOU DO A LOT OF STANDING DURING THE DAY? _____ YES _____ NO
Está usted en sus pies mucho durante el día? _____ SI _____ NO

HAVE YOU EVER HAD ANY TESTS DONE ON YOUR CIRCULATION? _____ YES _____ NO
Ha tenido alguna prueba en las piernas? _____ SI _____ NO

DO YOU SMOKE? _____ YES _____ NO
Fuma? _____ SI _____ NO

IF YES, HOW MUCH? _____
SI? Quanto? _____

DO YOU DRINK ALCOHOL? _____ YES _____ NO
Tomas Alcohol? _____ SI _____ NO

IF YES, HOW MUCH? _____
Si? Quanto? _____

ALLERGIES (PLEASE LIST ANY)

ALERGIAS (por favor enumere alguna)

MEDICATIONS TAKEN REGULARY THAT REQUIRE A PRESCRIPTION

Medicamentos que toma REGULARMENTE con receta

DOES ANYONE IN YOUR FAMILY HAVE THE FOLLOWING CONDITION AND IF SO WHO?

Alguien en su familia tiene las siguientes condiciones?

_____ CIRCULATION PROBLEMS/ PROBLEMAS DE CIRCULACION _____ DIABETES
_____ HIGH BLOOD PRESSURE / HIPERTENSIÓN _____ HEART DISEASE/ENFERMEDAD CARDIACA
_____ VARICOSE VEINS/VARICES
_____ OTHER KNOWN HEREDITY / GENETIC DISEASE/ALGUNA OTRA ENFERMEDAD GENETICA

ARE YOU ON DIALYSIS?/ DIÁLISIS _____ YES/NO _____ SI/NO

IF SO, WHERE DO YOU DIALYZE?/LOCAL DE TRATAMIENTO: _____

PHONE #/ NUMERO DE TELEFONO: _____