



LAMAS MEDICAL

Allergy & Immunology

ANA M. LAMAS, M.D.

DIPLOMATE, AMERICAN BOARD OF
ALLERGY AND IMMUNOLOGY
WWW.LAMASALLERGY.COM

2000 S.W. 27TH AVENUE, SUITE 301
MIAMI, FLORIDA 33145
PHONE: (305) 461-2010
FAX: (305) 648-0140

Dear Patient:

We are delighted to welcome you to our practice and are happy that you have chosen us to serve your allergy and immunology needs. Our office is dedicated to providing the finest possible care.

A consultation and examination appointment has been reserved for you that will last approximately 1-3 hours. Usually, at this initial visit, a provider will take your history, perform a physical examination and may order diagnostic testing (schedule permitting) including skin tests and possibly bloodwork as needed.

After we have completed your testing we will schedule a follow-up visit to discuss your results and provide you with a treatment plan. **Results will NOT be discussed on the same day of your consultation nor via phone call nor email.**

Payments (co-pays or co-insurance) applies to EACH visit and is expected in full at the time of service for your consultation visit and any subsequent follow-up appointments with all our providers.

If an unforeseen circumstance arises and you cannot keep your scheduled appointment, we kindly ask that you provide at least (1) working day notice to cancel or reschedule your appointment. We truly look forward to meeting you.

I HAVE READ AND ACCEPT THE ABOVE TERMS AND CONDITIONS

_____ (Patient Initials)

Date: _____



LAMAS MEDICAL
Allergy & Immunology

ANA M. LAMAS, M.D.
DIPLOMATE, AMERICAN BOARD OF
ALLERGY AND IMMUNOLOGY
WWW.LAMASALLERGY.COM

2000 S.W. 27TH AVENUE, SUITE 301
MIAMI, FLORIDA 33145
PHONE: (305) 461-2010
FAX: (305) 648-0140

Estimado Paciente:

Nos da mucho gusto brindarle la bienvenida a nuestra clínica y apreciamos que nos haya elegido para servir sus necesidades de alergia e inmunología. Nuestra oficina se orgullece en ofrecer el mejor cuidado posible.

Una cita de aproximadamente 1 a 3 horas ha sido reservada para completar su evaluación y examen físico. Se tomará su historia clínica, se efectuará un examen básico y se ordenaran pruebas diagnósticas (si el horario permite) en piel y si es apropiado, en sangre.

Luego de completar sus exámenes, programaremos una cita de seguimiento para discutir los resultados y proveerle un plan de tratamiento. Los resultados no se discutirán el mismo día de la primera consulta, ni por teléfono, ni por correo electrónico.

Cobro de co-pago o co-seguro aplica a cada visita y debe ser efectuado en su totalidad al recibir servicios y en todas citas siguientes.

Si surgiera alguna circunstancia no prevista que no le permita mantener una cita programada, le rogamos notificarnos con al menos un día (1) hábil de anticipación para cancelar o reprogramar su cita.

Quedamos a la espera de poder brindarle la mejor atención médica.

ACEPTO LOS TERMINOS Y CONDICIONES EN SU TOTALIDAD:

_____ **Inicial de paciente**

_____ **Fecha**



LAMAS MEDICAL
Allergy & Immunology

2000 SW 27TH AVENUE, SUITE 301, MIAMI, FL 33145
PH: 305.461.2010 - FAX: 305-648-0140

PATIENT INTAKE FORM (Información del paciente):

Last Name _____ Name: _____
(Apellido) (Nombre)

Date of Birth: _____ Sex: M ___ F ___ SSN: (Last 4 digits only) XXX-XX-_____
(Fecha de nacimiento) (Sexo) (Los últimos 4 números de su Social)

Primary language (circle): English // Spanish // other _____
(Primer idioma) (Ingles) (Español) (otro)

Marital status (circle): Single // Married // Divorced // Separated
(Estado civil) (Soltero) (Casado) (Divorciado) (Separado)

Address: _____
(Dirección)

City: _____ State: _____ Zip: _____
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Phone: (Home) _____ (Cell) _____
(Telefono)

E-Mail: _____, Preferred communication: Home // Cell // E-mail

Emergency Contact: _____ Relationship: _____ Phone: _____
(Contacto de Emergencia) (Relación) (Telefono)

Referring Physician: _____ PH: _____
(Doctor que lo refiere)

Preferred Pharmacy: _____ PH: _____

Address: _____

I hereby authorize payment directly to Ana M. Lamas, M.D., of benefits due to me from my insurance company otherwise payable to me. A copy of this authorization may be used in lieu of the original. I authorize any holder of medical or other information about me to release to the Social Security Administration and Health Care Financing Administration or their intermediaries or carriers any information needed for this or a related Medicare claim. I request payment of medical insurance benefits either to myself or the party who accepts assignment. I understand that I am financially responsible for charges not covered by this authorization under the terms of my insurance policy.

Por la presente autorizo a Ana M. Lamas, M.D., a cobrar los beneficios por los servicios recibidos por mi. Una copia de esta autorización puede ser usada en sustitución de la original. Yo autorizo al "Social Security Administration" y al "Health Care Financing Administration" la obtención de cualquier información para procesar mis cargos si están relacionados con Medicare. Yo comprendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por mi seguro bajo los terminos de mi póliza.

(Signature / Firma)

(Date / Fecha)

Notice of Privacy Practice Acknowledgement

Lamas Medical, LLC

I understand that under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), I have certain rights to privacy regarding my protected health information. I acknowledge that I have received or have been given the opportunity to receive a copy of your Notice of Privacy Practices. I also understand that this practice has the right to change its Notice of Privacy Practices and that I may contact the practice at any time to obtain a current copy of the Notice of Privacy Practices.

Patient Name or Legal Guardian (print)

Date

Signature

Office Use Only

We have made the following attempt to obtain the patient's signature acknowledging receipt of Notice of Privacy Practices:

Date: _____ Attempt: _____

Staff Name: _____

Aviso De Prácticas de Privacidad Reconocimiento

Lamas Medical, LLC

Entiendo que bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Reconozco que han recibido o han tenido la oportunidad de recibir una copia de su aviso de prácticas de privacidad. También entiendo que esta práctica tiene el derecho de cambiar su aviso de prácticas de privacidad y que puedo contactar con la práctica en cualquier momento para obtener una copia actual de la notificación de prácticas de privacidad.

Nombre del paciente o la Legal de guarda (impresión)

Fecha

Firma

Uso de oficina solamente:

Hemos hecho el siguiente intento de obtener la firma del paciente reconoce el recibo de la notificación de prácticas de privacidad:

Fecha: _____ Intento: _____

Nombre De Empleado: _____



LAMAS MEDICAL CENTER
Allergy • Immunology • Aesthetic & Weight Loss Management

2000 S.W. 27TH AVENUE, 3RD FLOOR
MIAMI, FL 33145

PHONE (305) 461-2010
FAX (305) 648-0140

Patient Name: _____
(Please Print)

Date: _____

I understand that photographs, videotapes, digital, or other images may be recorded to document my care, and I consent to this. I understand that Lamas Medical Center will retain the ownership rights to these photographs, videotapes, digital, or other images, but that I will be allowed access to view them or obtain copies. I understand that these images will be stored in a secure manner that will protect my privacy and that they will be kept for the time period required by law or outlined in Lamas Medical Center policy. Images that identify me will be released and/or used outside the office only upon written authorization from me or my legal representative. This consent does not authorize the use of the images for other purposes, such as teaching or publicity.

I have been informed that my authorization is required for the release of Protected Health Information, which includes patient photography for purposes beyond treatment, payment and healthcare operations.

(Signature) _____

Date: _____

(Witness) _____

Date: _____



LAMAS MEDICAL CENTER
Allergy • Immunology • Aesthetic & Weight Loss Management

2000 S.W. 27TH AVENUE, 3RD Floor
MIAMI, FL 33145

PHONE (305) 461-2010
FAX (305) 648-0140

Nombre del Paciente: _____
(Favor escribir en letra de molde)

Fecha: _____

Entiendo que para documentar mi cuidado médico, fotografías en formato digital u otras imágenes pueden ser grabadas y para lo cual doy mi consentimiento. Entiendo que el Lamas Medical Center retiene los derechos de propiedad de estas fotografías e imágenes, pero que se me permitirá el acceso a verlas y obtener copias. Entiendo que estas imágenes serán archivadas de manera segura para proteger mi privacidad y que se conservarán por el periodo de tiempo requerido por la ley o establecido en las normas de Lamas Medical Center. Imágenes que me identifiquen solo serán publicadas y/o utilizadas fuera de la oficina bajo autorización firmada por mi o mi representante legal. Este consentimiento no autoriza el uso de las imágenes para otros propósitos, tal como enseñanza o publicidad.

He sido informado (a) que mi autorización es necesaria según la ley HIPAA para la publicación de mi información de salud protegida, lo que incluye fotografías de pacientes para propósitos más allá de tratamiento, pago y operaciones para el cuidado de la salud.

(Firma) _____

Fecha: _____

(Testigo) _____

Fecha: _____

REVIEW OF SYSTEMS (check all that apply) (marque todas las que apliquen)

1. General:

- Recent weight change (*cambio reciente en su peso*)
- Weakness (*debilidad*)
- Fever (*fiebre*)
- Chills (*escalofríos*)
- Fatigue (*fatiga*)
- Night sweats (*sudoraciones nocturnas*)

2. Skin (Piel)

- Rashes (*erupción*)
- Lumps (*masas*)
- Dryness (*resequedad*)
- Itching (*picazón*)
- Eczema
- Edema (*hinchazón*)
- Coagulation problems (*problemas de coagulación*)
- Hives (*ronchas*)
- Insect Reactions (*reacción a picada de insectos*)
- Easy Bruising (*moretones*)

3. Head (Cabeza)

- Headaches (*dolores de cabeza*)
- Head injury (*golpes en la cabeza*)

4. Eyes (Ojos)

- Itching (*picazón*)
- Burning (*quemazón*)
- Tearing (*lagrimeo*)
- Shiners (*ojeras*)
- Discharge (*secreción*)
- Swelling (*hinchazón*)
- Redness (*enrojecimiento*)
- Photophobia (*sensibilidad a la luz*)

5. Ears (Oídos)

- Difficulty hearing (*problema de audición*)
- Ear infection (*infección de oído*)
- Earaches (*dolores de oído*)
- Itching (*picazón*)
- Popping (*llenura*)
- Discharge (*secreción*)
- Lightheadedness
- Buzzing (*zumbido*)

6. Nose & Sinuses (Nariz y senos frontales)

- Sneezing (*estornudos*)
- Nasal Stuffiness (*tupición nasal*)
- Itching (*picazón*)
- Nosebleeds (*sangramiento*)
- Snoring (*ronquidos*)
- Mouth breathing (*respiración por la boca*)
- Sinus pain/infection (*sinusitis*)
- Loss of smell (*pérdida del olfato*)
- Discharge (*secreción*)

Color & qty (*color y cantidad*): _____

7. Neck (Cuello)

- Swollen/Tender Lymph nodes (*nódulos linfáticos inflamados*)

8. Respiratory (Respiratorio)

- Asthma (*asma*)
- Constant coughing (*tos continua*)
- Coughing up blood (*expectorando sangre*)
- Bronchitis > 1/month (*bronquitis por >1 mes*)
- Shortness of breath (*falta de aire*)
- Chest pain (*dolor de pecho*)
- Wheezing (*sibilantes*)
- Pneumonia (*pulmonía*)
- Expectoration/sputum production (*expectoración*)

Color & qty (*color y cantidad*): _____

9. Cardiac (Cardíaco)

- Hypertension? (*hipertensión*)
- Edema (*hinchazón*)
- Heart murmurs (*murmillos*)
- Palpitations (*palpitaciones*)

10. Gastrointestinal (gastrointestinal)

- Reflux (*reflujo*)
- Hiatal Hernia (*hernia Hiatal*)
- Excess belching/passing gas (*eructaciones/flatulencia*)
- Constipation (*estreñimiento*)
- Trouble swallowing (*dificultad de tragar*)
- Food intolerance (*intolerancia a la comida*)
- Heartburn (*acidez*)
- Nausea (*nausea*)
- Vomiting (*vomito*)
- Indigestion (*indigestión*)
- Diarrhea (*diarrea*)
- Abdominal pain (*dolor del abdomen*)

11. Mouth & Throat (Boca y garganta)

- Frequent Sore Throat (*frecuentes dolores de garganta*)
- Dry mouth (*resequedad*)
- Loss of taste (*perdida del paladar*)
- Post Nasal Drip (*flema nasal posterior*)
- Hoarseness (*ronquera*)
- Edema of lips/tongue (*hinchazón de boca/lengua*)
- Irritation (*irritación*)
- Itchiness (*picazón*)

Name: _____ M/R #: _____ Date: _____
--



Medication List

MA: _____

DATE: _____
 (Fecha)

NAME: _____
 (Nombre)

DOB: _____
 (Fecha de Nacimiento)

REVIEW DATE: _____

PLEASE PROVIDE MEDICATION LIST
 (Por favor proporcione lista de medicamentos)

		DATE STARTED	DATE DISCHARGED
1)	_____ mg	_____	_____
2)	_____ mg	_____	_____
3)	_____ mg	_____	_____
4)	_____ mg	_____	_____
5)	_____ mg	_____	_____
6)	_____ mg	_____	_____
7)	_____ mg	_____	_____
8)	_____ mg	_____	_____
9)	_____ mg	_____	_____
10)	_____ mg	_____	_____
11)	_____ mg	_____	_____
12)	_____ mg	_____	_____

VITAMINS / SUPPLEMENTS:

1)	_____ mg	_____	_____
2)	_____ mg	_____	_____
3)	_____ mg	_____	_____

PHARMACY (Farmacia):

Pharmacy Name _____

Pharmacy Tel# _____

Pharmacy Address _____

DRUG ALLERGIES (Alergias a medicamentos):

NOTE (Nota):

