

Welcome

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 testing 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 initial consultation.

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: _____

Bienvenido

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 en caso sea necesario se harán ordenes de pruebas diagnósticas de alergia o 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 su cita inicial.

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

Si surgiera alguna circunstancia no prevista que no le permita mantener una cita programada, le pedimos notificarnos con al menos un día (1) de anticipación para cancelar o reagendar su cita. Esperamos brindarle la mejor atención médica.

ACEPTO LOS TERMINOS Y CONDICIONES EN SU TOTALIDAD

_____ (INICIAL DE PACIENTE) FECHA: _____

Patient Intake Form / Información del Paciente

Last Name _____ First Name _____
 Apellido _____ Primer Nombre _____

Date of Birth: _____ Sex: ☐ M ☐ F Marital Status ☐ Single/ Soltero(a) ☐ Married/ Casado(a)
 Fecha de Nacimiento Sexo Estado Civil ☐ Divorced/ Divorciado(a) ☐ Separated/ Separado(a)

Primary language ☐ English ☐ Español Other _____
 Primer Idioma

If Patient is a Minor / Si el Paciente es Menor de Edad

Guardian Last Name _____ First Name _____
 Apellido del Guardian Primer Nombre _____

Address _____
 Dirección

City _____ State _____ Zip _____
 Ciudad Estado Código Postal

Phone Home _____ Cell _____
 Teléfono Casa Móvil

E-Mail _____ Preferred ☐ Home ☐ Cell ☐ E-Mail
 Correo Electrónico Preferencia Casa Móvil Correo

Emergency Contact _____ Phone _____ Relation _____
 Contacto de Emergencia Teléfono Relación

Referring Physician _____ Phone _____
 Doctor que lo refiere Teléfono

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 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 mí. 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 adquisición de cualquier información para procesar mis cargos si están relacionados con Medicare. Yo asumo la responsabilidad de los cargos no cubiertos por mi seguro bajo los términos de mi póliza.

SIGNATURE | FIRMA

DATE | FECHA

REVIEW OF SYSTEMS

(check all that apply / marque lo que le aplique)

Name: _____ DOB: _____
Nombre Fecha de Nacimiento

General:

- ☐ Recent weight loss (cambio reciente en su peso)
- ☐ Weakness (debilidad)
- ☐ Fever (fiebre)
- ☐ Chills (escalofríos)
- ☐ Fatigue (fatiga)
- ☐ Night Sweats (sudoraciones nocturnas)

All negative. ☐

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)

All negative. ☐

Head (Cabeza):

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

All negative. ☐

Eyes (ojos):

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

All negative. ☐

Ears (oídos):

- ☐ Difficulty hearing (problemas de audición)
- ☐ Ear infections (infección de oído)
- ☐ Earaches (dolores de oído)
- ☐ Itching (picazón)
- ☐ Popping (llenura)
- ☐ Discharge (secreción)
- ☐ Lightheadedness (aturdimiento)
- ☐ Buzzing (zumbido)

All negative. ☐

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 (perdida del olfato)
- ☐ Discharge (secreción)

All negative. ☐

Neck:

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

All negative. ☐

Respiratory:

- ☐ 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/septum production (expectoración)
Color & qty (color y cantidad) _____

All negative. ☐

Cardiac (cardíaco):

- ☐ Hypertension (hipertensión)
- ☐ Edema (hinchazón)
- ☐ Heart murmurs (murmullos)
- ☐ Palpitations (palpitaciones)

All negative. ☐

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 (vómito)
- ☐ Indigestion (indigestión)
- ☐ Diarrhea (diarrea)
- ☐ Abdominal pain (dolor abdominal)

All negative. ☐

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)

All negative. ☐

Reviewed _____

Name: _____ DOB: _____ Chart # _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Cuando discontinuo?

[illegible]

☐	Asthma	☐	Arthritis	☐	Diabetes	☐	Heart Dz	☐	Neurologic	☐	Sinusitis
☐	Hay Fever	☐	Cancer	☐	GERD	☐	HTN	☐	Orthopedic	☐	Thyroid
☐	Nasal Polyps	☐	COPD	☐	GI Dz	☐	Kidney Dz	☐	Psychiatric	☐	Food Allergies
☐	Eczema	☐	Other								

☐	HTN	_____
☐	DM	_____
☐	CAD	_____
☐	CA	_____
☐	ALLERGY	_____
☐	ASTHMA	_____
☐	Other	_____

Drugs ☐ No ☐ Yes _____

Alcohol ☐ No ☐ Yes If yes, how many drinks per week? _____

Smoking ☐ No ☐ Yes If no, Is there any exposure? ☐ No ☐ Yes If yes, ☐ Current ☐ Former. How many packs per day? _____

Reviewed



Notice of Privacy Acknowledgement

Initials 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 the 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.

Consent for digital content

Initials 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, LLC. will retain the ownership right to these photographs, videotapes, digital, or other images, and patient 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 will remain on file for the time required by law or outlined in Lamas Medical, LLC 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 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.

Please check the corresponding line:

_____ For HIPPA purposes I **ALLOW** Lamas Medical, LLC to discuss details of my medical records/financial records with _____
(Please print name of authorized person)

_____ I DO NOT ALLOW Lamas Medical, LLC to discuss details of my medical records/financial records with anyone else but me.

_____ Patient Name or Legal Guardian (print)	_____ Signature	_____ Date
---	--------------------	---------------

Office Use Only

Lamas Medical, LLC. has made the following attempt to obtain the patient's signature acknowledging the receipt of Notice of Privacy Practices:

Date: _____ Staff Name: _____



Aviso de Practicas de Privacidad Reconocimiento

_____ Iniciales Entiendo que bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Reconozco que he recibido o he tenido la oportunidad de recibir una copia de su aviso de prácticas de privacidad. También entiendo que Lamas Medical, LLC. tiene el derecho de cambiar su Aviso de Practicas de Privacidad, además de contar con el acceso de esta en cualquier momento.

Consentimiento de contenido digital

_____ Iniciales Entiendo que, para documentar mi cuidado médico, fotografías en formato digital u otras imagines pueden ser grabadas, y para lo cual doy mi consentimiento. Entiendo que Lamas Medical, LLC. retiene los derechos de propiedad de estas fotografías e imagines, a las cuales tengo acceso a ver y obtener copias. Entiendo que estas imágenes serán archivadas de manera segura para proteger mi privacidad y se conservarán por el periodo de tiempo requerido por ley o establecido en las normas de Lamas Medical, LLC. Imágenes que contengan cualquier forma de Identificación de la persona serán publicadas y/o utilizadas fuera de la oficina solo bajo la autorización por escrito por mi o mi representante legal. Este consentimiento no autoriza a Lamas Medical, LLC. 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 HIPPA para la publicación de mi información de salud protegida, la cual incluye fotografías del paciente, para propósitos más allá de tratamiento médico, pagos, y operaciones.

Seleccione la opción indicada:

_____ PERMITO a Lamas Medical, LLC compartir detalles de mi información médica y/o financiera con:

_____ (escriba el nombre de la persona autorizada)

_____ NO PERMITO a Lamas Medical, LLC compartir información de mi historial médico y/o financiero con ninguna persona

Nombre de paciente o representante legal	Firma	Fecha
--	-------	-------

Office Use Only

Lamas Medical, LLC. has made the following attempt to obtain the patient's signature acknowledging the receipt of Notice of Privacy Practices:

Date: _____ Staff Name: _____



DIPLOMATE, AMERICAN BOARD OF ALLERGY AND IMMUNOLOGY
2000 SW 27TH AVENUE, STE 301 MIAMI, FLORIDA 33145
PHONE (305) 461-2010 FAX (305) 648-0140

Consent Form for Allergy Skin Testing

I have read and understood the patient information sheet regarding allergy skin testing. The opportunity has been provided to ask questions regarding the potential side effects of allergy skin testing, and these questions have been answered to my satisfaction. I understand that every precaution consistent with the best medical practice will be carried out to protect me against such reactions.

Patient Name _____ Date of Birth _____

Signature _____ Date _____

Parent or legal guardian* _____

***As parent or legal guardian, I understand that I must accompany my child throughout the entire procedure and visit.**

Witness _____ Date _____



DIPLOMATE, AMERICAN BOARD OF ALLERGY AND IMMUNOLOGY
2000 SW 27TH AVENUE, STE 301 MIAMI, FLORIDA 33145 PHONE (305) 461-2010 FAX (305) 648-0140

Consentimiento del paciente para las pruebas de alergia cutánea

He leído la hoja informativa para el paciente sobre la evaluación de prueba cutánea y la entiendo. Se me ha dado la posibilidad de formular preguntas con relación a los potenciales efectos colaterales de la prueba cutánea de alergia, y estas preguntas me han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo que se tomarán todos los recaudos de acuerdo con las mejores prácticas médicas para protegerme contra dichas reacciones.

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Firma _____ Fecha _____

Padre o tutor* _____

***como padre o tutor, entiendo que debo acompañar a mi hijo/a durante todo el procedimiento y la visita.**

Testigo _____ Fecha _____