

Patient Registration Update
Actualización de registraci3n del Paciente

Date: _____
Fecha

Patient Information- Informaci3n Del Paciente

Social Security # _____

Numero de Seguro Social

First Name _____

Primer Nombre

Middle _____

Segundo Nombre

Last Name _____

Apellido

Date of Birth ____/____/____

Fecha de Nacimiento

Home Address _____

Direcci3n del Hogar

Email Address: _____

Direcci3n electronic

Home Phone (____) _____

Tel3fono del Hogar

Cellular Phone (____) _____

Tel3fono Celular

Work Phone (____) _____

Tel3fono del Trabajo

City _____ State _____ Zip _____

Ciudad

Estado

C3digo postal

If your insurance changed, please provide your insurance card to the receptionist
Si su seguro cambio por favor provea su tarjeta de seguro a la recepcionista

Primary Insurance-Seguro Primario

Insurance Company _____

Compa1a de Seguro

Secondary Insurance-Seguro Secundario

Insurance Company _____

Compa1a de Seguro

Primary care Physician _____

Medico de cabecera

Signature: _____

Firma:

Date: _____

Fecha:

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION
AUTORIZACION PARA DEVULGAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

In general, the HIPPA privacy rule gives individuals the right to request a restriction on uses and disclosures of their protected health information (PHI). The individuals is also provided the right to request confidential communications or that a communication of PHI be made by alternative means, such as sending correspondence to the individual's office instead of the individuals home.

En general la ley HIPPA le da a los individuos el derecho de pedir restricciones en como se usa y como se comparte la infamación medica protegida. Los individuos también tienen el derecho de pedir comunicación confidencial por medio de alternativas de comunicación como enviar por correo al trabajo o a la casa.

I wish to be contacted in the following manner (check all that applies):
Deseo que se comuniquen conmigo e la siguiente manera (marque todo lo que apliqué)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Home telephone _____ | <input type="checkbox"/> Teléfono de la casa _____ |
| <input type="checkbox"/> OK to leave message with detail information
<input type="checkbox"/> On voicemail
<input type="checkbox"/> With family members listed below | <input type="checkbox"/> Esta bien dejar un mensaje detallado
<input type="checkbox"/> En su correo de voz o
<input type="checkbox"/> Con sus familiares según anotado en la parte inferior |
| <input type="checkbox"/> Leave message with call-back number only | <input type="checkbox"/> ...dejar mensaje con numero par que usted devuelva la llamada. |
| <input type="checkbox"/> Work telephone _____ | <input type="checkbox"/> Teléfono del Trabajo _____ |
| <input type="checkbox"/> OK to leave message with detail information | <input type="checkbox"/> Esta bien dejar un mensaje detallado |
| <input type="checkbox"/> OK to leave message with call back number only | <input type="checkbox"/> ...dejar mensaje con numero par que usted devuelva la llamada. |
| <input type="checkbox"/> OK to mail to my home address | <input type="checkbox"/> Esta bien enviar correspondencia a mi hogar. |
| <input type="checkbox"/> OK to mail to my work address | <input type="checkbox"/> Esta bien enviar correspondencia a mi lugar de trabajo. |
| <input type="checkbox"/> Other means of communication _____ | <input type="checkbox"/> Otros medios de comunicación |

Name of person (s) or organization in which your medical information can be shared with;
Nombre (s) de individuos u organización en la cual podemos compartir su información medica;

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |

I AUTHORIZE RELEASE OF INFORMATION CONTAINED IN MY MEDICAL RECORDS AS INDICATED BELOW:
AUTORIZO QUE DIVULGACION DE INFORMACION CONTENIDO EN MI RECORD MEDICO SEGÚN INDICADO EL LA PARTE INFERIOR:

- | | |
|--|---|
| _____ Complete medical record/record medico completo | _____ Laboratory reports/Reportes de laboratorio |
| _____ HIV Test/ Examen de HIV | _____ EKG/Electrocardiograma |
| _____ History and Physical/Historial y examen fisico | _____ Medication Record/Historial de Medicamentos |
| _____ Office notes/Notas de la consulta | _____ Others/Otros: _____ |

THIS AUTHORIZATION IS SUBJECT TO REVOCATION AT ANY TIME, BY WRITTEN REQUEST, EXCEPT TO THE EXTENT THAT ACTION HAS BEEN TAKEN IN RELIANCE THERE ON.

I AUTHORIZE MKG TO ELECTRONICALLY OBTAIN MY MEDICATION HISTORY FROM MY CURRENT PHARMACY.
AUTORIZO A MKG A QUE OBTENGA EL HISTORIAL CLINICO DE MIS MEDICAMENTOS ELECTRONICAMENTE DE LA FAMACIA QUE USO ACTUALMENTE.

Signature: _____
Firma:

Date: _____
Fecha: