

Premier Endocrinology

Please Use Black Ink

Today's Date (Fecha de hoy): _____

Patient Information (Información del Paciente)

Name (Nombre): _____ DOB (Fecha Nacimiento): _____
SS# (# Seguro Social): _____ - _____ - _____ Employed (Empleado/a): Yes/No Retired (Retirado/a): Yes/No
Marital Status (Estado Civil): Married/Single/Widow/Divorced / Domestic Partner Race (Raza): _____
Casado(a)/Soltero(a)/Viudo(a)/Divorciado(a)/Pareja Doméstica
Email (Correo electrónico): _____ Sex (Sexo): F / M
Home Address (Domicilio): _____
Mailing Address (Dirección postal): _____
Home Phone (Teléfono de Casa): _____ Cell (Celular): _____ Other (Otro): _____
Primary Care Physician (Médico Primario): _____ Phone # (# de tel.): _____
Referring Physician (Médico de Referencia): _____ Phone # (# de tel.): _____

Insurance Information (Información de Seguros)

Primary Ins. (Seguro Primario): _____ ID/Policy # (# de ID/Póliza): _____ Group # (# de Grupo): _____
Insurance Address (Dirección Del Seguro): _____ Phone # (Teléfono): _____
Secondary Ins. (Seguro Secundario): _____ ID/Policy # (# de ID/Póliza): _____ Group # (# de Grupo): _____
Insurance Address (Dirección Del Seguro): _____ Phone # (Teléfono): _____

Policy Holder Information (If other than the patient)

Información de titular de la póliza (si no es el paciente)

Name (Nombre): _____ Sex (Sexo): F / M SS# (# Seguro Social): _____ - _____ - _____
DOB (Fecha Nacimiento): _____ Relationship to patient (Relación con el paciente): _____
Home Address (Domicilio): _____ Phone # (# de tel.): _____

EMERGENCY Contact (Contacto de Emergencia)

1. Name (Nombre): _____
Phone # (Teléfono): _____ Relationship (Relación) : _____
2. Name (Nombre): _____
Phone # (Teléfono): _____ Relationship (Relación) : _____

Authorizations (Autorizaciones)

I hereby authorize Dr. Theresa A. Fynn/Premier Endocrinology to release by mail or electronically, any information needed by my insurance carrier for and in consideration of the services rendered to pay the said provider. I understand that I am responsible for all health insurance deductible, copayments and coinsurance not covered by my insurance policy. I hereby consent to the release of information necessary to process claims with my insurance policy. I understand that the specific information to be release may include but is not limited to history, diagnosis, and treatment of drug or alcohol abuse, mental illness or communicable diseases. I have read and understand this consent and I have signed it voluntary and of my own free will.

Por la presente autorizo a la Dra. Theresa A. Fynn / Premier Endocrinology para liberar por correo o por vía electrónica, la información requerida por mi compañía de seguros para y en consideración a los servicios prestados a pagar dicho proveedor. Yo entiendo que soy responsable de todos los deducibles de seguro de salud, los copagos y el coaseguro no cubiertos por mi póliza de seguro. Doy mi consentimiento para la divulgación de información necesaria para procesar las reclamaciones con mi póliza de seguro. Entiendo que la información específica que se libere puede incluir, pero no se limita a la historia, el diagnóstico, el tratamiento de abuso de drogas o alcohol, enfermedad mental o las enfermedades transmisibles. He leído y entiendo este consentimiento y que la haya firmado voluntaria y de mi propia y libre voluntad.

Printed Name: _____ Signature: _____ Date: _____
Nombre Impreso Firma Fecha

Premier Endocrinology

Please Use Black Ink

Today's Date (Fecha de hoy): _____

Name (Nombre): _____ DOB (Fecha Nacimiento): _____

Medication List

(Lista de Medicamentos)

Medication Name (Nombre del Medicamento)	Strength/Dosage (Dosis)	How Often (¿Con qué frecuencia?)	Reason (Razón)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

Please list any other medications including over the counter medications:

(Por favor anote cualquier otro medicamento, incluyendo medicamentos de venta libre)

Preferred Pharmacy

(Farmacia Preferida)

Name (Nombre): _____ Phone # (Teléfono): _____ Fax (Fax): _____

Address (Dirección): _____

Name (Nombre): _____ Phone # (Teléfono): _____ Fax (Fax): _____

Address (Dirección): _____

Premier Endocrinology

Please Use Black Ink

Today's Date (Fecha de hoy): _____

Patient Financial Responsibility Form (PFRF)

(Formulario de Responsabilidad Financiera Del Paciente)

Name (Nombre): _____ DOB (Fecha Nacimiento): _____

The physician of Premier Endocrinology requires that this form to be signed by our patients. We appreciate your cooperation. If you have ANY questions, please ask the front desk staff. (El médico de Premier Endocrinology requiere que este formulario debe ser firmado por nuestros pacientes. Le agradecemos su cooperación. Si usted tiene alguna pregunta, por favor pregunte al personal de recepción).

1. **FINANCIAL RESPONSIBILITY:** We are pleased to assist with your insurance. I understand that with the exceptions explained below, I am personally responsible for any medical fees I will incur with Premier Endocrinology. (RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Estamos encantados de ayudarle con su seguro. Entiendo que con las excepciones explicadas abajo, yo soy personalmente responsable de los gastos médicos que voy a incurrir con Premier Endocrinology).

I also understand that I will be responsible for any charges incurred by not providing the correct or most current insurance to Premier Endocrinology. (También entiendo que seré responsable por cualquier cargo incurrido al no proporcionar el seguro correcto o el más actual para Premier Endocrinología).

Patient/Legal guardian Signature (Firma Paciente / Tutor legal): _____

2. **AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION:** I HEREBY AUTHORIZE Premier Endocrinology to release medical information acquired in the course of my examination or treatment, to my insurance company, or other physicians required to participate in my care. (AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: AUTORIZO Premier Endocrinology dar a conocer información médica adquirida en el curso de mi examen o tratamiento, a mi compañía de seguros, o de otros médicos requeridos a participar en mi cuidado).

Patient/Legal guardian Signature (Firma Paciente / Tutor legal): _____

3. **AUTHORIZATION TO PAY BENEFITS TO PHYSICIAN:** I HEREBY AUTHORIZE payment for medical services provided directly to Premier Endocrinology. (AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS AL MÉDICO: Por la presente autorizo el pago por los servicios médicos prestados directamente a Premier Endocrinology).

Patient/Legal guardian Signature (Firma Paciente / Tutor legal): _____

4. **Please read and then choose YES or NO** (Lea y luego elegir SI o NO):

If you are unavailable, may we leave a message relating to your medical information, such as blood test results or biopsy report on your answering machine or with someone at your residence? (Si usted no está disponible, ¿Podemos dejar un mensaje en relación a su información médica, como los análisis de sangre o informe de la biopsia en su contestador automático o con alguien en su residencia?)

_____ YES - you may leave information as mentioned above. (SI - usted puede dejar la información tal como se mencionó anteriormente).

_____ NO - DO NOT leave information with anyone. (NO - NO deje información con nadie).

Patient/Legal guardian Signature (Firma Paciente / Tutor legal): _____

5. **ACKNOWLEDGMENT OF THE POLICY PRIVACY:** I acknowledge that I read a copy of Premier Endocrinology Privacy Policy. (RECONOCIMIENTO DE LA PÓLIZA DE PRIVACIDAD: Yo reconozco que he leído una copia de Premier Endocrinology Póliza de Privacidad).

Patient/Legal guardian Signature (Firma Paciente / Tutor legal): _____

Premier Endocrinology

Please Use Black Ink

Patient Health Questionnaire (PHQ)

(Cuestionario de Salud Del Paciente)

Nine Symptoms Checklist

Today's Date (Fecha de hoy): _____

Name (Nombre): _____ DOB (Fecha Nacimiento): _____

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? (Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado cualquiera de los siguientes problemas?)

1. **Little interest or pleasure in doing things.** (Poco interés o placer en hacer las cosas).
___(0) **Not at all**/No del todo ___(1) **Several Days**/ Varios Días ___(2)**More than half the days**/ Más de la mitad de los días ___(3)**Nearly every day**/ Casi todos los días
2. **Feeling down, depressed, or hopeless.** (Se siente triste, deprimido o sin esperanza).
___(0) **Not at all**/No del todo ___(1) **Several Days**/ Varios Días ___(2)**More than half the days**/ Más de la mitad de los días ___(3)**Nearly every day**/ Casi todos los días
3. **Trouble falling/staying asleep, sleeping too much.** (Problemas para conciliar / mantener el sueño, dormir demasiado).
___(0) **Not at all**/No del todo ___(1) **Several Days**/ Varios Días ___(2)**More than half the days**/ Más de la mitad de los días ___(3)**Nearly every day**/ Casi todos los días
4. **Feeling tired or having little energy.** (Siente cansado o tiene poca energía).
___(0) **Not at all**/No del todo ___(1) **Several Days**/ Varios Días ___(2)**More than half the days**/ Más de la mitad de los días ___(3)**Nearly every day**/ Casi todos los días
5. **Poor appetite or overeating.** (Falta de apetito o comer en exceso).
___(0) **Not at all**/No del todo ___(1) **Several Days**/ Varios Días ___(2)**More than half the days**/ Más de la mitad de los días ___(3)**Nearly every day**/ Casi todos los días
6. **Feeling bad about yourself -- or that you are a failure, or have let yourself or your family members down.** (Sentirse mal consigo mismo --O que usted es un fracaso, o has fallado a sí mismo oa miembros de su familia).
___(0) **Not at all**/No del todo ___(1) **Several Days**/ Varios Días ___(2)**More than half the days**/ Más de la mitad de los días ___(3)**Nearly every day**/ Casi todos los días
7. **Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching tv.** (Problemas para concentrarse en las cosas, como leer el periódico o ver la tv).
___(0) **Not at all**/No del todo ___(1) **Several Days**/ Varios Días ___(2)**More than half the days**/ Más de la mitad de los días ___(3)**Nearly every day**/ Casi todos los días
8. **Moving or speaking so slowly that others could have noticed. Or the opposite—being so fidgety or restless that you has been moving around a lot more than usual.** (Se mueve o habla tan lentamente que otras personas podrían haber notado. O todo lo contrario-de ser tan inquieto o intranquilo que se ha estado moviendo mucho mas de lo normal).
___(0) **Not at all**/No del todo ___(1) **Several Days**/ Varios Días ___(2)**More than half the days**/ Más de la mitad de los días ___(3)**Nearly every day**/ Casi todos los días
9. **Thoughts that you would be better off dead or hurting yourself in some way.** (Pensamientos que usted estaría mejor muerto o hacerse daño de alguna manera).
___(0) **Not at all**/No del todo ___(1) **Several Days**/ Varios Días ___(2)**More than half the days**/ Más de la mitad de los días ___(3)**Nearly every day**/ Casi todos los días

If you checked off any problem on this questionnaire so far, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people? (Si marcó alguno de los problemas en este cuestionario hasta el momento, la dificultad de estos problemas han hecho que sea para que usted pueda hacer su trabajo, cuidar de las cosas en casa, o se llevan bien con otras personas?)

___ **Not difficult at all** (No es difícil en absolute) ___ **Somewhat difficult** (Algo difícil) ___ **Very difficult** (Muy difícil) ___ **Extremely difficult** (Extremadamente difícil)

Make an appointment with your physician or healthcare professional to discuss your results.

(Haga una cita con su médico o profesional de la salud para discutir sus resultados).

Premier Endocrinology

Please Use Black Ink

Disclosure of Medical Information Form (DMI)

(Divulgación de la Forma de Información Médica)

Today's Date (Fecha de hoy): _____

Name (Nombre): _____ DOB (Fecha Nacimiento): _____

_____ YES – I authorize to release information of my medical status to a family member.

(SI - Autorizo a divulgar información de mi estado de salud a un miembro de la familia).

_____ NO – I do not authorize to release information of my medical status to a family member or anyone else. (NO - No autorizo a divulgar información de mi estado de salud a un miembro de la familia o cualquier otra persona).

Printed Name: _____ Signature: _____ Date: _____
Nombre Impreso Firma Fecha

Name (Nombre): _____ Relationship to patient (Relación con el paciente) _____

Name (Nombre): _____ Relationship to patient (Relación con el paciente) _____

Name (Nombre): _____ Relationship to patient (Relación con el paciente) _____

Premier Endocrinology

Please Use Black Ink

APPOINTMENT CANCELLATION/NO SHOW POLICY

(Cancelación De Cita / Poliza De Ausentarse Sin Aviso)

Our goal is to provide quality medical care in a timely manner. In order to do so, we have had to implement an appointment/cancellation policy. This policy enables us to better utilize available appointments for our patients in severe pain needing immediate care. (Nuestro objetivo es proporcionar atención médica de calidad en el momento oportuno. Para hacerlo hemos tenido que implementar una poliza de cancelaciones de citas y una poliza de ausentarse sin aviso. Esta póliza nos permite utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan atención médica).

Cancellation of an Appointment

(La Cancelación De Cita)

In order to be respectful of the medical needs of other patients, please be courteous and call our office promptly if you are unable to attend an appointment. This time will be reallocated to someone who is in need of treatment. If it is necessary to cancel your scheduled appointment, we require that you call 24 hours in advance. Your early cancellation will give another person the possibility to have access to timely medical care. (Con el fin de ser respetuosos de las necesidades médicas de otros pacientes, por favor sea cortés y llame a nuestra oficina de inmediato si usted no puede asistir a una cita. Esta vez no se reasignarán a alguien que está en necesidad de tratamiento. Si es necesario cancelar su cita, requerimos que usted llame con 24 horas de anticipación. Su cancelación anticipada dará otra persona la posibilidad de tener acceso a la atención médica oportuna).

No-Show Policy

(Poliza De Ausentarse Sin Aviso)

A "no-show" is someone who misses an appointment without calling 24 hours in advance to cancel. "No-shows" inconvenience those individuals who need access to medical care in a timely manner, as well as the physician. A failure to show up at the time of a scheduled appointment will be recorded in the patient's chart as a "no-show". Any "no-shows" will result in a fee of \$25.00. If a patient accumulates 3 "No-shows", he or she may be asked to leave the practice. (Un "no-show" es una persona que pierde una cita sin llamar con 24 horas de anticipación para cancelar. "No Shows" incomodan a las personas que necesitan tener acceso a la atención médica de manera oportuna, así como al médico. El hecho de no presentarse a la hora de una cita programada será registrada en la historia clínica del paciente como un "no-show". Cualquier "no-shows" resultará en un cargo de \$ 25.00. Si un paciente se acumula 3 "No Shows", él o ella se le puede pedir que deje la práctica).

Late Cancellations

(Cancelaciones De Ultima Hora)

Late cancellations will be considered as a "no-show". Exceptions will only be made in extraordinary circumstances. Cancellations made more than 24 hours in advance of your scheduled appointment time will not be assessed a cancellation fee. (Cancelaciones de última hora serán considerados como un "no-show". Las excepciones se harán sólo en circunstancias extraordinarias. Las cancelaciones realizadas con más de 24 horas antes de su cita, no se les aplicará un cargo por cancelación).

If you have any questions regarding this policy, please let one of our staff know and we will be glad to help clarify any questions you may have. We thank you in advance for your cooperation and understanding. (Si tiene alguna pregunta sobre esta poliza, por favor, dejele saber a uno de nuestros empleados estaremos encantados de ayudarle a aclarar cualquier duda que pueda tener. Le agradecemos de antemano por su cooperación y comprensión).

I understand this policy and authorize Premier Endocrinology to assess cancellation and no show fees according to the above outlined policy. Entiendo esta póliza y autorizo a Premier Endocrinology evaluar cancelación y no show de acuerdo con la póliza descrita más arriba

Printed Name: _____ Signature: _____ Date: _____
Nombre Impreso Firma Fecha

Premier Endocrinology

Please Use Black Ink

Theresa A. Fynn, M.D.
3004 17th Street, St. Cloud, FL 34769
Office: (407)593-2910 Fax: (407)593-2913

AUTHORIZATION TO OBTAIN OR RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Patient Name (Nombre del paciente): _____

Address (Dirección): _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____ SS# (#SS): _____

Phone Number (Número de Teléfono): _____

The above named patient does hereby request Premier Endocrinology to obtain records from:

El paciente antes mencionado por este medio solicita Premier Endocrinology para obtener los registros de:

Physician/Hospital (Doctor / Hospital): _____

Address (Dirección): _____

Telephone (Teléfono): _____ Fax (Fax): _____

The following information is to be disclosed:

La siguiente información ha de ser divulgada:

Progress Notes (Notas de Progreso) _____ Lab Results (Resultados de laboratorio) _____ Radiology Report (Informes de radiología) _____

Other (Otros) _____

Reason for Medical Records Release (Motivo para la liberación de registros medicos): _____

I understand that this authorization extends to all or any part of the records designed above, which may include psychiatric information, and/or genetic counseling/testing, and/or alcohol/drug abuse and/or AIDS, and/or may include the results of an HIV test that was performed. I expressly consent to the release of information as designated above unless checked below or otherwise required by law. Entiendo que esta autorización se extiende a la totalidad o parte de los registros diseñados anteriormente, que pueden incluir información psiquiátrica, y / o genética consejería / laboratorio, y / o abuso de alcohol / drogas y / o SIDA, y / o puede incluir los resultados de una prueba de VIH que se realizó. Me consienta expresamente la divulgación de información según lo señalado anteriormente, a menos marcados a continuación o requerido por la ley.

_____ I **Do NOT** authorize the release of this information (No autorizo la divulgación de esta información)

_____ I **Do** authorize the release of this information (Hago autorizar la liberación de esta información)

I understand that I may revoke this consent at any time, except where information has already been released. This authorization is valid for a sixty (60) day period from the date it is signed. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en que la información ya ha sido puesto en libertad. Esta autorización es válida por un período de sesenta (60) días desde la fecha de su firma.

Expires (Expira): _____

Witness (Testigo): _____

Signature (Firma): _____ Date (Fecha): _____