



ARTHRITIS & RHEUMATOLOGY ASSOCIATES
of Palm Beach

Boynton Beach location: 6056 Boynton Beach Blvd Suite 145, Boynton Beach FL 33437
Phone (561) 439-1800 Fax (561) 439-4874

Date: _____

Acct: _____

Patient Name: Last _____ First _____ MI _____

Street Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Home Phone # _____ Work Number _____ Mobile Phone # _____ Northern Phone # _____

Date of Birth _____ Age _____ Sex M/F _____ Social Security # _____ Marital Status S/M/D/W _____

Northern Address, If Applicable _____ City _____ State _____ Zip _____

Spouse's Name _____ Spouse's Date of Birth _____ Spouse's Social Security # _____

Parent's Name (if minor) _____ Daytime Phone # _____ Mobile Phone # _____

Primary Care Physician _____ Occupation _____

Referred by: _____ Emergency Contact (Name & Phone #) _____

Yes No

Insurance Name (e.g. Medicare, BCBS of FLA, United) _____ HMO _____

INSURANCE - A COPY OF YOUR CARD WILL BE ATTACHED TO THIS FORM

Please read and sign the following:

1. Payment for services is expected at time of visit.
2. If insurance is filed, I authorize benefits to be paid directly to Arthritis & Rheumatology Associates of Palm Beach.
3. I am responsible for the balance on my account, regardless of insurance coverage.
4. _____ initial I authorize Arthritis & Rheumatology Associates of Palm Beach, to release information requested with regard to the processing of my claims.
5. _____ initial I authorize laboratory / test information results / appointments to be left on my home phone answering machine.
6. _____ initial I authorize Laboratory / test information to be discussed with my spouse, or another family member.

Patient or Legal Guardian Signature

Today's Date

Please Print Name of signature above.



ARTHRITIS & RHEUMATOLOGY ASSOCIATES
Of Palm Beach

MICHAEL SCHWEITZ, M.D. • JONATHAN GREER, M.D. • AMIEL TOKAYER, M.D. • RUI CEREJO, D.O.
MARICARMEN QUINTERO, M.D. • PAUL MENDOZA, M.D. • CATHERINE GARCIA, M.D. • ANDREW VASCONCELLOS, M.D.

Specializing In Arthritis & Rheumatic Diseases

Name (Nombre): _____ Date (Fecha): _____

Last (Apellido) First Middle Initial

Country of origin (país de origen): _____ Ethnicity (etnia): Hispanic/Latino ___ Yes (Sí) ___ No

What is your primary language? (¿Cual es su idioma de preferencia?) _____

Referring physician (Médico que le refiere): _____

Reason for today's visit (Razón de su visita): _____

Previous treatment for this problem (Tratamientos previos para este problema):

Please list all surgeries you have had (Favor de mencionar todas las operaciones que haya tenido):

_____	Age (Edad): _____
_____	Age (Edad): _____
_____	Age (Edad): _____
_____	Age (Edad): _____

Medications and doses (Medicinas y dosis):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Are you allergic to any medicine? (¿Es alérgico a algún medicamento?) _____

If you smoke, how many cigarettes/packs per day do you smoke and for how many years have you been smoking? (Si fuma, cuántos cigarros/cajas al día fuma Ud. Y por cuántos años ah fumado?)

If you stopped smoking, how many cigarettes/packs per day did you smoke and how long ago did you stop? (Si fumaba antes, cuántos cigarros/cajas al día fumaba Ud. Y hace cuánto tiempo ha dejado de fumar?)

If you drink alcoholic beverages, how many do you drink per week? (Si toma bebidas alcoholicas, cuántas toma a la semana?) _____

DR. QUINTERO

Boynton Beach location: 6056 Boynton Beach Blvd Suite 145, Boynton Beach, FL 33437
Phone (561) 439-1800 Fax (561) 439-4874

In the present or in the past, have you or a blood relative had any of the following?
(Padece o padeció Ud. o alguien de su familia inmediata, algunas de las siguientes enfermedades?)

	Yourself (Usted)	Relative/relationship (familiar/relación)
Rheumatoid Arthritis (Artritis reumatoidea)	_____	_____
Osteoarthritis (Osteoartritis)	_____	_____
Gout (Gota)	_____	_____
Lupus or "SLE" (lupus)	_____	_____
Ankylosing Spondylitis (espondilitis anquilosante)	_____	_____
Psoriasis (psoriasis)	_____	_____
Colitis (colitis)	_____	_____
Childhood Arthritis (arthritis infantil)	_____	_____
Osteoporosis	_____	_____
Cancer	_____	_____

Do you have any of the following (¿Tiene Ud. alguno de los siguientes síntomas?)

_____ Weight loss/gain (aumento o pérdida de peso)	_____ Tingling (hormigueo)
_____ Fatigue (fatiga)	_____ Muscle pain (dolor muscular)
_____ Poor appetite (poco apetito)	_____ Cough (tos)
_____ Weakness (debilidad)	_____ Shortness of breath (falta de aire)
_____ Fever (fiebre)	_____ Chest pain (dolor de pecho)
_____ Headache (dolor de cabeza)	_____ Palpitations (palpitaciones)
_____ Visual problems (problemas con la vista)	_____ Leg swelling (hinchazón de las piernas)
_____ Hearing problems (problemas de audición)	_____ Dry eyes (ojos secos)
_____ Vertigo/dizziness (vertigo/mareo)	_____ Dry mouth (boca seca)
_____ Trouble swallowing (problemas al tragar)	_____ Sensitivity to the sun (sensitividad al sol)
_____ Nausea/vomiting (nauseas/vómitos)	_____ Mouth sores (úlceras en la boca)
_____ Abdominal pain (dolor abdominal)	_____ Hair loss (pérdida de pelo)
_____ Easy bruising (moretones)	_____ Morning stiffness (entumecimiento)
_____ Lumps (nódulos en el piel)	_____ Joint pain (dolor en las coyunturas)
_____ Numbness (adormecimiento)	_____ Skin rashes (erupciones en la piel)

Have you had any of the following (¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas?)

_____ Strokes (derrames cerebrales)	_____ Thyroid problems (problemas del tiroide)
_____ Seizures (convulsiones)	_____ Frequent colds (resfriados frecuentes)
_____ Frequent sinus infections (sinusitis frecuente)	_____ Asthma (asma)
_____ Frequent ear infections (infecciones de oído frecuente)	_____ Emphysema (enfisema)
_____ Heartburn (reflujo/hervedera)	_____ Cough up blood (toser sangre)
_____ Liver problems (problemas de hígado)	_____ Tuberculosis
_____ Hepatitis	_____ Bronchitis (bronquitis)
_____ Ulcers (úlceras)	_____ Heart disease (enfermedad del corazón)
_____ Rectal bleeding (sangrado rectal)	_____ High blood pressure (alta presión)
_____ Kidney stones (piedras en el riñón)	_____ Irregular heart beat (latidos del corazón irregular)
_____ Protein in urine (proteína en la orina)	_____ Insomnia (insomnio)
_____ Blood in urine (sangre en la orina)	_____ Depression (depresión)
_____ Anemia	_____ Anxiety (ansiedad)
_____ Blood transfusion (tranfusiones de sangre)	_____ Blood clots (coágulos de sangre)
_____ Diabetes	_____ Miscarriages (abortos)

Please return to front desk when completed. Thank you!! ☺

DR. QUINTERO

Boynton Beach location: 6056 Boynton Beach Blvd Suite 145, Boynton Beach, FL 33437

Phone (561) 439-1800 Fax (561) 439-4874

Dr. Quintero's History & Physical

Name: _____ Date: _____

HPI:

PMH:

Wt _____

Ht _____"

B/P _____/_____

Pulse _____

Temp _____.

DR. QUINTERO

*Boynton Beach location: 6056 Boynton Beach Blvd Suite 145, Boynton Beach, FL 33437
Phone (561) 439-1800 Fax (561) 439-4874*



ARTHRITIS & RHEUMATOLOGY ASSOCIATES
Of Palm Beach

MICHAEL SCHWEITZ, M.D. • JONATHAN GREER, M.D. • AMIEL TOKAYER, M.D. • RUI CEREJO, D.O.
MARICARMEN QUINTERO, M.D. • PAUL MENDOZA, M.D. • CATHERINE GARCIA, M.D. • ANDREW VASCONCELLOS, M.D.

Specializing In Arthritis & Rheumatic Diseases

A nuestros pacientes,

El Acto de Portabilidad de Seguro Médico y Responsabilidad de 1996 (HIPAA) da a toda persona el derecho de solicitar una restricción en el uso y divulgación de su Información Protegida de la Salud (PHI). El individuo también tiene derecho de solicitar comunicaciones confidenciales y que tales comunicaciones sean hechas por medios alternos como, por ejemplo, enviar correspondencia a una dirección que no sea su domicilio particular.

Los médicos y el personal de la Arthritis & Rheumatology Associates of Palm Beach respetan su privacidad y haremos todo lo posible para cumplir con sus deseos de mantener su información confidencial. Indique por favor sus preferencias para las áreas notados abajo.

Me pueden comunicar de la manera siguiente (verifique TODO que aplique):

- Teléfono de casa/celular _____
 - Deje mensaje con información detallada
 - Deje mensaje SOLO con número al que se puede llamar
- Teléfono de trabajo _____
 - Deje mensaje con información detallada
 - Deje mensaje SOLO con número al que se puede llamar
- Comunicaciones por escrito
 - Envíe a mi domicilio particular
 - Envíe a mi dirección de trabajo/oficina
 - Mande un fax a este número: _____
- Por medio de otros individuos (conyuge, familiares, cuidador) para:
 - Mi cuidado o el tratamiento (resultados de sangre, etc.)
 - Mis cuentas
 - Mis citas
 - Prescripciones (dando permiso también a recoger recetas médicas)

Nombre

Relación

Tengo entendido que puedo revocar ésta autorización en cualquier momento por escrito a Arthritis & Rheumatology Associates of Palm Beach.

Imprima Nombre Paciente

Fecha de nacimiento

Firma paciente

Fecha



ARTHRITIS & RHEUMATOLOGY ASSOCIATES
Of Palm Beach

MICHAEL SCHWEITZ, M.D. • JONATHAN GREER, M.D. • AMIEL TOKAYER, M.D. • RUI CEREJO, D.O.
MARICARMEN QUINTERO, M.D. • PAUL MENDOZA, M.D. • CATHERINE GARCIA, M.D. • ANDREW VASCONCELLOS, M.D.

Specializing In Arthritis & Rheumatic Diseases

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero del seguro social (ultimo 4): _____

Al firmar esta forma reconoce Ud. que le hemos proporcionado nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad que explica como la información de su salud puede ser manejada en varias situaciones que incluye su tratamiento, el pago de su cuenta, y de nuestras operaciones de servicios de salud. Si su primera fecha de servicio con nosotros fue debido a una emergencia, nosotros trataremos de proporcionarle nuestro Aviso y conseguir su reconocimiento escrito para el Aviso tan pronto posible una vez que la emergencia haya pasado.

He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad (fecha de vigencia el 23 de septiembre de 2013).

Firma del paciente

Fecha

Relación del Representante Legal

For office use only

To be completed only if Acknowledgement is not signed.

1) Was the patient given a copy of the Notice of Privacy Practices
 Yes No

2) Please explain why the patient was unable to sign this Acknowledgement and our efforts to try to obtain the patient's signature:

Name / Title

Date



ARTHRITIS & RHEUMATOLOGY ASSOCIATES
Of Palm Beach

MICHAEL SCHWEITZ, M.D. • JONATHAN GREER, M.D. • AMIEL TOKAYER, M.D. • RUI CEREJO, D.O.
MARICARMEN QUINTERO, M.D. • PAUL MENDOZA, M.D. • CATHERINE GARCIA, M.D. • ANDREW VASCONCELLOS, M.D.

Specializing In Arthritis & Rheumatic Diseases

EN CASO DE CANCELACIÓN

En un esfuerzo de dirigir esta preocupación y continuar satisfacer las necesidades de nuestros pacientes, nosotros hemos desarrollado el siguiente política de ausencia.

1. Para cancelar una cita, requerimos un aviso de por los menos 48 horas, al menos que haya una emergencia imprevista.
2. Para cancelar una cita dentro de las 24 horas o en caso de faltar a una cita, cobramos \$25 para cubrir gastos administrativos.
3. Pacientes quienes no hagan una nueva cita dentro de los 30 días o pacientes que tengan una historia de faltar repetidas veces a sus citas podrán ser dados de baja como pacientes en el futuro.

Esta política tendrá como resultado mejor organización y cuidado al paciente. Apreciamos su comprensión en este asunto.

Firma paciente

Fecha

SEGURO, CO-PAY & REFERIDO

Es responsabilidad del paciente estar al tanto de sus deducibles y de la necesidad de referidos. Todo cargo ó deducible debe liquidarse al momento de la visita. El paciente es responsable de traer ó confirmar con la oficina que tenemos un referido valido para la visita, si así lo requiere su seguro. De no ser así, su visita podría ser cancelada.

Firma paciente

Fecha

Poseedor de seguro: El ser (Paciente) Otro (llene por favor el siguiente)

Titular del seguro (cuando no sea Ud.): _____

Relación al Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número del seguro social: _____

Compañía de seguros: _____

Número de póliza: _____

Cheques sin fondo tendrán un cargo de \$25.00 y se eliminaria la posibilidad de pagar con cheque en el futuro.

Firma paciente

Fecha

INFORMACION de FARMACIA

Nombre y teléfono de su farmacia: _____

Boynton Beach location: 6056 Boynton Beach Blvd Suite 145, Boynton Beach, FL 33437
Phone (561) 439-1800 Fax (561) 439-4874



ARTHRITIS & RHEUMATOLOGY ASSOCIATES
Of Palm Beach

MICHAEL SCHWEITZ, M.D. • JONATHAN GREER, M.D. • AMIEL TOKAYER, M.D. • RUI CEREJO, D.O.
MARICARMEN QUINTERO, M.D. • PAUL MENDOZA, M.D. • CATHERINE GARCIA, M.D. • ANDREW VASCONCELLOS, M.D.

Specializing In Arthritis & Rheumatic Diseases

La Atención Todos los Pacientes

Nuestra Práctica se está convirtiendo a Registros Electrónicos de Salud (EHR). Así Ud. Podrá tener acceso limitado a información de su gráfico electrónico a través de un portal para pacientes en línea después de recibir una cuenta (nombre de usuario y contraseña) con nuestra oficina.

Al firmar esta forma y dar su dirección correo electrónico Ud. Nos da autorización para crear una cuenta en línea personal. Advierta por favor que podrá ver solo su demográfico, alergias, problemas/diagnostica, y medicinas, además de los signos vitales tomados durante sus citas y lectura educativa dada por los médicos.

Autorizo Arthritis & Rheumatology Associates of Palm Beach crear una cuenta en línea personal y mandarme un correo electrónico con la información de cuenta descrito en el párrafo previo.

Mi Correo electrónico es: _____

En este momento prefiero no tener este servicio pero entiendo que puedo comunicarme con la oficina para establecer una cuenta en línea.

Firma paciente

Fecha

Imprima Nombre Paciente

Fecha de nacimiento